Trentième année N° 1 Dimanche 5 JANVIER 1908

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des Inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Les Sylvicoles.

Encore un « tapage ». Un député dont l'altruisme professionnel est d'autant plus intense qu'il s'exerce aux dépens d'autrui, vient de s'honorer d'une initiative bien généreuse dont le corps médical est invité sans plus de façons à faire les frais par les soins de notre délicieuse administration.

La Chambre discutait la loi de finances. C'est le moment le plus favorable aux expansions philantropiques autant qu'électorales, comme chacun sait. Il devait être mis à profit, par cet honorable, pour faire observer que les agents forestiers, serviteurs de l'Etat, patron modèle autant qu'exigeant n'avaient pas encore de service médical *gratuit* ; la lacune était évidente, chacun tomba d'accord sur la nécessité de la combler.

Remarquons, en passant, que nous ne voyons aucun inconvénient à ce qu'un tel service soit organisé en faveur de braves gens à l'existence rude, au salaire médiocre. Mais, un point nous intéresse fort, c'est de savoir à qui devront échoir les obligations résultant de cette gratuité. On pourrait croire en toute logique que l'Etat prendrait à sa charge les dépenses sinon dans leur totalité, du moins en partie, par des combinaisons à étudier. Il était plus commode de perpétuer une vieille tradition, et l'Etat-patron n'a pas hésité longtemps à faire appel à la générosité du corps médical, ainsi qu'il appert de la circulaire que voici, pour soigner ses agents..... en échange de lettres de félicitations, de rubans, etc., en un mot, en monnaie de singe.

Paris, le 11 décembre 1907.

Le Conseiller d'Etat, Directeur général des Eaux et Forêts, à M. le Conservateur à Vesoul.

Au cours de la séance de la Chambre des députés du 18 novembre dernier, à l'occasion de la discussion du budget du ministère de l'agriculture, à laquelle je vous prie de vous reporter, M. Marc Réville, député du Doubs, a demandé qu'un service médical gratuit fût organisé à l'usage des préposés des Eaux et forêts et de leurs familles.

M. le Ministre de l'Agriculture a pris l'engagement d'étudier les moyens de réaliser cette amélioration qui ne peut se faire sans augmentation de crédit. Afin de permettre à l'administration de faire l'étude de cette question, je vous prie de préparer pour votre arrondissement un projet complet d'organisation du service médical gratuit à l'usage des *préposés tant domaniaux que communaux et de leurs familles.* Ce projet déterminera la *circonscription* qui serait attribuée à chaque médecin, *le NOM du Docteur en médecine* qui en serait chargé, ainsi que l'*évaluation des honoraires* à lui accorder *en moyenne chaque année* ; vous aurez pour la désignation de ces médecins, d'ailleurs éventuelle, puisqu'elle est subordonnée à une approbation de l'autorité supérieure et à un vote de crédit par le Parlement, *à vous concerter avec M. LE PREFET.* Vous aurez aussi à faire ressortir la *dépense moyenne* qui résulterait pour votre arrondissement de la *fourniture annuelle des médicaments* aux préposés et à leurs familles.

Tout en reconnaissant que les conditions ne sont pas les mêmes pour les gendarmes et les préposés des Eaux et Forêts, je vous demande de vous inspirer dans une large mesure des dispositions prises relativement aa service médical dans la gendarmerie. A ce sujet, je crois devoir vous rappeler que dans la gendarmerie les soins sont donnés presque toujours par des médecins de bonne volonté qui soignent gratuitement les gendarmes et leurs familles. M. le Ministre de l'Agriculture, comme il est fait par le Département de la Guerre, serait disposé à accorder des récompenses honorifiques, (lettres d'éloges, médailles ; décoration du Mérite agricole......) aux médecins et pharmaciens qui se signaleraient par des

services rendus et des soins donnés gratuitement au Personnel des Préposés et à leurs familles.

Le dévouement, en faveur des petits fonctionnaires, des médecins et des pharmaciens est trop connu pour que je ne sois certain que beaucoup d'entre consentent à vous prêter en cette circonstance leur concours désintéressé.

Vous aurez à tenir compte de cette situation dans vos propositions et à indiquer *LES NOMS des médecins qui seraient disposés* à donner *gratuitement* des soins ainsi que *ceux des pharmaciens* qui fourniraient des médicaments sans rétribution ou à *prix réduit.*

Signé : DAUBRÉE.

Hier, les gendarmes, aujourd'hui, les forestiers, à qui le tour maintenant ? Peut-être bien aux préfets ou aux trésoriers payeurs généraux pour insuffisance de traitement, comme le prévoit un de nos confrères.

La réponse qu'il convient nous paraît avoir été faite par un de nos amis de l'Est dans les termes suivants :

« Chacun devant vivre de son métier et être rétribué en proportion du travail fourni, aussi bien les médecins que les Conseillers d'Etat ou les Députés, — il est antidémocratique de demander toujours des sacrifices aux mêmes professions, et de faire une philanthropie facile sur le dos des médecins, en leur faisant supporter des charges qui incombent à la collectivité tout entière.

« Il est donc aussi illogique de leur faire soigner gratuitement la gendarmerie que le personnel des Eaux et Forêts ou celui des autres administrations.

« Si le traitement de ces petits fonctionnaires est insuffisant, que l'Etat l'augmente ou leur assure le service médical et pharmaceutique comme dans les Douanes, les Cies de Chemins de fer, etc.

« Si en 1893, l'Etat a finalement reconnu la légitimité de nos honoraires pour les services d'assistance médicale, il ne peut nous les contester pour les autres administrations.

« Qu'il laisse donc aussi à ses fonctionnaires la liberté de choix du médecin et qu'il se borne à leur rembourser leurs frais de maladie ».

Mais un autre fonctionnaire qui nous paraît se méprendre singulièrement sur le caractère de la profession médicale (s'il y a un médecin dans sa famille nous espérons bien que le confrère saura relever comme il convient de telles propositions) est celui qui a élaboré la stupéfiante épitre que voici et que nous ne pouvons nous empêcher de publier :

L'Inspecteur des Eaux et Forêts à S..
à Monsieur le Docteur X...

Il est question d'organiser un service médical à la charge de l'Etat en faveur des préposés forestiers et de leurs familles.

Dans le cas où il vous plairait d'assurer ce service, j'aurais l'honneur de vous prier de vouloir bien me faire connaître à quel chiffre vous fixeriez, par abonnement annuel, le montant de vos honoraires.

Le bulletin ci-joint indique la résidence et le nombre des personnes auxquelles vous seriez appelé à donner vos soins.

Le nombre n'a rien d'absolu, car l'importance des familles varie constamment.

Je vous prie de vouloir bien me retourner ce bulletin annoté des réponses qu'il comporte.

Il me paraît utile de vous faire connaître que M. le Ministre de l'Agriculture est tout disposé à accorder des récompenses honorifiques aux docteurs dont la philanthropie irait jusqu'à assurer gratuitement le service médical du personnel forestier.

Comptant que vous voudrez bien m'honorer d'une réponse, je vous prie d'agréer l'expression de mes sentiments très distingués.

Illisible.

Les Médecins de N, ont adressé à M. l'Inspecteur des forêts la réponse collective suivante :

FEUILLETON

1908

Petite année à peine éclose,
Enfant de mystère vêtu,
Dis-moi, dans ta menotte rose,
An neuf, que nous apportes-tu ?
(*P. P. C., Ninon de l'an clos*).

Après le cycle de 365 jours, que nous venons de parcourir, je ne puis que répéter à l'intention de mes lecteurs :

Heureux qui comme Ulysse a fait un long voyage !

Je ne saurais trop vous féliciter, s'il n'y pas été trop cahoté, attristé de courbatures, de mécomptes, et d'accidents. Je désire bien vivement que l'excursion annuelle qui va commencer, avec la confiance renouvelée de l'espèce humaine, si rarement lasse, soit non moins favorable. Puissiez-vous trouver un coin confortable dans un wagon bien chauffé de première classe, avec d'aimables compagnons, d'agréables relais, de façon à arriver au bout, plein d'entrain et de santé, sans refroidissements, ni retards, sans dérailler, sans être engourdi ou amoindri, malgré le givre, malgré les brouillards amoncelés autour du convoi.

C'est sans témérité, ni timidité, courageusement, sinon joyeusement, qu'il faut se remettre en route. Inutile de se hâter, de prendre d'assaut les trains ultra-rapides, puisque, au nom de l'hygiène et de la sagesse, nous ne saurions admettre la définition de Mérimée, qui considérait la vie *comme un tapis vert*, où l'on ne s'amuse qu'autant que l'on joue gros jeu.

Nous savons que toutes les sensations violentes, tous les excès, au lieu d'élargir notre destinée, se paient tôt ou tard ; qu'on arrive vite à la nausée, à la satiété, en ne gardant aucune mesure dans la jouissance, en multipliant les éléments d'appauvrissement et de destruction. Il n'est de véritable énergie que celle ordonnée, disciplinée par l'effort collectif, qui n'implique nullement l'esclavage des milieux. L'harmonie d'une vie pondérée contribue certainement à nous faire apprécier la joie de vivre, célébrée par Beethoven dans sa neuvième *symphonie*.

On a dit bien des fois, après Flourens et Chevreuil, qui prêchèrent l'exemple, que l'homme devrait vivre un siècle entier, et que, s'il n'atteint pas cette respectable longévité, la faute en est à ses imprudences, au dérèglement de son existence.

Cela devrait être vrai, surtout pour les médecins, qui sont plus avertis que les autres hommes. Sans pousser aussi loin l'indiscrétion, on peut s'arranger au moins, de façon à éviter les maux et les tribulations qui tiennent à des erreurs d'hygiène. Pour avoir douze mois de bonheur ou de demi-bonheur, tous les ans, je vous souhaite :

— D'être modéré en toutes choses, de n'abuser de rien, de ne pas rôtir le balai... mieux vaut l'employer

Réponse.

Les Médecins soussignés, domiciliés à N., présentent leurs compliments à Monsieur l'inspecteur des Eaux et Forêts et ont le regret de l'informer qu'il leur est impossible de souscrire à la surprenante proposition qu'il leur a fait l'honneur de leur adresser.

Ils estiment, en effet. qu'un médecin ne doit pas être considéré comme un simple fournisseur et que ses soins ne peuvent en aucun cas être mis en adjudication.

Il nous paraît raisonnable de se rallier à la note suivante envoyée à ses adhérents par le Syndicat de Bourg.

Note Syndicale.

Bourg, le 23 décembre 1907.

Un certain nombre de nos confrères sont actuellement l'objet de sollicitations de la part de l'administration des Eaux et Forêts qui leur demande de donner aux gardes forestiers et à leurs familles leurs soins à titre gratuit ou tout au moins à un tarif très réduit.

Le Bureau du Syndicat croit devoir rappeler aux membres du Syndicat que ces offres ne font que cacher un appel à la concurrence et au marchandage incompatibles avec l'esprit syndical.

Quant aux récompenses plus ou moins honorifiques (décorations,lettres de félicitations, etc.), qu'on leur fait entrevoir dans l'avenir, nous croyons utile de rappeler qu'elles ne sont qu'un leurre et une amorce mal dissimulée.

La question a déjà été traitée et résolue dans un sens négatif par le Syndicat à propos des soins gratuits aux gendarmes.

En conséquence, le bureau invite les syndiqués à répondre à l'Administration des Eaux et Forêts en la priant de s'adresser directement au Syndicat qui seul a qualité pour décider s'il y a lieu d'appl quer un prix spécial à ses fonctionnaires.

En attendant cette décision, appliquer le tarif minimum (tarif ouvrier) syndical. *Le Bureau.*

Nous n'avons pas à faire la charité à l'Etat qui « avec son budget de quatre milliards nous tend la main pour mendier des soins gratuits en faveur de ses fonctionnaires en nous faisant espérer quelques témoignages banals et dérisoires de satisfaction » (A. G. d'Eure-et-Loir).

Nous ne devons pas entrer dans cette voie qui nous mènerait loin et parce que comme l'expriment justement les confrères d'Eure-et-Loir :

« Cette circulaire inaugure un système de marchandage, de soumission au rabais, auquel il faut dès le début opposer une vigoureuse protestation. »

Et nous ne pouvons qu'approuver le conseil suivant donné à ceux des confrères qui se seraient laissé influencer par le mirage d'hypothétiques avantages.

«Si quelque confrère a déjà accepté, qu'il se hâte, dans l'intérêt commun et en s'autorisant de la volonté du corps médical tout entier, de retirer son consentement ; sans quoi l'administration va nous réclamer les mêmes avantages pour tous ses employés, tout en augmentant chaque année nos patentes et nos contributions. »

Au fond, c'est un impôt nouveau mal déguisé qui nous menace, et nous espérons bien qu'il ne se trouvera pas de médecin soucieux de son honneur et de sa dignité pour accepter un tel marchandage alors même qu'il émane de l'Etat. Comme confrère, il ferait une mauvaise action, car, pour s'offrir le luxe de cette philanthropie douteuse, c'est qu'il le pourrait par suite d'une situation personnelle enviable, et pour obtenir un sourire du pouvoir, ferait tort à ceux d'entre nous qui n'ont que leur métier pour vivre, ou bien ce serait par arrivisme de mauvais aloi, voulant se faire une popularité facile aux dépens des autres médecins. A coup sûr, comme l'on dit dans les syndicats ouvriers, il « sarrazinerait ».

Que si, d'occurence, l'acceptation était faite de faiblesse nous ne pourrions que cataloguer ce confrère naïf toujours prêts à de volon-

---

à nettoyer les écuries d'Augias (mettez n'importe quel autre nom à la place) ;

De contracter cette maladie qu'on appelle la vieillesse (et qu'il n'est pas donné à tout le monde d'avoir) presque sans vous en douter, en d'autres termes, de vous conserver vert et droit, avec une belle santé physique et morale, sans avoir besoin d'artifices, et de réparations, comme certaines personnes du monde ou du théâtre, que la courtoisie m'empêche de désigner plus clairement.

Si vous avez des goûts champêtres, de bêcher votre jardin plutôt que vos confrères.

De pouvoir gagner de temps en temps le littoral, Nice ou Monaco, où on se met du moins les poumons à neuf,si on se met la bourse à sec;mieux vaut d'ailleurs,ne pas perdre son temps à aucun jeu de hasard ; c'est toujours désagréable, de voir passer ses économies dans la sacoche d'un filou, ou même d'un honnête partenaire.

Malgré les statistiques, qui ne cessent de gémir sur la dépopulation, ne vous croyez pas obligé d'imiter le lapin et autres reproducteurs émérites, qui ont au moins l'avantage de n'avoir pas d impôts et de frais de scolarité à payer.

L'auteur de *La découverte de la vie*, G. de Lacaze-Duthiers, veut que nous la rendions belle comme une œuvre d'art. Il prétend avec un enthousiasme communicatif, que, pour cela, nous n'avons qu'à repousser les philosophies négatives, impuissantes, mystiques ou pessimistes, qu'à exalter la vie.

Que votre mentalité reste donc subtile et affinée, tout en étant pleine de sève, que sa tendance soit militante et non passive, qu'elle ne redoute pas les responsabilités, l'intervention directe, la marche en avant, au lieu de se complaire dans la mesquinerie d'une existence fade, attristée par des aspérités, de caractère ou la somnolence intérieure.

Défions-nous des maladies de la volonté, de l'égoïsme qui délaisse les bonnes causes et ne sait pas leur consacrer un peu de son *temps ou de son* superflu.

On a le droit de considérer comme des faux frères les censeurs prudents qui se tiennent à l'écart de la bataille, ou contribuent par leur attitude, leurs discours, à déconcerter ceux qui, dans la lutte quotidienne pour l'existence, ont une dilection pour l'énergie, l'enthousiasme et la solidarité.

Nous devons songer de plus en plus à notre importance collective et nous garer de l'individualisme stérile. L'union des cœurs est un stimulant de premier ordre ; lui seul peut prévenir le découragement.

Ah ! la bonne armature ! C'est convenu pour 1908 : pas d'abstention, lorsqu'il s'agira de défendre les intérêts de notre bloc, le bon. Ce n'est qu'en agissant en masse compacte et disciplinée, avec la ténacité d'une volonté éclairée, que nous arriverons à nous imposer.

Pas d'abandon, si les clients sont ingrats et les pouvoirs publics peu encourageants.

Pas de désespoir, si vos efforts ne sont pas toujours récompensés, si les recettes continuent à baisser, si un minimum de rétribution correspond à un maximum de travail.

Pas de débinage, s'il y a à redire sur le compte du

taires servitudes, dans la catégorie de ces fruits toujours mûrs, de ces bonnes poires, qui, dans les vergers de préfecture, sont toujours prêtes à se laisser entamer, après avoir été copieusement « tapées ».

Dr R. DAVERNE.

P. S. — Au moment de mettre sous presse, nous recevons les deux lettres suivantes, que nous insérons, à titre documentaire, pour l'édification de ceux qui crient à l'exagération, quand le *Concours* prétend que la philanthropie officielle se fait sur le dos des médecins et pour montrer que la tentation d'extorsion de soins s'étend dans tous les coins du territoire de la Meuse à l'Esterel, autant que dans le Perche ou en Provence, toutes régions forestières d'où émanent nos documents.

Toulon, le 16 décembre 1907.

L'Inspecteur des Eaux et Forêts à Toulon à Monsieur le Maire de ...

Monsieur le Maire,

L'Administration des Eaux et Forêts se préoccupe d'assurer à ses préposés de toutes catégories et à leurs familles le bénéfice d'un service médical gratuit.

Afin de me permettre de fixer l'Administration sur les dépenses qui lui incomberaient de ce chef et sur les moyens de réaliser l'amélioration dont il s'agit en ce qui concerne ma circonscription, je vous serais obligé de vouloir bien me faire connaître :

1° Quels seraient dans votre commune le ou les médecins et pharmaciens qui seraient disposés à donner leurs soins ou à fournir leurs médicaments à *titre gratuit.* Des récompenses honorifiques pourraient être accordées à ce sujet par M. le Ministre de l'Agriculture (éloges, médailles, Mérite agricole) ;

2° Quels seraient ceux qui se chargeraient sous forme d'abonnement de ce service pour les préposés placés dans les maisons forestières, de........... situées sur le territoire de votre commune, ainsi que de leurs familles qui en moyenne peuvent être comptées à quatre membres, et pour quel montant d'honoraires tant pour les médecins que pour les pharmaciens.

....

....

L'Inspecteur.

Signé : PICHE.

Frejus, le 21 décembre 1907.

Monsieur l'Inspecteur des Eaux et Forêts à Toulon.

Monsieur l'Inspecteur.

Nous tous soussignés, docteurs en médecine à Saint-Raphael ou à Fréjus avons pris connaissance de votre lettre à Messieurs les Maires de ces villes, par laquelle vous les informez que l'Administration des Eaux et Forêts se préoccupe d'assurer à ses préposés de toutes catégories et à leurs familles le bénéfice d'un service médical gratuit.

Vous leur demandez aussi de vouloir bien vous faire connaître : 1° quels seraient dans leur commune le ou les médecins qui seraient disposés à donner leurs soins à titre gratuit au personnel de votre administration; et 2° quels seraient ceux qui se chargeraient, sous forme d'abonnement, de ce service pour les préposés placés dans les dix maisons forestières disséminées dans l'Esterel.

A vos deux propositions nous répondons sans aucune hésitation par le refus le plus formel, et cela pour plusieurs raisons.

Tout d'abord si l'administration des Eaux et Forêts veut se montrer généreuse vis-à-vis de ses préposés, nous ne voyons pas pourquoi elle ne payerait pas elle-même les frais de sa générosité, et pour quel motif elle veut les faire supporter au corps médical seul.

Si l'Etat nous faisait bénéficier de quelques faveurs, nous admettrions qu'il nous demandât en échange des services gratuits. Mais tel n'est pas notre cas. Les impôts pèsent sur notre profession plus lourdement que sur aucune autre et c'est au moment où l'impôt sur le revenu nous menace de charges nou-

---

voisin, les propos méchants colportés avec malignité étant nuisibles à l'ensemble. Il y aurait même lieu à décerner une couronne civique à celui qui découvrira un bouillon de culture assez actif pour conjurer les effets virulents de la médisance ou de la calomnie.

Que de choses qui devraient disparaître avec l'année défunte, telles que les propos acerbes des médecins rivaux ; le favoritisme dans les examens et concours ; les tendances trop chahuteuses des députés et des étudiants (ces derniers sont relativement modérés) ; l'irrespect des infériorités ; l'exploitation des mutualités et des pouvoirs publics ; l'outrecuidance des parvenus ; les exigences de la domesticité ; l'impolitesse des gens de bureau et des fonctionnaires en général ; l'intolérance des politiciens militants ; la malpropreté des fiacres et des wagons de la plupart des compagnies ; la bienveillance du gouvernement pour les débitants de boissons, agents patentés de l'alcoolisme ; la terreur provoquée par les apaches et certains chapeaux monstrueux qui nous aveuglent et nous ruinent, etc., etc.

On n'en finirait pas, si on voulait allonger cette liste déjà bien effrayante, si on osait se placer bien en face de l'horrible réalité, dans toute sa laideur.

Ce n'est pourtant pas le moment d'être pessimiste et d'envisager l'avenir sous des couleurs sombres. Prenons par le bon côté cette période de halte, bien que, d'après Marcel Prévost, parmi les plus indépendants, les plus froids d'entre vous, il n'en soit pas un seul qui ne sente passer sur son cœur, pendant cette suprême huitaine, des espoirs et des regrets, des nuages mélancoliques et de chaudes effusions de clarté. »

Heureux ceux qui, à ce moment, possèdent un refuge, un intérieur agréable, le flambeau qui éclaire le foyer où l'on se réchaffe !

....

Puisse l'année 1908 commencer et finir par des sourires et des chansons ; qu'elle vous laisse de ces souvenirs

Dont s'enchantent longtemps les détresses des hommes

En résumé, j'aurais pu me contenter de vous souhaiter de rester simplement ce que vous êtes, tout au plus d'y ajouter un perfectionnement, si possible, c'est-à-dire, un brave cœur, plein de zèle et de pitié, prêt à donner en toute occasion et sans défaillance, une haute idée de notre ministère, se complaisant sur les hauteurs, avec un effort constant pour la réalisation des espoirs les plus nobles.

Une telle conscience, s'illuminant au besoin de l'éclat de sacrifices charitablement accomplis, est la meilleure source de joie ; elle la fait surgir de rien et de tout, en projetant ses reflets dorés, même sur l'existence la plus humble !

Dr GRELLETY (de Vichy).

velles que l'on vient nous demander des services gratuits ! L'heure est mal choisie !

En second lieu, si l'un ou plusieurs d'entre nous acceptaient vos propositions, tous les préposés des Eaux et Forêts seraient obligés de faire appel à ces médecins à l'exclusion de tous autres, et c'en serait fait de leur droit de recourir au médecin qui a leur confiance.

On lutte de toute part depuis bien des années pour l'affirmation de ce droit. Le libre choix est laissé à l'indigent inscrit sur les listes de l'Assistance médicale gratuite. La loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail et les modifications qui y ont été apportées ultérieurement spécifient que le blessé du travail pourra toujours faire appel au médecin de son choix et elles prévoient même des sanctions sévères à l'encontre du patron qui aura attenté à ce droit. Le jour est proche où la loi le sanctionnera aussi pour toutes les mutualités.

Les préposés des eaux et forêts seraient moins libres que les indigents, que les ouvriers ! Pauvre faveur que veut leur faire là l'Administration.

Enfin en ce qui concerne les abonnements pour visites dans les maisons forestières, nous ne saurions les accepter davantage. La désignation d'un ou de plusieurs docteurs ferait encore perdre à votre personnel son droit au libre choix du médecin.

D'une façon générale, d'ailleurs, l'abonnement aux soins médicaux n'est pas chose pratique, il est une source d'ennuis et de difficultés incessants. Le jour, en effet, où dans une famille on n'a plus à se préoccuper en rien des frais médicaux, les appels aux médecins deviennent d'une fréquence absolument abusive contre laquelle il n'est pas possible de réagir. Plusieurs d'entre nous en ont fait la pénible expérience.

Pour tous ces motifs, il ne nous est pas possible, Monsieur l'Inspecteur, d'accepter les propositions qui nous sont faites et s'il nous était permis de donner un conseil à l'Administration des Eaux et Forêts nous lui dirions :

Puisque vous voulez généreusement venir en aide à vos préposés malades, décidez qu'à l'avenir vous prendrez à votre charge une partie des soins médicaux leur incombant, dans une proportion à déterminer.

Des notes dûment acquittées feront la preuve de ces frais et la part restant à l'agent sera une garantie infaillible contre tous les abus.

Pour le moment, nous continuerons à donner nos soins les plus dévoués à tout le personnel des Eaux et Forêts comme nous l'avons fait jusqu'à ce jour.

Nos notes d'honoraires en ce qui touche les gardes et leurs familles seront toujours établies comme elles l'ont toujours été, tenant compte de la condition sociale de ces modestes fonctionnaires, conformément au tarif ouvrier de la région.

S'il plaît à votre [illegible] aider les préposés dans le paiement de [illegible] notes, elle peut compter sur nous pour lui fournir tous les détails nécessaires compatibles avec l'observation du secret professionnel.

Veuillez agréer, Monsieur l'Inspecteur, l'expression de nos sentiments les plus distingués.

Ont signé :

Docteurs : Brun-Bourguet, Roquemaure, Turcan de Fréjus ; Bontems, Caldaguès, Courchet, Reynier, Suart, Vadon, de Saint-Raphael.

Pour copie conforme :

Dr Brun-Bourguet.

La B..., le 17 décembre 1907.

Monsieur et très honoré Confrère,

Je suis encore sous le coup de l'indignation qu'a provoquée en moi la lecture d'une lettre que vient de me communiquer le brigadier forestier de mon village. Cette lettre à lui adressée par l'inspecteur des forêts régional est à peu près conçue en ces termes :

« Un député du Doubs vient de proposer l'organisation d'un service médical gratuit pour les gardes forestiers, comme il a déjà été fait pour la gendarmerie. En conséquence, les médecins qui veulent solliciter l'honneur de soigner gratuitement les forestiers sont priés de s'inscrire. On leur prodiguera en retour : lettres de félicitations, diplômes, palmes, médailles, etc. »

J'espère que tous mes confrères conviendront avec moi que cette lettre est d'un cynisme déconcertant. Que diable ! Si l'Etat ne peut donner à ses fonctionnaires des traitements leur permettant de payer le médecin, pourquoi leur permet-il de payer le boulanger, le boucher, le marchand de vins ? D'autre part, où va s'arrêter cette théorie de fonctionnaires que l'Etat prétend nous adresser pour recevoir nos soins gratuitement ?... hier, les gendarmes... aujourd'hui les forestiers... demain les cantonniers, les facteurs, les gardes-champêtres, les instituteurs, etc, etc. Je suis jeune encore, aussi je ne désespère pas de voir l'Etat nous solliciter un jour de soigner « à l'œil » ses préfets et ses trésoriers généraux, pour insuffisance de traitement.

Il est inutile d'ajouter que j'ai renvoyé le brigadier forestier à son inspecteur, le priant de dire que je ne faisais aucune différence entre les divers citoyens, même fonctionnaires, et que les médailles me laissaient indifférent.

Espérant que vous voudrez bien donner à mon article la publicité qu'il réclame, j'ai l'honneur, Monsieur et cher Confrère, etc.

Dr X...,

Abonné du *Concours médical.*

LA SEMAINE MÉDICALE

Le sérum marin ou eau de mer stérilisée en injections sous-cutanées contre la tuberculose pulmonaire.

Le bruit fait actuellement dans la presse politique autour du sérum marin du Dr Quinton, doit rendre le corps médical de plus en plus circonspect dans ses appréciations et dans l'application de cette méthode en clientèle. Nous sommes en pleine période d'emballement du public et tout le monde va demander à son médecin quelques injections de sérum marin « le tonique universel ». Après la vogue de la coca, celle de la kola, celle des glycéro-phosphates, celle de la lécithine, celle des formiates, nous avons la vogue de l'eau de mer stérilisée. Mettons nos clients, qui nous interrogent, *en garde contre cet excès d'enthousiasme.* L'eau de mer stérilisée a donné de bons résultats chez les tuberculeux pulmonaires, mais non pas dans tous les cas. Témoins, ces deux avis opposés du Dr Lalesque d'Arcachon, in *Gaz. des sc. méd. de Bordeaux* et du Dr Mongour, également de Bordeaux.

« La méthode des injections d'eau de mer stérilisée, dit le Dr Lalesque, trouve son *indication générale* chaque fois que prédomine la déchéan-

taires servitudes, dans

toujours mûrs, de ces

ce nutritive, [illegible] de préfectu[illegible]gré de la lésion pulmonaire. Plus la lésion est circonscrite et récente, mieux d'ailleurs elle agit.

Si, chez les prétuberculeux et les tuberculeux du premier et du second degré, les résultats sont plus nombreux plus curables et parfois impressionnants, il peut donner, même chez les grands cavitaires, des bénéfices réels.

Il n'est pas contre-indiqué par *l'hémoptysie*, qu'il ne réveille ni ne provoque et dont, peut-être, il facilite la disparition.

Il n'est pas contre-indiqué par la *réaction thermique* qu'il provoque, car les sujets des premiers stades qui la présentent sont ceux qui paraissent bénéficier le plus du traitement.

Il n'est pas contre-indiqué dans les *formes apyrétiques* dont il ne détruit pas l'apyrexie.

Il n'est pas contre-indiqué chez les *fébricitants du premier et du second degré*, dont il atténue souvent et parfois jugule la fièvre.

Il n'est pas contre-indiqué, d'une façon formelle, chez les cavitaires fébriles, dont il peut quelquefois encore amoindrir l'hyperthermie ».

— D'un autre côté, M. Mongour, à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, a cité un bon nombre d'observations qui seraient loin de confirmer ces conclusions. Pour lui, au contraire, cette méthode devrait plutôt être considérée comme dangereuse, principalement dans les formes fébriles.

Le côté scabreux de cette nouvelle méthode est, d'ailleurs, d'être présentée comme une panacée, contre les affections des poumons, contre les gastro-entérites, contre la neurasthénie, contre beaucoup de maladies encore.

Attendons, pour juger, et n'appliquons que prudemment, si nous avons la main forcée. Le temps et les faits remettront au point ce qui est du domaine de l'exagération et de la réclame.

Le traitement des fractures de l'olécrâne par la suture osseuse.

M. le Dr E. Desportes, de Paris, a étudié dans sa thèse les méthodes de traitement des fractures de l'olécrâne et, de ses recherches, il croit pouvoir conclure que, grâce aux perfectionnements de la radiographie et de la technique chirurgicale, la seule bonne méthode de traitement est la suture, qui seule donne un cal osseux et un membre à fonction et à puissance ultérieurement parfaites.

Pour être bien faite, la suture réclame les précautions suivantes :

Ne jamais intervenir que radiographie en main ; opérer le plus tôt possible.

Observer la même asepsie, dans cette arthrotomie, que dans une laparotomie.

Anesthésie générale, pour avoir un blessé tranquille.

User d'un fil d'argent dûment autoclavé, gros pour ne pas casser ni ne pas couper (1 mm. de dia.).

Soigner les manœuvres complémentaires nécessitées : *a*) par les fractures anciennes (sculpture avivement des fragments, destruction, désinclusions pathologiques ; *b*) par les fractures compliquées, septiques ou menaçant de le devenir (détersion mécanique prolongée, antisepsie attentive du foyer fracturaire, drainage, ne pas refermer de suite, etc.).

Enfin, ne se rendre coupable d'aucune négligence dans la pratique du traitement auxiliaire consécutif indispensable (massage et mobilisation précoces et prudemment gradués) pour assurer *le bon usage* ultérieur du membre.

En général, la suture est *indiquée* :

Toujours, et impérieusement, dans la fracture oblique de la base à V hostile menaçant de perforation et de sphacèle par compression à généralisation septicémique (heureusement aussi rare que terrible) le tégument postérieur mince e mal nourri du coude.

Quelquefois dans les fractures moyennes, c'est-à-dire que :

1° Elle est *le plus souvent* indispensable dans les grands diastasis osseux, avec inclusions vicieuses sur lesquelles le massage est sans action ;

2° Alors qu'elle reste *discutable*, en partie soumise à certaines circonstances ambiantes, sociales etc., nécessité de travailler ou possibilité de se contenter d'un bras fragile et fonctionnellement imparfait (fractures à écart minime, inférieur à 1 centimètre, avec surtout fibreux bien conservé, etc.) ;

3° *Jamais elle ne paraît utile* dans le simple arrachement lamelleux du sommet, que le triceps maintient plutôt qu'il n'écarte ; jamais non plus et pour cause dans les fractures incomplètes, verticales, sous-périostées sans déplacement, etc.).

Quant aux modes de l'intervention pour un cas donné, il semble rationnel de recourir de préférence :

1° *A la suture proprement dite*, à fil unique médian vertical ou à deux fils latéraux formant attelles, équidistants et parallèles à la ligne verticale médiane postérieure du coude et parallèles entre elles comme à l'axe du membre.

a) Dans la fracture de la base, le plus souvent oblique en V ;

b) Dans la fracture moyenne transversale à fragment supérieur unique, de volume et de solidité suffisants pour tolérer sans éclater le passage du fil et ne pas couper sous sa traction ;

c) A la rigueur dans la fracture à trois fragments en T renversé avec deux fragments olécrâniens supérieurs remplissant ces mêmes conditions. Un fil transverse supplémentaire est inutile.

2° *A la suture en anse circulaire* :

a) Dans cette même fracture, surtout lors de lacérations capsulaires assez étendues, elle solidarise alors au mieux les trois fragments ;

b) Dans les fragments surtout anciens où le fragment supérieur est remonté très haut sous la réaction énergique du triceps : fragment atrophié, poreux, friable, qui même avec incision latérale et allongement du triceps en accordéon couperait tous les fils verticaux.

L'hémi-cerclage (cerclage Berger-Legueu) semble par contre surtout recommandable dans :

a) La fracture moyenne à fragment supérieur volumineux mais poreux et sans solidité, coupant sous le fil, ou bien à fragment supérieur trop petit, bien qu'assez résistant pour permettre le forage osseux ;

b) A plus forte raison dans la fracture à trois fragments, dont les sus-jacents au trait transverse sont dans le même état.

Le cerclage extra-osseux (Rollet), par ses résultats non dédaignables et assez analogues à ceux de l'hémi-cerclage, mérite ici une simple citation comme proche parent de la suture osseuse ; car c'est une suture, mais non « osseuse ».

De même, le cloutage, l'enchevillement, le vissage, l'agrafage, etc., sont cousins éloignés de la suture : s'ils réunissent l'os de façon à donner des résultats analogues — bien qu'en nécessitant secondairement le plus souvent le retrait de l'agent fixateur — ils ne sont plus une « suture » osseuse.

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Les ictères hémolytiques.

A côté des ictères d'origine hépatique — les plus fréquents, — il existe, ainsi que l'ont montré de récents travaux de M. Chauffard, tout un groupe d'ictères d'origine hémolytique, dans lesquels le fait pathogénique dominant est une altération hématique, une lésion globulaire sanguine, plus exactement une diminution de la résistance des globules du sang.

Les recherches de M. Chauffard ont porté sur un type spécial d'ictère, assez rare d ailleurs : l'ictère congénital de l'adulte. Ce type clinique, entrevu par Minkowski, est caractérisé par un ictère chronique, habituellement familial, de l'urobilinurie, une splénomégalie accusée, sans autre trouble en général. Hormis l'ictère, la santé du malade reste, en somme, satisfaisante. Si l'on étudie, chez ces sujets, l'état de la résistance globulaire, on constate une fragilité particulière des hématies qui se laissent hémolyser, altérer et détruire facilement. Cette faible résistance à l'hémolyse constitue, comme l'a montré M. Chauffard, la condition pathogénique essentielle de l'ictère congénital. « Ce qui est congénital chez ces sujets, dit-il, c'est la fragilité globulaire, et leur vraie place n'est pas dans la pathologie hépatique, ni biliaire, car leur ictère n'est que la manifestation d'un état splénique et hématique, dont il dépend ».

Le chapitre des ictères hémolytiques, par lésion globulaire, ainsi ouvert, ne devait pas tarder à s'augmenter. MM. Widal et Abrami, utilisant un procédé nouveau et plus sensible d'appréciation de la résistance globulaire (procédé des hématies déplasmatisées) sont parvenus à déceler un autre groupe d'ictères hémolytiques dont ils rapportent deux exemples à la Société médicale des hôpitaux. Le syndrome présenté par ces deux malades consistait en ictère, avec anémie, mais sans aucun des accidents habituels de la rétention biliaire, sans décoloration des matières fécales, sans prurit, etc.

Par conséquent, dans l'étude des ictères en général, une notion nouvelle vient de s'introduire : la recherche de la résistance globulaire à l'hémolyse. A ce point de vue (pour n'envisager que ce point de vue) la distinction entre les ictères hépatiques et les ictères hémolytiques est très nette : on trouve, en effet, une résistance globulaire accrue ou au moins normale dans les ictères d'origine hépatique, et une résistance très affaiblie dans les ictères hémolytiques. Cette notion n'est pas sans intérêt pratique. L'ictère hémolytique, dépendant d'altérations sanguines, demandera un traitement hématothérapique (repos, alimentation substantielle, opothérapie médullaire, arsénic, etc.) bien différent du traitement de l'ictère hépatique.

Les trois cholémies congénitales.

La question des ictères congénitaux s'étant trouvée mise en discussion par la communication de MM. Widal et Abrami, M. Gilbert est venu rappeler les intéressantes études qu'il poursuit avec M. P. Lereboullet, depuis plus de sept ans, sur les cholémies congénitales.

Les cholémies congénitales, dit M. Gilbert, affectent trois types qui correspondent en quelque sorte à trois degrés du même état. Ce sont : 1° la cholémie physiologique ; 2° la cholémie simple familiale ; 3° l'ictère chronique simple.

1° *Cholémie physiologique.* Le sérum de l'homme normal est légèrement coloré par les pigments biliaires ; il renferme une quantité de bilirubine qui s'élève, en moyenne, à 1 gramme pour 36 litres. La peau humaine, si blanche soit-elle, offre toujours une faible teinte jaunâtre. A l'état physiologique, existe donc, réduit au minimum, le syndrome de l'ictère. Cette cholémie physiologique est plus ou moins nuancée selon les sujets.

2° *Cholémie simple familiale.* Ici la couleur du sérum s'accuse et la proportion de biliruline qu'on y trouve oscille autour de 1 gramme pour 17 litres ; la peau se montre plus jaune, de teinte bilieuse, sans que généralement les conjonctives soient colorées ; les urines renferment des proportions appréciables d'urobiline ou d'urobilinogène. Cependant, le foie et la rate, le plus ordinairement, ne sont pas modifiés ou le sont d'une façon légère.

3° *Ictère chronique simple congénital.* Dans ce groupe de cas, le sérum apparaît particulièrement foncé et la bilirubine s'y élève au taux moyen de 1 gramme pour 7 litres. La peau et les conjonctives offrent une teinte subictérique accusée ou ictérique nette. Les modifications du foie et de la rate, rares dans la cholémie familiale, deviennent, dans l'ictère chronique simple, la règle. Il peut y avoir hypertrophie de la rate (forme splénomégalique), hypertrophie du foie (forme hépatomégalique), hypertrophie associée (forme hépato-splénomégalique), ou pas d'hypertrophie (forme pure).

Ainsi, il existe chez l'homme un état cholémique congénital. Cet état faible dans les conditions physiologiques, s'accuse quelquefois pour constituer la cholémie familiale, et peut en s'exagérant encore entraîner un véritable ictère. De ces trois degrés de la cholémie congénitale, le premier est celui que l'on observe le plus fréquemment dans notre pays ; le deuxième est encore assez commun ; le troisième est rare : M. Gilbert a pu néanmoins en observer 30 cas.

L'origine des variations d'intensité de la cholémie congénitale se trouve dans l'hérédité. La cholémie est plus accentuée dans certaines familles. Plus la cholémie est modérée, plus elle se rapproche de l'état physiologique, et plus son début se montre proche de la naissance. Pour des raisons inverses, l'ictère chronique simple, dit congénital, éclate assez souvent à une époque relativement éloignée de la naissance. Il est congénital plutôt d'origine que de début.

C'est cette prédisposition originelle, héréditaire, familiale, que M. Gilbert a appelée *diathèse biliaire*, diathèse qui tiendrait sous sa dépendance un certain nombre de maladies (cholémie familiale, ictère chronique simple, splénomégalie méta-ictérique, cirrhose biliaire, ictères passagers, lithiase biliaire).

Les travaux récents de M. Chauffard ont montré le rôle de l'hémolyse dans la génèse de l'ictère chronique congénital splénomégalique. Cette origine hémolytique doit-elle s'appliquer aux trois cholémies congénitales ? M. Gilbert laisse à des travaux ultérieurs le soin de trancher une telle question, d'ordre pathogénique. Il s'est con-

tenté de rappeler la partie étiologique et clinique, désormais fixée, des cholémies congénitales.

Corps étranger bronchique extrait par bronchoscopie.

MM. Griffon et Guisez présentent l'observation d'un nouveau cas de corps étranger bronchique extrait par la méthode de bronchoscopie directe. Il s'agissait d'un clou de tapissier siégeant dans la bronche droite.

Sténose hypertrophique du pylore chez les nourrissons.

La sténose hypertrophique du pylore, chez les nourrissons, est une affection décrite et longuement étudiée par les auteurs anglais et allemands. Elle donnerait lieu à des vomissements fréquents, à de la dilatation gastrique ; puis, à des vomissements plus rares, à du péristaltisme, à de la dénutrition, etc. Elle débuterait un peu après la naissance (deux, trois semaines après), ce qui permet d'éliminer l'idée d'atrésie congénitale, et elle serait souvent justiciable d'une intervention chirurgicale.

Jusqu'à ce jour, en France, les médecins d'enfants ont conservé un certain scepticisme à l'égard de la sténose hypertrophique du pylore; beaucoup pensent encore que cette sténose n'est qu'une contracture spasmodique. Or, deux cas de cette maladie viennent d'être signalés, l'un à la Société de pédiatrie par M. Guillemot, et l'autre à la Société médicale des hôpitaux par MM. Dufour et Fredet. Ces cas, comme le remarque M. Guinon, contribueront peut-être à modifier la conviction, jusque-là assez unanime, des pédiatres français, en la matière.

Curabilité et traitement des méningites généralisées.

Une observation de M. Paul-Laurens a été l'occasion de quelques exposés intéressants sur la curabilité et le traitement des méningites généralisées. L'observation de M. P. Laurens concerne un jeune malade, du service de M. Lermoyez, atteint de méningite d'origine otique, à entérocoques. Le diagnostic en fut très précoce, grâce à l'examen du liquide céphalo-rachidien extrait par ponction lombaire, examen qui révéla la présence de polynucléaires avariés (signe de Widal) avant même d'y trouver des microbes. On put instituer dès lors, de bonne heure, un traitement qui consista en injections intra-veineuses de collargol, puis en injection intra-rachidienne d'électrargol. Le malade guérit et l'auteur conclut à la valeur de l'action thérapeutique et à la supériorité de l'injection intra-rachidienne sur l'injection intra-veineuse.

M. Sacquépée préfère, au contraire, l'injection intra-veineuse: celle-ci porte le médicament dans tous les points de l'organisme et dans toutes les parties de l'axe cérébro-spinal. Après avoir obtenu 7 guérisons par les injections intra-veineuses de collargol dans 7 cas de méningite cérébro-spinale épidémique, il a eu un insuccès, dans un 8e cas, à la suite d'injections intra-rachidiennes.

P. L.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

Encore quelques remarques sur l'anesthésie lombaire.

Le docteur Alvin Ach (*Munch, Med. Wochens.* 1907, p. 33) a jusqu'à présent pratiqué 450 anesthésies médullaires; peu à peu il a cherché à modifier sa technique opératoire pour obtenir de cette méthode les résultats les meilleurs. Or il estime que dans ses 250, et surtout 150 dernières opérations, il est parvenu à réaliser des améliorations telles que chez 20 % seulement de ses opérés, il observe encore quelques petits accidents.

Ce sont, au moment de l'opération, la pâleur du visage, le vomissement ; jamais ni accident grave de collapsus, ni cas de mort ; après l'opération il ne relève que des douleurs dans la tête, la nuque ou les reins, qui peuvent durer de quelques heures à quelques jours.

Si Alvin Ach observait un jour, au moment de l'intervention, des accidents graves, tels que du collapsus, de l'arrêt de la respiration, il pratiquerait aussitôt une ponction du sac arachnoïdien et retirerait 5 à 6 cent. cubes de liquide : Ce serait un excellent moyen d'éliminer l'anesthésique en totalité, ou du moins en grande partie. Il emploierait ensuite la respiration artificielle, la caféine pour relever la tension artérielle et enfin éventuellement la bande élastique autour du cou pour réaliser de la stase hyperémique au cerveau.

Contre les accidents consécutifs on a recommandé, sans grand succès d'ailleurs, la phénacétine et l'aspirine ; la caféine fait quelquefois disparaître rapidement la céphalalgie violente. On peut aussi, dit Alvin Ach, employer avec succès les bains de vapeur d'une demi-heure de durée, ponctionner le sac arachnoïdien, faire coucher le malade, la tête basse, lui appliquer autour du cou la bande élastique. Bref on cherche par tous les moyens à provoquer l'élimination de l'anesthésique et de ses dérivés, et à réaliser une sorte de lavage du sac arachnoïdien soit par l'élévation de la pression sanguine, soit par l'hyperhémie cérébrale artificielle par la ponction ou les bains de vapeur.

Voici les conseils que donne Alvin Ach pour obtenir de l'anesthésie médullaire les meilleurs résultats :

1° L'emploi d'une bonne technique ; il ne faut pas hésiter en faisant la ponction afin d'éviter de petites hémorrhagies.

2° L'adoption d'un anesthésique relativement inoffensif, tel que la tropacocaïne, et non la stovaïne.

3° L'administration de petites doses ;

4° La proscription de solutions concentrées ;

5° Après l'opération, le repos du malade dans la position dorso-lombaire, le haut du corps étant légèrement surélevé ;

6° L'abandon de la surélévation du bassin, quand elle n'est pas nécessaire ;

7° L'emploi éventuel de la bande élastique autour du cou ;

8° L'élévation de la pression artérielle réalisée après l'opération au moyen d'une injection sous-cutanée de caféine dans le but d'éliminer plus rapidement l'anesthésique du sac arachnoïdal.

Les contre-indications de l'anesthésie lombaire seraient les suivantes :

1° La syphilis récente ou mal traitée ;

2° Une pyrexie d'origine inconnue ;

3° Les états septiques, car l'injection créerait facilement un locus minoris resistentiæ avec toutes ses conséquences.

4° Les affections du système nerveux central ; tabès, etc.

5° Les scolioses marquées.

LE
CONCOURS MÉDICAL
JOURNAL
DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
23, Rue de Dunkerque, 23
PARIS (10e)



Paris, le 4 Janvier 1908.

Mon cher confrère,

Nous recommandons à votre bienveillante attention les pansements aseptiques et antiseptiques préparés par MM. Corbière et Lindeux, pharmaciens, 3, rue Fourcroy, à Paris, (marque TUTO).

Présentés sous des formes nouvelles, ingénieuses, la plupart assez originales pour que leur propriété ait pu être garantie par des brevets, ces pansements justifieront sûrement les préférences du corps médical si attentif aux perfectionnemenls de tout ordre.

Les « pansements brevetés TUTO » méritent d'occuper une place importante dans les prescriptions des médecins et des chirurgiens.

Nous vous conseillons vivement de demander le catalogue qui seul pourra vous renseigner sur les avantages de la marque TUTO, Corbière et Lindeux, ainsi que sur la nature et les prix des objets.

En vous priant de réserver de préférence vos commandes à cette Maison, nous avons la conviction de servir l'intérêt professionnel qui n'a cessé de guider le Concours Médical.

Le Conseil d'Administration du Journal.

P. S. — Vous trouverez page IV la nomenclature succincte des objets qui peuvent être prescrits dès maintenant et vous êtes prié d'adresser au laboratoire toutes les observations que vous aura suggérées l'emploi de chacun d'eux.

Correspondance hebdomadaire

(*Suite*).

—

vres, y compris l'Ass. Générale.

Nous n'avons jamais notre petit papier au moment psychologique et cette heure favorable ne revient quelquefois plus jamais à la même pendule.

Réponse. — Satisfaction vous sera incessamment donnée. Les carnets seront bientôt à la disposition de nos correspondants.

« Sou Médical » à Dr C. — Dans l'affaire du Dr C., il ne se pose aucune question de droit. La fixation des honoraires dus à un médecin est une question d'appréciation où doivent entrer en ligne de compte le nombre des visites et interventions, la distance parcourue, les usages locaux, la situation du client, etc. Si, dans l'espèce, le médecin avait déjà donné des soins à B, et à sa famille et en a reçu le prix, il pourrait justifier par ce précédent du prix des visites avec le déplacement. Si non, c'est une question d'usage local. Il n'apparaît pas que le sieur B., négociant, puisse invoquer une situation précaire. Le Dr L. devra fournir à l'appui de sa note ses carnets de visite journaliers.

En tous cas, le jugement du tribunal de paix de F., non motivé, ne peut pas être considéré comme satisfaisant aux dispositions de l'art. 141 du code de procédure civile qui veut que les jugements soient motivés.

Le «Sou médical», pas plus que le Dr S, ne peuvent accepter qu'un juge taille et rogne des notes d'honoraires, sans se préoccuper de la dignité médicale intéressée à ce que la probité du médecin dans l'établissement de ses notes ne soit pas suspectée sans raison, et sans même donner les motifs de sa décision.

Dr A., à P., à *Concours*. — Abonné de votre journal, je vous serais reconnaissant de bien vouloir me donner votre avis sur les faits suivants :

Au mois de juin dernier, j'adressai au docteur D..., une cousine très éloignée, femme d'un gros négociant de province, que je n'avais jamais vue auparavant et dont je n'étais pas, par conséquent le médecin traitant. Une parente commune était venue me mettre au courant de l'état de santé de la jeune femme et me demander l'adresse d'un bon spécialiste. J'avais indiqué le docteur D., et j'avais donné pour lui une lettre de recommandation. La malade examinée, le chirurgien décida une intervention et me fit dire qu'il désirait vivement recevoir ma visite pour pouvoir s'en-

Suite page X.

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Comment obtenir l'éclairage électrique des cavités naturelles dans les petites villes et à la campagne.

La lumière électrique est absolument indispensable pour l'éclairage des cavités naturelles ; l'intensité électrique exigée n'est pas considérable puisque, avec les petites lampes de un à deux centimètres de diamètre dont on se sert habituellement, il suffit de disposer d'une source électrique de 1/2 à 1 ampère; il ne faut que peu de tension : 10 à 12 volts environ.

Dans les villes, où l'éclairage électrique est distribué à domicile, le problème est résolu ; il suffit de disposer convenablement la manette du tableau dont sont pourvus tous les cabinets des spécialistes. Mais dans les petites villes (et elles sont nombreuses) où cet éclairage n'existe pas, et de même dans les campagnes, comment faire ? On est obligé d'avoir recours aux accumulateurs, moyen dispendieux, d'un entretien coûteux et difficile, sur lesquels on ne peut compter d'une manière absolue au moment critique puisqu'on ne s'en sert pas journellement, car à la longue, après quelques mois de service il se forme des dépôts de sulfate de plomb, et rien ne marche. De plus, il en faut un certain nombre : chaque accumulateur n'a comme tension que 2,5 volts qui tombent bientôt à 2,2 après le chargement et même à 2 ; de sorte que, pour une lampe de 10 à 12 V, il en faut six ce qui est fort cher et il faut les renouveler souvent ! On voit donc les inconvénients de leur emploi.

Depuis plusieurs années, je me sers d'une batterie de huit piles Leclanché semblables à celles qui servent pour les sonnettes électriques ; j'emploie la variété dite « à paillasson » parce qu'elle s'encrasse difficilement. Ces piles, (dont l'intensité est de 1 à 2 A, et la tension de 1 v 5), associées en tension fournissant le même ampérage 1 à 2 A et un voltage de 10 à 12V, peuvent marcher pendant deux heures et plus, sans polarisation sensible ; leur entretien est nul, à peine faut-il les visiter tous les dix à douze mois. Le système tout entier est renfermé dans une boîte à poignée et à couvercle que peut fabriquer le premier menuisier venu ; sur le couvercle de la boîte est fixé un rhéostat (que l'on trouve à bon marché chez tous les fabricants) et deux bornes en cuivre pour prise de courant. Le tout revient à une vingtaine de francs ; les zincs interchangeables, que l'on est obligé de renouveler de temps en temps (suivant l'usage que l'on a fait des piles) reviennent à 50 fr.

Cette batterie peut servir :

A actionner une sonnerie électrique puisqu'on peut ne se servir que de deux, trois ou quatre piles, à volonté ;

A éclairer les petites lampes destinées aux cavités (bouche, larynx, sinus, vessie, etc.,) ou le miroir de Clar ;

A faire marcher un appareil d'induction puisque l'intensité pour ceux-ci est de 1/3 à 1/2 A. ; par conséquent inutilité des piles sèches ou à liquide que l'on est obligé de disposer à chaque utilisation.

Enfin l'appareil est peu volumineux et par suite peut être transporté facilement au lit du malade.

On m'objectera le peu de durée de l'éclairage ou la polarisation habituelle de la pile Leclanché; mais cette batterie n'est pas destinée à un usage continu, elle n'est utile que pour un examen passager qui dure quelques minutes et elle a bien le temps de se dépolariser avant de servir de nouveau. D'ailleurs, je l'ai employée pour des opérations de longue durée faites dans la chambre noire en s'aidant du miroir de Clar ; résection de déviations de la cloison, enlèvement des osselets de l'oreille, ablation de polypes du nez et du conduit, la lumière a toujours été aussi vive. Depuis six ans je n'ai pas eu de mécompte. Un appareil de ce genre fonctionne depuis longtemps à l'hospice civil de Brest.

Je résumerai les qualités de l'appareil : Prix modique ;

Facilité de construction ;

Intensité et durée suffisantes pour l'usage auquel il est destiné ;

Transport facile.

Dr De Champeaux.
(De Lorient).

CHRONIQUE DU SOU MÉDICAL

Les honoraires dus pour visite ou consultation et pansement antiseptique complet ou massage doivent se cumuler.

Modèle d'assignation.

Jugement obtenu grace a ce modèle d'assignation.

Depuis quelque temps déjà, certains experts et de nombreux juges de paix, en prennent fort à leur aise avec le tarif Dubief. La lecture des derniers numéros du *Concours*, du nº 50, en particulier, est édifiante à ce sujet. Pour ne pas donner au praticien la rémunération — reconnue juste par la commission ministérielle — pour les interventions ayant nécessité, en sus de la visite ou consultation, la mise en œuvre d'un pansement antiseptique complet, juges et experts rivalisent d'astuce en l'art de torturer un texte. Or, le dit texte de loi est pourtant suffisamment précis, et il n'entre pas dans les attributions de MM. les juges de paix et experts d'interpréter les lois. Leur rôle est de les appliquer purement et simplement et non de susciter l'établissement d'une jurisprudence de fantaisie. La plus claire conséquence de cette tendance nouvelle est de sauvegarder les intérêts, et le portefeuille de ces sociétés, essentiellement philantropiques, — oh combien ! — que sont ces bonnes compagnies.

Mais le praticien, vivant de son métier, n'a pour l'ordinaire, ni le temps, ni les moyens, ni souvent le tempérament nécessaire pour résister au marchandage éhonté d'organisations qui disposent au total de deux ou trois millions à gaspiller en chicanes et en denis de justice. C'est pourquoi le « Sou médical » qui a déjà publié, dans le nº 29 de 1907, un modèle d'assignation, grâce auquel un membre du « Sou », a obtenu des dommages et intérêts, pour retard injustifié dans le règlement d'un relevé d'honoraires par une Compagnie, a pris la résolution de publier désormais au fur et à mesure des occasions qui se présenteront, des modèles d'assignations, destinés à s'adapter à tous les cas où nos co-syndiqués se trouveront en butte aux refus vexatoires et aux menées chicanières de ces excellentes compagnies.

L'an

A la requête du Dr X.

J'ai

cité M. Z.
A comparaître le devant le tribunal de paix de .
Pour

Attendu que le Dr X, a donné ses soins à Y, ouvrier employé par M. Z. blessé au cours de son travail et atteint de

Attendu que le Dr X, choisi par le blessé, a établi sa note d'honoraires conformément aux dispositions du Tarif officiel du 30 novembre 1905, dressé en exécution de l'article 4, § 3 de la loi du avril 1898 modifiée par celle du 31 mars 1905 ;

Que ladite note comprend notamment, *x*, pansements antiseptiques complets, (ou *x*, séances complètes de massage de par le médecin traitant), à raison desquels aux dates du le réquerant a porté sur sa note, conformément aux dispositions de l'art. 10, § A, 7° (ou 10°) du Tarif sus visé, le prix de deux visites (ou consultations) en sus du prix de la consultation ou de la visite.

Attendu que le sieur Z. se refuse à payer la note ainsi établie.

Que le requérant est en droit d'en poursuivre le recouvrement en justice.

Par ces motifs,

Condamne le sieur Z. payer au requérant la somme du montant de sa note d'honoraires pour soins donnés à un ouvrier blessé dans son travail au service du dit Z. et ce par application de l'art. 4, § 3 de la loi de 1898-1905, et du Tarif officiel au 30 novembre 1905, et spécialement de l'art. 10, § A....

Ce modèle d'assignation n'est d'ailleurs pas resté lettre morte. Il a été utilisé devant le Tribunal de paix de Saint-Etienne, ainsi qu'il appert du jugement publié ci-dessous, et il n'est pas exagéré de dire que son coup d'essai a été un coup de maître, puisque, grâce à lui, le docteur G.., membre du « Sou », a obtenu gain de cause sur le point spécial du cumul du prix de la consultation ou visite avec le prix des interventions (massages en l'espèce).

Tribunal de Paix du Canton Sud-Est, de Saint-Étienne, 1er oct. 1907.

Un patron ne peut prétendre qu'un médecin a fait abus de visites, si ce patron a omis de faire visiter le blessé par son médecin contrôleur. Le prix de la visite ou consultation s'ajoute au prix des diverses interventions. Cependant, en ce qui concerne les pansements, ce prix ne s'ajoute pas à celui des pansements simples ou petits pansements, mais seulement à celui des pansements antiseptiques complets.

Nous Juge de Paix,

Vu la déclaration de l'accident de B, survenu le vingt et un mars mil neuf cent sept, fait par B, le même jour à la mairie de Saint-Etienne, le certificat du docteur G, en date du dit jour, vingt et un mars, prévoyant une incapacité, temporaire de quinze jours, l'exploit introductif d'instance ci-dessus transcrit, la note d'honoraires du docteur G..., en date du 30 juin dernier, l'arrêté ministériel du trente septembre mil neuf cent sept, fixant le tarif des frais médicaux en matière d'accident du travail prévu par l'article quatre de la loi du neuf avril mil huit cent quatre-vingt-dix-huit modifié par la loi du trente et un mars mif neuf cent cinq ;

L'arrêté ministériel du vingt-six juillet mil neuf cent six fixant pour toute la France le tarif des visites des médecins en matière des accidents du travail;

Ouï les parties par leurs fondés de pouvoir dans leurs dires, moyens de défense et conclusions ;

Attendu que par son exploit introductif d'instance du quatre septembre écoulé, développé à la barre le docteur G, médecin choisi par le blessé B, tend à faire condamner B,, chef d'entreprise à lui payer la somme de cent quarante-sept francs pour honoraires de soins médicaux qu'il a donnés du 10 mai au vingt-huit juin inclus mil neuf cent sept à B, l'un de ses ouvriers, blessé par suite d'un accident du travail survenu le vingt et un mars précédent dans son atelier situé rue de St-Chamond numéro trente, et dans lequel il a eu la phalange unguéale de l'index gauche, écrasée et la phalangette fracturée entre les branches d'une tenaille, laquelle somme se décompose commesuit :

Certificat initial délivré au patron le dix mai mil neuf cent sept, deux francs.

Six pansements du doigt, les dix, onze, treize, quatorze quinze, seize, dix-sept mai à deux francs l'un, soit douze francs........ 12 francs

Vingt-quatre massages du doigt avec pansements, du dix huit mai, au vingt-huit juin inclus, à deux francs l'un soit quarante huit francs ci .... 48 francs

Trente consultations au cabinet du dix mai au vingt-huit juin inclus, à deux francs l'une, soit soixante francs ci................ 60 francs

Une radiographie de la main remise au blessé le vingt-cinq mai, vingt francs, ci.... 20 francs

Le certificat descriptif de guérison évaluant l'incapacité permanente partielle, remis au blessé pour le tribunal cinq francs... 5 francs

Qu'à cette action B., par son fondé de pouvoir n'a contesté ni l'accident de travail dont B,, a été victimé à son service, ni la responsabilité de suppporter les frais médicaux dus au docteur G, dont le blessé a fait choix ;

Qu'il a seulement opposé que le docteur G, a exagéré le nombre des pansements,des massages, des consultations et a discuté qu'il soit responsable des honoraires réclamés pour la radiographie, et en dernier état sans prendre aucune conclusion à ce sujet pour arriver si possible à une diminution de la note d'honoraires lui a fait offre d'une somme de soixante francs ;

Attendu tout d'abord que l'accident dont B, a été victime s'étant produit sur notre canton, nous sommes, aux termes de l'article quinze de la loi du neuf avril mil huit cent quatre-ving-dix-huit, modifié par celle du trente et un mars mil neuf cent cinq, compétentpour statuer sur la constatation dont nous sommes légalement saisi par le docteur G., puisque d'après l'article quatre de la dite loi, le médecin a une action directe contre le chef d'entreprise pour le paiement de ses honoraires.

Attendu que, d'après le dit article quatre, paragraphe premier, c'est le chef d'entreprise qui supporte les frais médicaux et pharmaceutiques, et que le dit article dans son paragraphe deuxième, limite l'obligation du chef d'entreprise, lorsque le médecin, comme dans l'espèce, a été choisi par la victime, à une somme qui doit être fixée par le Juge de Paix du canton où est survenu l'accident, en obligeant le médecin à se conformer au tarif qui sera établi par arrêté du ministre du commerce.

Attendu que, d'après l'article premier paragraphe de l'arrêté ministériel du trente septembre mil neuf cent cinq, le prix de la visite faite au domicile du blessé, qui ne peut se présenter à la consultation est fixée à deux francs.

Il est élevé à deux francs cinquante centimes, dans les localités où il serait reconnu après enquête qu'antérieurement à mil neuf cent un, le

prix courant de la visite pour les ouvriers traités dans les dites localités était égal, ou supérieur à deux francs cinquante centimes ;

La désignation de ces localités sera faite par arrêté ministériel, etc., etc.

Et que l'arrêté ministériel du vingt-six juillet mil neuf cent six dans son article premier, comprend St-Etienne, au nombre des localités dans lesquelles le prix de la visite à domicile sera transitoirement élevé à deux francs cinquante centimes.

Mais que, suivant l'article deux de l'arrêté ministériel, du trente septembre mil neuf cent cinq déjà visé, le prix de la consultation au cabinet du médecin est inférieur de cinquante centimes, au prix de la visite, tel qu'il est spécifié à son dit article premier.

Qu'ainsi donc le prix de la consultation du Dr choisi par le blessé est de deux francs à Saint-Etienne.

Attendu que, ce point établi, il nous appartient de fixer le montant des frais médicaux à allouer au docteur G., sur le vu de sa note *à laquelle nous devons nécessairement faire foi, pour la nature des soins donnés, le défendeur ayant uniquement contesté, les soins donnés, sans toutefois prendre des conclusions pour arriver à établir que certains de ceux-ci ont été superflus.* QUE C'ÉTAIT A LUI, CHEF D'ENTREPRISE, AU COURS DU TRAITEMENT, QU'IL APPARTENAIT DE NOUS FAIRE DÉSIGNER UN MÉDECIN CHARGÉ DE LE RENSEIGNER SUR L'ÉTAT DU BLESSÉ.

Sur sa demande de deux francs pour le certificat initial :

Attendu que, d'après l'article neuf de l'arrêté ministériel du trente septembre mil neuf cent cinq, le certificat qui constate sommairement la nature de la blessure et le pronostic probable donne droit à une indemnité spéciale de deux francs. Sur la demande de douze francs pour six pansements du doigt du onze au dix-sept mai.

Attendu qu'il s'agit d'un petit pansement qui, suivant l'article trois du dit arrêté ministériel, est compris dans le prix de la consultation, sauf toutefois pour celui fait au cours de la première consultation, pour lequel il est alloué un honoraire égal à la consultation ;

Que, pour ces six pansements, il doit être alloué, à raison de deux francs l'un, douze francs, mais que par conséquent, il y aura lieu pour rester dans l'esprit du dit article trois de déduire cinq consultations sur le nombre de celles réclamées :

Sur la demande de quarante-huit francs pour vingt-quatre massages du doigt, du dix-sept mai au vingt-huit juin ;

Attendu que, suivant l'article dix du dit arrêté ministériel les soins médicaux et opérations de petite chirurgie donnent droit, en sus du prix de la consultation à une allocation du prix d'une consultation, la séance de massage de la main par le médecin traitant ; Que pour ces vingt-quatre massages à raison de deux francs l'un, il doit lui être alloué quarante-huit francs ;

Sur sa demande de trente consultations au cabinet du dix mai au vingt-huit juin.

Attendu que d'après le dit article dix, du dit arrêté ministériel, le prix de la consultation est dû en plus des soins médicaux et opérations de petite chirurgie ; que pour les vingt-quatre massages de la main, il est dû vingt-quatre consultations : qu'il lui en est dû une pour le pansement fait alors de la première visite (article trois du dit arrêté) :

Mais qu'il ne lui en est point dû pour les cinq autres pansements successifs qui se trouvent, compris dans le prix de la visite (article trois du dit arrêté) que ces vingt-cinq consultations ; à deux francs, l'une représentent cinquante francs d'honoraires ;

Sur sa demande de vingt francs pour la radiographie de la main :

Attendu que, d'après l'article quatre, paragraphe premier de la loi du neuf avril mil huit cent quatre-vingt-dix-huit, modifié par celle du trente et un mars mil neuf cent cinq, le chef d'entreprise doit supporter les frais médicaux et pharmaceutiques, mais que cette obligation est limitée par son paragraphe second à la somme qui doit être fixée par application du tarif qui sera établi par arrêté ministériel, que celui du trente septembre mil neuf cent cinq, ne prévoit rien pour la séance de radiographie, que dès lors le chef d'entreprise ne saurait être tenu de cette constatation ; faite à l'aide des rayons X.

Sur sa demande de cinq francs pour le certificat descriptif de guérison :

Attendu que d'après l'article neuf du dit arrêté ministériel du trente septembre mil neuf cent cinq, ce certificat donne droit à une indemnité spéciale de cinq francs.

Attendu que d'après l'article cent trente du code de procédure civile la partie qui succombe doit être condamnée aux dépens,

Par ces motifs :

Faisant droit aux parties et statuant par jugement contradictoire et en dernier ressort.

Condamnons B, défendeur à payer au docteur G., demandeur, la somme de cent dix-sept francs d'honoraires, pour le certificat initial du dix mai dernier, les six pansements simples faits au cabinet du onze au dix-sept mai inclus, des vingt-quatre massages du doigt faits du dix-huit mai au vingt-huit juin inclus, des vingt-cinq consultations du dix mai au vingt huit juin inclus le certificat descriptif de guérison à B. un de ses ouvriers blessés par suite d'un accident de travail, le vingt et un mars mil neuf cent sept ; le déboutons du surplus, de sa demande et condamnons le dit B, aux dépens liquidés à six francs dans lesquels ne sont pas compris ceux du présent jugement et de sa signification qui restent également à sa charge.

Voici un second jugement conforme à la doctrine que nous avons toujours soutenu :

Justice de Paix du XIIIe arrondissement de Paris.

Jugement du 18 *octobre* 1907.

Attendu que, par exploit de Rooy, huissier à Paris, en date du 16 octobre 1907, enregistré, le demandeur réclame aux défendeurs une somme de 400 francs pour soins donnés à M. Le Mévelle.

Attendu que les défendeurs par conclusions écrites et annexées à la minute des présentes font offre d'une somme de deux cent soixante-dix francs prétendant que l'art. 10-B., n° 10 du tarif fixé par l'arrêté ministériel du 30 septembre 1905, accorde bien le prix de deux visites pour les massages, mais que le docteur Alliot ne doit pas compter encore une visite préalable.

Mais attendu qu'aux termes de l'art. 10, le coût de la visite doit être compté en sus du coût de 2 visites pour le massage.

Par ces *motifs :*

Jugeant en premier ressort ;

Condamne les défendeurs à payer au demandeur la somme de 400 francs pour les causes sus-énoncées ensemble les intérêts de droit.

Les condamne en outre aux dépens.

P. S. — Nous avons déjà publié, voir *Concours médical*, n° 50, 1907, page 895, un jugement, qui confirme ce que nous ne cessons de répéter sur ce même sujet.

LES MÉDECINS, EMPIRIQUES, BANDAGISTES, OPTICIENS, "SPÉCIALISTES" AMBULANTS

et la répression de leurs abus.

Rapport à l'Office central pour la Répression de l'Exercice illégal de la Médecine (1).

Par M. Bruno DUBRON.
Docteur en droit, avocat à la Cour de Paris,
Secrétaire général adjoint de l'Office central.

Messieurs,

En se saisissant des griefs nombreux et manifestement justifiés que le corps médical formule contre les pseudo « spécialistes » et les médecins ambulants, l'Office central n'a fait que répondre aux sollicitations qui lui étaient adressées depuis l'heure même de sa création.

A cette époque, dans l'important échange de vues que permit le Congrès contre l'exercice illégal de la médecine, plusieurs praticiens venus des départements avaient déjà insisté sur la multiplicité des infractions commises par les charlatans de passage et sur l'impunité regrettable qui les favorise en beaucoup de régions ; il parut alors utile qu'on entreprît une étude d'ensemble de cette situation ainsi que des divers moyens propres à y remédier, et ce fut une des causes pour lesquelles, en se séparant, le Congrès vota la fondation de l'Office central.

Investi de cette mission, l'Office ne devait pas rester inactif.

Grâce à l'inlassable et précieux dévouement de son secrétaire général, M. le Dr Levassort, auquel il vous a plu à maintes reprises de rendre hommage, l'Office réunit d'abord en une volumineuse correspondance une première série d'informations ; puis, il s'efforça de les compléter définitivement, et à cet effet, il adressa, le 15 mai 1907, à tous les présidents d'Associations médicales et de syndicats médicaux français un questionnaire en quatre points, conçu comme suit :

I° Votre ville ou votre région est-elle visitée régulièrement : 1° par des docteurs spécialistes ; 2° par des guérisseurs de hernies, marchands de ceintures, pessaires, etc... dont le passage est annoncé pour les uns et les autres par voie d'affiche ou par les journaux locaux ?

II° A-t-il été fait dans votre région une tentative quelconque pour mettre fin à ces tournées ?

III° Dans le cas de l'affirmative, quelles mesures ont été employées ? Ces mesures ont-elles été efficaces.

IV° Considérez-vous comme présentant un intérêt général, une action énergique et commune des Syndicats et des Sociétés de défense professionnelle pour entreprendre une lutte contre ces commis-voyageurs médicaux ?

Un adhérent à l'Office, habitué à voir la plupart de ses confrères négliger tout ce qui concerne les intérêts de leur profession, envisageait avec quelque scepticisme les préparatifs de cette petite enquête ; ses prévisions se sont heureusement trouvées inexactes, car nous avons obtenu de nombreuses réponses.

A celles-ci ont été jointes les lettres écrites spontanément par des médecins que le Concours médical avait obligeamment prévenus de nos recherches et qui ont bien voulu contribuer à nous documenter. Nous prions tous nos correspondants de recevoir ici nos remerciements pour leur aimable collaboration.

Le présent rapport a pour objet de vous soumettre sous une forme très brève et succincte les renseignements recueillis et d'y ajouter quelques observations qui, si vous les agréez, pourront avoir leur place en substance dans la réponse à faire aux syndicats médicaux qui nous ont demandé de leur indiquer une ligne de conduite.

§ 1er

L'envahissante publicité à laquelle se livrent les médecins ambulants, les pseudo « spécialistes médicaux » de toute espèce et les autres guérisseurs nomades, peut au premier abord donner le change sur leur véritable nombre ; celui-ci est en réalité assez minime. Presque toutes les plaintes, qu'elles viennent du Midi ou du Nord, du Centre, de l'Est ou de l'Ouest, visent, dans cette corporation, cinq ou six individualités dont nous avons lu mille fois les réclames impudentes et mensongères au dos de toutes les gazettes parisiennes, provinciales et rurales.

Ces quelques personnes n'ont certes pas, malgré leur activité, réussi à monopoliser l'usage de leurs procédés, mais il est probable qu'elles détiennent dans leur partie le plus haut chiffre d'affaires et que leurs émules, moins audacieux, moins expérimentés, moins habiles, moins entraînés ou seulement moins heureux, ne les suivent que de très loin.

Leurs entreprises tendent, ainsi que le prévoyait notre petit questionnaire, à la vente des bandages abdominaux, sangles, sous-ventrières, ceintures de matrices, pessaires, suspensoirs et autres appareils analogues.

Dans leurs annonces, leurs prospectus, leurs circulaires, rédigés en style amphigourique, ces négociants font connaître qu'ils réalisent la « cure radicale » de la hernie (l'un d'eux s'intitule même *ancien curateur herniaire* (sic). Ils promettent aux hernieux la guérison complète et rapide, sans opération, moyennant le port de bandages ou de ceintures établis suivant des méthodes et des modèles perfectionnés, voire même brevetés, qui sont naturellement la propriété particulière de chaque maison.

C'est ainsi qu'il y a des bandages préférables à tous autres parce qu'ils sont sans ressorts et des bandages qui sont également préférables parce qu'ils en ont. Il y a des appareils pneumatiques, des appareils imperméables et surtout, — le grand succès du jour ! — le nouveau bandage électro-médical « d'où se développe constamment un courant d'électricité vitale qui, sans « danger ni douleur, guérit radicalement la hernie « et dont les plus grands savants du monde, « admirent la bienfaisante influence ».

A l'appui de leurs boniments, ces négociants déclarent posséder des milliers d'attestations ; parfois, ils se risquent même à en publier une ou deux qui émanent de gens simples et crédules et sont destinées au public dont ils font partie.

Comme il faut savoir être de son temps et que la mode produit son rayonnement prestigieux jusque dans la bourgade alpestre ou bretonne la plus perdue sous le ciel, il n'y a guère de bandagiste ambulant qui ne se targue d'être philanthrope. Toutefois cette philanthropie est éminemment relative ; à son endroit il convient de s'entendre. L'application du bandage est gratuite, mais le bandage lui-même ne l'est pas. Son coût normal se majore, au contraire, des frais énormes de la publicité qui l'a fait vendre, de ceux de la tournée du marchand, et, supplémentairement, de l'honnête bénéfice que s'alloue ce diseur de bonne

(1) Séance du 11 octobre 1907.

aventure en rémunération de sa dextérité. Finalement, le prix oscille, suivant les cas et les têtes, entre ce qu'il serait si l'instrument avait été vendu dans le commerce ordinaire, et le joli denier de cinq cents francs (1). Telle la merveilleuse ceinture électrique du célèbre docteur américain qui se fabrique pour un dollar et se vend, en France même, sous l'égide protectrice de nos justes lois.

Lorsqu'un pauvre diable verse ainsi toutes ses économies à l'un des exploiteurs dont il s'agit, croyant acheter, avec son appareil, la santé et un gagne-pain, le moindre danger auquel il s'expose est de perdre inutilement son dernier écu. Car, il est de notoriété médicale que, trop souvent, le bandage est vendu à tort. Un malade se présente, porteur d'un abcès ou d'une adénite inguinale : le bandagiste l'examine, fait son diagnostic, et, soit par ignorance, soit cyniquement, en pleine connaissance de cause, il lui applique son instrument. On devine sans peine le résultat. — Un autre malade souffre d'une rétention du testicule à l'anneau : même application désastreuse (2). — Un enfant atteint d'un cancer inopérable du testicule reçoit les soins d'un « spécialiste herniaire » : même application, suivie d'un rapide décès. La famille se dispose à porter plainte, mais le parquet déclare qu'il se refuse à ouvrir des poursuites et le bandagiste n'est pas inquiété (3). — Un tuberculeux arrivé déjà au second degré s'égare à la consultation d'un docteur en médecine ambulant, qui consacre son exercice professionnel à vendre des ceintures sous-ventrières. Le malade est palpé, ausculté, percuté et sort du cabinet médical.... nanti d'un engin de 25 francs (4). — Ce ne sont d'ailleurs là que des exemples choisis au hasard entre beaucoup d'autres. Ils suffisent à mettre en lumière l'audacieuse exploitation dont le public est victime de la part des bandagistes ambulants et la nécessité de mettre un terme à leurs abus.

***

Avec les bandagistes ambulants vont de pair les opticiens nomades, qui, sur les marchés, les champs de foire, dans les arrière-salles des cafés ou les salons des auberges de province tiennent étalage de lunettes, et de pince-nez. Pour une mise en scène propice, ces négociants s'entourent de tableaux alphabétiques et d'instruments d'oculistique comme on en voit dans les cliniques d'ophtalmologie. La clientèle se présente à eux, crédule, moutonnière, attirée en grand nombre par une publicité sans cesse entretenue. L'opticien accueille ses malades, diagnostique leur cas et finit naturellement par conseiller l'acquisition de sa marchandise. Celle-ci souvent défectueuse, consistant en verres de mauvaise qualité, décentrés, mal appareillés, mal montés, importés de l'étranger pour un prix infime, se vend très cher au paysan, à l'humble ouvrière de l'aiguille qui ne savent même pas l'apprécier. L'un et l'autre rentrent chez eux, leur étui en poche, sans même se douter que leur mal est peut-être justiciable d'un traitement médical efficace et que, faute de s'y soumettre promptement, ils risquent de tomber dans l'une des plus cruelles infirmités.

***

La latitude excessive laissée aux bandagistes et aux opticiens n'a pas profité qu'à eux. Elle comportait un enseignement implicite qui a été rapidement compris. On a vu que, soit par un truc, soit par l'autre, toutes les branches de la médecine étaient propres à faciliter des entreprises analogues, et bientôt, chacune d'elles a eu ses tournées de médicastres ambulants, annoncées par affiches, par insertions, au prône même, et revenant périodiquement mettre en coupe réglée les contrées déjà traversées. Ces tournées sont effectuées par des empiriques vulgaires ou par des docteurs diplômés que l'amour du lucre ou quelqu'accroc professionnel a dévoyés (1).

Les agissements du « médecin spécialiste » sont identiques à ceux du « curateur herniaire », sinon qu'au lieu de vendre des bandages, le spécialiste se fait acheter à prix d'or des drogues insignifiantes ou nocives, des manuels de médecine populaire, ou bien encore pratique des massages et des passes magnétiques qu'un charlatan avéré ne désavouerait pas (2). Il traite de la sorte toutes les maladies aiguës ou chroniques, de la dyspepsie à la métrite, de l'épilepsie au cancer. La guérison est promise à tous les malades sans distinction, et, lorsqu'elle tarde à s'accomplir, c'est évidemment que le patient n'a pas encore absorbé sa dose de la spécialité prescrite, auquel cas il n'y a qu'à la forcer. Quant au « spécialiste », si les bénéfices de sa tournée ne rendent pas autant qu'il l'escomptait, il fait tirer de nouveaux prospectus où il accroît le domaine de sa compétence, et il finit par devenir, comme la plupart de ses collègues, un spécialiste en tous genres.

Par malheur pour ses victimes, le pseudo « spécialiste » est moins dénué d'intelligence que de scrupules et de savoir. Il a appris à l'usage tout ce qu'on peut extorquer à un moribond dominé par la peur, qui a placé en son médecin sa suprême espérance, et lorsqu'il le quitte, c'est qu'il n'en pouvait plus rien obtenir. Ainsi sont commis des actes de banditisme qu'en dehors du monde médical on ne soupçonne même pas. Il est temps qu'on les signale d'une façon pressante et les syndicats médicaux feront œuvre manifestement utile au public en provoquant, comme ils y sont résolus, leur répression.

***

Sur l'opportunité d'une action énergique exercée par les syndicats, tous nos correspondants ont été affirmatifs, sauf pourtant deux réponses évasives. Ces dernières doivent avoir été inspirées par une extrême prudence. Tout en convenant du péril et de sa gravité, leurs auteurs ont semblé craindre les ennuis, les propos malveillants qu'engendrent quelquefois les litiges professionnels et ils ont trouvé plus pratique de les éviter.

(1) Voyez à ce sujet la documentation de l'Off. central, corresp. n[os] 2, 9, 12, 17, 18, 20.
(2) Corresp. n° 19.
(3) Corresp. n° 17
(4) Corresp. n° 18.

(1) Tous nos lecteurs comprendront sans que nous ayons à l'indiquer autrement, que ce que nous disons des « docteurs spécialistes » et des « médecins spécialistes » s'applique exclusivement aux irréguliers de la profession, porteurs ou non du diplôme Pour les gens informés, aucune confusion n'est possible entre eux et les praticiens dignes de ce nom qui, s'étant spécialement consacrés à une branche de l'art médical, vont l'exercer, d'accord avec leurs confrères, là où leur concours peut être utile.

(2) Depuis la rédaction de ce rapport, le Syndicat des Médecins de la Seine a poursuivi et fait condamner par la X[e] Chambre le desservant de la paroisse de Mesnil (Vosges), qui cumulait cette fonction avec celle de masseur et pratiquait dans un petit appartement parisien sur la personne de ses clients et clientes « l'effleurement des capillaires ». Lorsqu'on lui a objecté le caractère délictueux de ces séances, M. l'abbé X.... a répondu qu'il ne s'agissait là que d'hygiène. (Voy. *Journ. Méd. Paris*, 3 nov. 1907, p. 429.)

Qu'ils nous permettent de leur dire, avec la presqu'unanimité de leurs confrères, que nous ne partageons aucunement leur opinion. Malgré le dévouement constant qu'il apporte dans l'accomplissement quotidien de sa lourde tâche, le corps médical a rencontré parmi les gens mal intentionnés quelques adversaires, mais le caractère injuste de leurs critiques est trop apparent pour qu'on n'ait pas le droit et le devoir de les dédaigner. Dira-t-on que le corps médical agit contre les bandagistes et les opticiens ambulants par intérêt ? Il sera bien facile de répondre qu'après la disparition du bandagiste et de l'opticien de passage, le hernieux se rendra chez le pharmacien, chez l'herboriste, chez le bandagiste sédentaire, l'acheteur de lunettes chez l'opticien en boutique ou au bazar, mais que ni l'un ni l'autre ne songeront à se pourvoir chez le médecin d'appareils que le médecin n'a pas pour habitude de fournir. Le but véritable des syndicats médicaux sera en réalité très clair et très conforme à leur institution. Dans cette circonstance, comme dans toutes celles où ils poursuivent les charlatans et les illégaux de la médecine, les syndicats médicaux défendront à la fois les intérêts du public et les leurs. Aux malades, ils assureront des soins meilleurs, plus expérimentés, plus sérieux, plus honnêtes, et, pour eux-mêmes, ils soutiendront la dignité de la profession médicale qui en fait tout le mérite et toute la grandeur.

Ces raisons très légitimes seront, à n'en pas douter, parfaitement comprises (1).

§ 2e.

De même que l'art dentaire recommande, dans un adage célèbre, les soins patients, de préférence aux extractions brutales et irrémédiables, de même dès une époque ancienne, la criminologie conseillait déjà à ses adeptes de prévenir les défaillances humaines plutôt que d'avoir à les réprimer. Ce conseil est, certes, empreint d'une grande sagesse ; s'il ne porte pas de meilleurs fruits, c'est que hélas on manque en un trop grand nombre de cas des moyens propres à l'appliquer.

En particulier, les syndicats médicaux, qui rencontrent tant d'obstacles lorsqu'ils entreprennent de défendre les droits de leurs membres contre les empiriques et les charlatans, recevraient avec une vive satisfaction l'indication de mesures préventives efficaces, mais il faut avouer que jusqu'à présent, celles qu'ils ont employées n'ont donné qu'un résultat bien relatif.

A. — Mesures préventives.

Au sujet des bandagistes, opticiens et autres médicastres ambulants, on en a préconisé deux : — *a* — la réclamation du diplôme et — *b* — l'assujettissement du « spécialiste » ambulant à payer une patente calculée sur la valeur locative de tous les locaux où il exerce sa profession, y compris ceux dans lesquels il ne séjourne que passagèrement.

a) *Réclamation du diplôme.*

Cette mesure est indubitablement légale.

L'exercice de la profession médicale étant réservé aux seuls titulaires du diplôme d'*état* du doctorat en médecine (art. 1er et 16 loi 30 nov. 1892. Sur le diplôme d'état et le diplôme d'université, voy. notamment : Congrès ex. ill. méd. rapport XIV par M. le Dr de Grissac et au compte rendu, pp. 230 et suivantes, observations de MM. Lepage, Renon, Honorat, Levassort), et se trouvant soumis, au moins sous certains rapports, au contrôle de l'autorité administrative (loi 30 nov. 1852, art. 9), il incombe aux agents de la police administrative comme aux officiers de police judiciaire de s'assurer que ceux qui s'y livrent sont exactement en règle avec la loi. La manière la plus simple d'y parvenir est de leur demander la représentation de leur diplôme.

Cette réquisition peut être formulée par tout agent de la police administrative et par tout officier de police judiciaire ou ses auxiliaires agissant sur délégation régulière. Le commissaire de police est donc doublement habilité à cette fin, puisqu'il est à la fois agent de police administrative et officier de police judiciaire. Il agit alors soit sur son initiative personnelle, soit sur celle du parquet de l'arrondissement (1) ou du parquet général, soit sur celle de l'autorité préfectorale, dont l'intervention en cette matière serait parfaitement recevable.

En fait, dans certaines localités, le diplôme des spécialistes ambulants est assez fréquemment réclamé ; dans toutes il pourrait l'être. Parfois cette réclamation est la première phase d'une poursuite pour exercice illégal, lorsqu'elle est adressée à un individu contre qui on a relevé des actes que le manque de diplôme rend délictueux ; mais si, au contraire, elle se produit dès l'arrivée de l'empirique, avant que celui-ci ait reçu ses malades, elle le décide généralement à plier bagage et à purger pour quelque temps la contrée de sa présence. C'est déjà un résultat.

b). *Assujettissement du spécialiste ambulant à payer la patente de médecin calculée sur la valeur locative de tous les locaux où il exerce sa profession.*

Quelques syndicats médicaux ont espéré trouver dans le surcroît de taxe fiscale un remède aux visites des soi-disant spécialistes, mais l'administration n'a pas jusqu'aujourd'hui admis leurs prétentions, ni l'interprétation légale sur laquelle ils les fondent.

Leur système se résume ainsi.

Lorsqu'un négociant voyage de localité en localité pour y vendre des lunettes, des bandages ou toute autre marchandise, il est redevable, à raison de sa profession, d'une patente calculée d'après un barême déterminé.

Lorsque ce négociant, outre ses opérations commerciales, voit des malades et leur dispense légalement ou illégalement ses consultations médicales, il fait œuvre de médecin et, de ce chef, il encourt une seconde patente dont le montant ne se confond que partiellement avec celui de la première. Il est vrai que l'administration ne la réclame pas toujours, mais, en cela elle est dans son tort (Voy. D. L. P. et Ad. IV Contribut. dir. XIII Patent. no 6 9, 56 et § tr. et les référ.) (2).

---

(1) Les Syndicats médicaux que les critiques de cette nature préoccuperaient, ont d'ailleurs en beaucoup de cas la faculté de les prévenir en portant leurs procès contre les spécialistes ambulants hors de leur région. Cette manière d'agir offrirait aussi cet autre avantage de permettre facilement à plusieurs syndicats d'unir leurs poursuites respectives contre le même délinquant. (Voy. *inf.* le § 2e).

(1) Le Procureur de la République agirait en vertu du Code d'Inst. Crim. art 22, qui lui donne pour mission de rechercher et poursuivre tous les délits dont la connaissance appartient aux Tribunaux de police correctionnelle.... V. D., C. Instr. Cri., article 22, nos 4, 5 et 8.

(2) P. ex., le délinquant dont il est question supra, p. 6, note 1 paye-t-il patente comme médecin ? Il le doit pourtant sans conteste et sa patente doit porter à la fois sur la valeur locative du presbytère du Mesnil, lieu de son habitation principale, et sur la valeur locative du logement parisien où il exerce illégalement la médecine. — Ce délinquant paye-t-il même patente comme masseur, profession qu'il avoue exercer ?

Lorsqu'enfin le spécialiste ambulant se borne à colporter sa science, il fait légalement ou illégalement œuvre purement médicale et il n'encourt alors que la patente du médecin.

La patente des médecins s'analyse, comme on le sait, en un droit proportionnel qui est du quinzième de la valeur locative de son habitation et des locaux servant à l'exercice de sa profession.

Ce droit du quinzième est intégralement applicable au médecin sédentaire qui se contente de donner ses soins dans son cabinet ou près de son domicile.

Si d'aventure un médecin tient hors de chez lui une clinique, le loyer de celle-ci entre en ligne de compte pour le calcul de sa patente, encore bien que cette clinique soit parfois exclusivement destinée aux indigents. (Cons. d'Et. 7 mars 1890 — D. P. 1891. III. 92. — C. d'Et. 21 mai 1892. — D. P. 93. V. 413. — Voy. aussi D. L. ad. IV p. 362. n°s 7873 et le renvoi).

Si durant l'été un médecin va s'installer dans une station thermale, il est taxé sur le loyer de l'habitation qu'il y occupe, et d'autre part, il l'est aussi sur le loyer de son habitation principale, située hors de la station, quand bien même il n'exercerait sa profession qu'aux eaux. (Voy. C. d'Et. 2 mars 1895 — D. P. 1896. V. 414. — C. d'Et. 10 déc. 1898 p. 800. — Voy. aussi D. R. S. v° Patente n° 475).

Pour lourdes que soient ces charges fiscales, le corps médical doit cependant les accepter en vertu du texte très précis de la loi du 15 juillet. 1880, art. 14, qui est ainsi conçu : « Le droit pro« portionnel est payé dans toutes les communes « où sont situés les magasins.... chantiers et au« tres locaux servant à l'exercice des professions « imposables.

« Si indépendamment de la maison où il fait « sa résidence habituelle et principale, et qui dans « tous les cas, sauf l'exception ci-après, doit être « soumise au droit proportionnel, le patentable « possède soit dans la même commune soit « dans des communes différentes une ou plu« sieurs maisons d'habitation, il ne paie le droit « proportionnel que pour celles de ces maisons « qui servent à l'exercice de sa profession.....»

La volonté du législateur apparaît à la lecture de cet article dégagée de toute espèce d'ambiguité. La taxe doit atteindre également tous ceux qui pratiquent la profession médicale, non seulement sur le loyer de leur habitation principale, mais de plus sur celui des divers locaux où ils exercent leur profession. Le principe posé dans la loi de 1880 est à cet égard général et strict. De même que le médecin d'eaux est taxé sur ses deux loyers, de même que le médecin qui a une clinique est taxé sur son loyer principal et sur celui de sa clinique, de même, conformément aux termes très nets de l'article 14, et à l'équité la plus manifeste, la patente du médecin ambulant devrait le frapper à la fois sur le loyer de son habitation principale et sur celui de tous les locaux où il vient dispenser ses consultations.

Or, dans la réalité des faits, c'est cependant le contraire qui se produit. Par méconnaissance des prescriptions formelles de l'article 14, comme aussi par dérogation à cette règle de la matière que les déplacements d'un négociant sont une raison de taxation, à cause de la concurrence redoutable qu'ils créent pour le négoce sédentaire (Voy. D. S. R. v° Patente, n° 287), la patente du médecin ambulant n'est assise que sur le loyer de son habitation principale.

D'où vient donc cette anomalie contraire au droit et à l'équité ? Comment peut-il se faire que les charlatans ambulants bénéficient d'avantages fiscaux particuliers ?

Pour les expliquer, sinon les justifier, on a excipé dans le sens adopté par l'administration, des moyens suivants :

En premier lieu, bon nombre de « spécialistes » ambulants dénient se livrer à la pratique médicale proprement dite. Ils se prétendent de vulgaires marchands. Pour les astreindre à la patente médicale, il faudrait commencer par les convaincre d'exercice illégal (ou légal) de la médecine et cela nécessiterait de la part de l'Administration des enquêtes, des procès certes longs, épineux, absorbants, que leur intérêt pécuniaire très minime décide plutôt à négliger.

En second lieu, s'il est vrai que, de par l'article 14, tous les loyers des locaux professionnels doivent entrer en ligne de compte, encore faut-il pour cela que les locaux dont il s'agit soient affectés à la profession du redevable d'une façon, non pas nécessairement permanente, mais au moins régulière.

Ainsi a-t-on pu patenter un dentiste de Paris sur le loyer d'un cabinet qu'il ouvrait chaque année dans le même hôtel d'une ville d'eaux et à la direction duquel il affectait un de ses opérateurs. (Voy. Cons. d'Etat, 5 nov. 1866. — Rec. Cons. d'Etat, 1886, p. 760, aff. Preterre. — Voy. aussi D. S. R. v° Patente, n° 83). (1).

Mais, tel n'est pas le cas du spécialiste ambulant;

Celui-ci n'effectue ses tournées qu'à des dates parfois très éloignées les unes des autres (trimestriellement ou semestriellement) et dont la périodicité n'est pas toujours assurée. Son installation dans les localités où il passe est précaire et occasionnelle. Aucun contrat durable ne le lie à son logeur ; souvent même, aucune location n'intervient entre eux : le logeur met gratuitement à la disposition du médecin ambulant un salon ou une chambre, par reconnaissance pour le mouvement de clientèle que le médecin ambulant détermine dans son établissement ; en tout cas, le prix de la chambre n'est que de quelques francs. Il va sans dire, à fortiori, que le médecin de passage n'attache à ce cabinet improvisé aucun préposé spécialement chargé de l'y assister professionnellement. De tout cela, il résulte qu'en somme c'est à titre essentiellement accidentel et transitoire que le médecin ambulant occupe les locaux du logeur et que ceux-ci ne peuvent être considérés à proprement parler comme des annexes de son cabinet principal (2). Voilà vraisemblablement les motifs pour lesquels l'Administration n'a pas cru devoir les comprendre dans ceux dont le loyer sert de base au taux de la patente. A cet égard, elle semble d'ailleurs s'être soigneusement conformée à la jurisprudence, laquelle déclare que « l'imposition du droit pro« portionnel ne peut avoir lieu qu'au cas où l'on « se trouve en présence d'une occupation privative et d'une certaine durée, et que l'imposition « ne saurait avoir lieu s'il n'y avait ni location

(1) Voy. aussi Cons. d'Etat, 23 mai 1884 — D. P. 1885. V., col. 343. — Un médecin qui, outre de sa résidence habituelle et principale, a à sa disposition dans une autre commune un local où il reçoit ses clients et donne des consultations est passible dans cette commune du droit proportionnel. — Voy. aussi *cod. loc.* les références sur la jurisprudence antérieure. — Quoique cette décision ne soit rapportée au Dalloz qu'en quelques mots, nous pensons qu'il s'agissait en l'espèce d'un local dont le médecin avait la jouissance permanente.

(2) Ces circonstances de fait existent dans la généralité des espèces ; mais il pourrait aussi se faire occasionnellement qu'on ne les rencontre pas et la mansuétude de l'administration fiscale envers les médecins ambulants en serait d'autant moins justifiable.

« (ni occupation) des locaux. » (Cons. d'Et., 10 mars 1882. — D. P., 1884. 5. 264). Malgré cela, il n'en reste pas moins certain que le principe de la jurisprudence aboutit en l'occurrence. à blesser l'équité et que son application stricte se trouve en fait protéger exceptionnellement une catégorie de redevables qui, à aucun point de vue, n'est digne d'intérêt.

Faute de pouvoir espérer un revirement de cette jurisprudence néfaste au public comme au corps médical, nous conclurons ici à l'opportunité d'une action collective des syndicats médicaux pour faire édicter une patente spéciale contre les médecins ambulants. Les nécessités budgétaires inspirent de temps à autre à nos financiers parlementaires des innovations assez regrettables ; en frappant comme ils doivent l'être les médecins ambulants, ils auront par compensation la double satisfaction d'avoir soutenu les efforts du travail honorable et enrichi le Trésor de l'Etat.

B. Mesures répressives.

On a pu juger par ce qui précède qu'à l'encontre des abus de tout genre imputables aux médecins, bandagistes, opticiens et autres empiriques ambulants, les Syndicats médicaux, se trouvent presqu'entièrement dépourvus de moyens préventifs.

La répression est mieux organisée, mais la conduite à suivre étant alors susceptible de varier dans chaque espèce, nos indications en ce qui la concerne ne peuvent actuellement que demeurer vagues et se limiter aux événements qui entourent le début des instances judiciaires.

Celles-ci, sauf exceptions tout à fait rares, consisteront en poursuites pour exercice illégal de la médecine, ou pour exercice illégal de la pharmacie, ou pour escroquerie.

Ces poursuites, conformément au droit commun (art. 23 et 63, Inst.Crim.), pourront être portées devant le Tribunal de Police correctionnelle du lieu du délit, ou devant celui de la résidence *du prévenu, ou* devant celui du lieu où le prévenu pourra être trouvé.

Les syndicats seront libres de choisir entre les trois tribunaux compétents, soit en citant directement le délinquant devant l'un d'eux par application de l'article 182 du Code d'Instruction criminelle, soit en portant plainte et en se constituant partie civile devant le Juge d'Instruction conformément à l'article 63 du même code. Si le Ministère public a déjà engagé l'action devant la juridiction répressive, les Syndicats médicaux n'auront plus qu'à y intervenir là où la poursuite aura été commencée. Le choix ainsi réservé aux Syndicats ne sera pas toujours sans intérêt pour eux : d'une part, il leur permettra d'éviter les polémiques locales en portant le débat dans une région où il n'éveillera pas l'attention, et d'autre part l'action collective de plusieurs syndicats contre un même délinquant pourra s'en trouver facilitée (1).

En matière d'exercice illégal de la médecine, l'action des syndicats médicaux a été expressément reconnue recevable par la loi du 30 nov. 1892, art. 17, alinéa 2.

En matière d'exercice illégal de la pharmacie, cette même action est également admise par la jurisprudence. A cet égard, il a été notamment décidé par le Tribunal correctionnel de Nevers que, quand l'intérêt du syndicat agissant est démontré.

....

la prescription de la loi du 21 germinal an XI, art.32, qui punit la vente par un pharmacien d'une préparation médicinale sans ordonnance, ayant pour résultat indirect d'empêcher les pharmaciens de faire une concurrence illégitime aux médecins, un syndicat de médecins est recevable à se porter partie civile en dénonçant les faits qui en constituent la violation (1).

....»

(Jugement du 3 nov. 1904, *Mon. Lyon*, 12 janv. 1905).

Il faut souhaiter pour le corps médical que cette jurisprudence soit dans l'avenir pleinement confirmée comme elle doit l'être.

En matière d'escroquerie commise, soit par un médecin diplômé, soit par un empirique, vis-à-vis d'un tiers, les articles 13 et 17 de la loi du 30 nov. 1892, 3 et 6 de la loi du 21 mars 1884 donnent aussi aux Syndicats médicaux la faculté de se porter partie civile pour exercer l'action syndicale en réparation du dommage éprouvé par les collectivités qu'ils représentent (2). Il va sans dire que l'opportunité d'une telle intervention est à examiner préalablement avec un soin tout particulier, surtout s'il s'agit d'un confrère.

Lorsque la poursuite vise l'exercice illégal de la médecine, il importe avant tout de savoir exactement si l'individu suspecté est ou non titulaire du diplôme nécessaire pour se livrer régulièrement aux actes relevés contre lui.

A cet effet, le syndicat poursuivant adresse une plainte ou fait une démarche officieuse auprès du parquet compétent afin que celui-ci prescrive les mesures utiles, en particulier la réclamation du diplôme. Généralement, celles-ci sont prises sans difficulté par le commissaire de police agissant sur mandat du Procureur de la République ou du Juge d'instruction.

Si ces mesures sont refusées, il est loisible au syndicat de saisir directement le juge d'instruction d'une nouvelle plainte, ou encore de se pourvoir contre le refus du parquet d'arrondissement au parquet général. Toutefois, le syndicat embarrassé verra s'il n'est pas préférable qu'il transmette ses documents à l'Office central, qui les examinera et avisera aux démarches les plus utiles.

Les premiers renseignements ayant été recueillis, le syndicat apprécie s'il doit requérir de l'autorité judiciaire que l'individu présumé coupable soit interrogé. Dans l'affirmative, l'interrogatoire doit porter sur deux chefs qu'il importe de distinguer soigneusement : 1° la qualité de diplômé, la nature et la valeur du diplôme produit ; 2° la réalité et la nature des actes d'exercice illégal imputables à l'individu suspecté : réception des clients, examens médicaux, délivrance et signature d'ordonnances, ventes de remèdes ou d'appareils, etc., etc. La production d'un diplôme apparemment régulier ne rendrait pas le second chef de l'interrogatoire inutile, car le diplôme pourrait n'avoir de la régularité que l'apparence ou ne pas s'appliquer à celui qui prétendrait en user (3).

La plupart des actes de l'information suivie par le commissaire de police ne sont, à l'inverse de ceux de l'instruction, soumis à aucune condition de forme. Le syndicat devra néanmoins re-

(1) Voy. *supra* paragraphe 1er *in fine* et la note 8.

(1) Voy. aussi. *Droit Médical*. nov. 1906, p. 10, la note sous *Cassat*, 28 oct. 1905.

(2) Voy. par analogie la récente jurisprudence de la C. de Cass. (Ch. Crim.) arrêt du 27 juillet 1907, *Gaz. Pal.* 12 oct. 1907.

(3) En particulier il y a des bandagistes et des oculistes diplômés qui annoncent leur passage par voie d'affiches et d'articles de journaux et qui envoient à leur place des employés non diplômés.

quérir que les déclarations et constatations soient consignées dans un procès-verbal, afin que leur vérification ultérieure soit possible et qu'elles sortent effet comme de droit.

Quant au fond, de deux choses l'une : ou la personne suspectée fait la preuve de sa qualité de docteur (ou d'officier de santé) muni du *diplôme d'état*, ou bien elle n'y parvient pas.

Dans la première hypothèse, le traitement des malades lui est permis (1) ; dans la seconde, il s'agit de savoir si ses actes constituent l'exercice illégal de la médecine. Chaque espèce est alors à examiner séparément. Le syndicat poursuivant s'entendra objecter par le prévenu : soit qu'il n'a pas outrepassé les droits d'un simple marchand de ceintures, — soit qu'il traitait gratuitement et par hasard de pauvres gens abandonnés de tous, — soit encore qu'il n'a procédé qu'à des petits massages purement hygiéniques, etc., etc. Ainsi entreront en cause toutes les excuses invoquées d'ordinaire par les fauteurs de l'exercice illégal. Elles sont nombreuses ; l'ingéniosité des charlatans s'y donne libre carrière. Nous avons composé à l'Office central une collection aussi complète que possible des arrêts de la jurisprudence et des ouvrages de doctrines publiés sur ces matières, nos correspondants pourront y puiser d'utiles moyens et la grande expérience de M. le Dr Ch. Levassort sera, pour le surplus, à leur disposition s'ils désirent y faire appel.

(1) Sauf les cas très rares d'applications de la loi du 30 nov. 1892, art. 25.

TRIBUNE DES CORRESPONDANTS

Sorgues, le 9 décembre 1907,

Mon cher Confrère,

Je remets depuis plusieurs mois le devoir que j'avais de vous écrire ; mais, enfin, que vous aurais-je narré ? Mon ennui de voir l'indifférence vis-à-vis de nos œuvres, l'impossibilité, dans le Vaucluse, de grouper et de maintenir groupés pendant plus de six mois quelques bonnes volontés ? Vous aurais-je dit l'échec piteux de nos essais successifs de syndicat ? — Mais je reviens du banquet offert à Montpellier, par ses anciens élèves, au Dr Rauzier à l'occasion de son élévation au professorat, et au retour, dans le train, on parla du « Concours ». Tous nos interlocuteurs, sauf un, étaient de plus jeunes confrères que moi et l'un d'eux me demanda si j'étais le Dr Roche, correspondant du C. M. Sur ma réponse affirmative, il n'y eut qu'une voix pour dire leur plaisir à affirmer « à quelqu'un de la Maison » qu'ils trouvaient « épatants » l'œuvre, le journal et toutes les filiales ; ils admiraient le chemin parcouru au fur et à mesure que je le leur disais ; bref j'étais étonné, j'étais heureux.

Je n'avais plus devant moi le sourire protecteur et amical, ni le haussement d'épaules, ni la tape familière dans le dos (qui suppose l'appellation *in petto* de « farceur » dans l'esprit de celui qui vous la donne) par lesquels je me voyais accueilli de mes confrères dans mes prédications répétées. Est-ce que les jeunes confrères des générations qui nous ont suivis seraient moins bêtes que nous ? Je ne suis cependant pas encore bien vieux, je n'aurai quarante ans que dans quelques mois. Ils se rendent compte de la nécessité de se grouper pour se défendre et de la nécessité d'envisager l'avenir pour eux et pour les leurs.

Ici à *Sorgues*, le Docteur C... G... fera partie du « Sou Médical » à partir du 1er janvier ; à *Courthézon* le Dr Long entrera à l'Amicale. Envoyez-moi pour lui imprimés et questionnaire, indiquez un médecin pour l'examen physique ; comme il n'est qu'à 8 kil. de chez moi, je ferai le nécessaire autant que possible comme un agent d'assurance. A *Aix-en-Provence*, le Dr C... fera partie du « Sou », de l'Amicale et du Patronage. Il me l'a formellement promis ; mais, voilà, il ne faut pas laisser refoidir toutes ces bonnes volontés.

Ce n'est pas la première fois que je vois à mon appel répondre des acceptations et puis : bonsoir, plus vu, plus connu. Et six mois après : Eh ! bien ça y est ? — Ah ! ma foi, mon cher, je ne t'ai plus vu, je n'y ai plus pensé, on a tant de choses en tête!

Le Dr B... de *Visan*, que je vous avais adressé pour l'Amicale il y a 8 mois au moins, m'écrit qu'il n'a plus eu de nouvelles de l'Association Générale et qu'il est assez inquiet sur la régularité de sa situation. Je lui réponds que son affiliation est certainement un fait acquis puisqu'il a fait acte de candidature, mais que, comme il n'y a qu'une réunion par an on n'a pas pu l'admettre officiellement jusqu'à cette réunion qui aura lieu en janvier. Comme sa lettre n'est pas très claire, je me demande si sa situation auprès de l'Amicale est bien définie. C'est un excellent confrère qui fit partie du bureau de notre Syndicat mort né, je serais ennuyé qu'il y ait une difficulté quelconque pour cette admission au sujet de laquelle j'avais fait au moment voulu des démarches à Avignon, auprès du Bureau de l'A.G. A cette date on m'avait affirmé que la chose était acquise. Ma qualité de correspondant m'a valu, cette année, pas mal de lettres auxquelles je me suis naturellement, fait un devoir et un plaisir de répondre pour des renseignements nombreux, quelquefois, je l'avoue, en dehors de ma compétence. Une fois même, il y a 3 mois, je fus pris comme arbitre pour un conflit entre confrères au sujet d'une cession de clientèle. Un vieux confrère m'a demandé d'être, ces jours derniers, son avocat à la préfecture devant une commission d'Assistance Médicale dont je suis membre. Il a eu gain de cause, et m'a exprimé sa satisfaction. Tout ceci vous indique *qu'il faut faire* encore un crédit à l'avenir, mais que cependant les temps marchent et que le Concours verra bientôt sous sa bannière se ranger *les bataillons* fédérés de la Corporation médicale.

Je ne suis pas allé à Paris le 17 novembre, car ma petite famille, assez nombreuse, et ma clientèle, assez exigeante à cette époque, me retenaient, J'aurais été heureux de faire connaissance des dévoués qui mènent le bon combat et que nous ne saurions trop remercier ; j'espère que j'aurai cette permission l'an prochain à la date de la réunion générale.

Excusez le décousu de cette correspondance provinciale qui vous donne la note exacte de la vie d'un correspondant, faite d'ennuis et de consolations.

Veuillez recevoir, mon cher et honoré Confrère mes respectueuses salutations,

Dr Roche.

(De Sorgues) Correspondant de Vaucluse.

Les qualités eupeptiques de l'eau de Condal

Saint-Gervais, le 20 décembre 1907.

Depuis trois ans, j'ai eu l'occasion fréquente de prescrire l'*Eau de Condal* à petites doses chez les enfants ou les adultes à titre d'*eupeptique* ou *d'apéritif*.

J'en ai obtenu des résultats remarquables, surtout chez les enfants. L'action de cette eau pa-

rait être *reconstituante*, sans doute indirectement par suite de l'amélioration du tube digestif, et aussi de l'appétit provoqué par le sulfate de soude.

Je prescris l'eau de Condal, à la dose d'une à deux cuillerées à soupe, pure ou étendue de une à quatre cuillerées à soupe d'eau de Vichy ou Vals la Reine, le matin à jeun, pendant 20 à 30 jours. L'indication s'en présente chez les enfants quand le manque d'appétit, l'état saburral permanent de la langue, l'irrégularité des selles et la nutrition languissante, démontrent un mauvais état des voies digestives. Un changement radical s'observe alors chez ces enfants : les selles se régularisent, la langue se nettoie, l'appétit revient et l'embonpoint normal apparaît.

Certaines mamans ne jurent plus que par l'eau de Condal !

Je tenais à faire connaître aux lecteurs du *Concours* ces observations qui ont été très concluantes pour ma pratique journalière.

Veuillez agréer, etc...

Dr Roux,

(Saint-Gervais) Correspondant de la Haute-Savoie.

Pour la création d'un Syndicat.

Arzacq, le 18 décembre 1907.

Mon cher et honoré Confrère,

Je vous livre la causerie écrite que j'ai lue vendredi dernier devant la Société de médecine de Pau.

Vu son étendue, vous pourriez peut-être la publier par tranches, sous forme de feuilleton. Quelque sort que vous lui fassiez, je m'incline devant vos décisions souveraines.

L'essentiel est que vous sachiez que j'ai combattu pour la bonne cause et que je crois avoir réussi.

Trente-deux confrères étaient présents qui tous ont adhéré avec enthousiasme au Syndicat. Il a été décidé qu'une réunion générale aurait lieu dans les premiers jours de janvier 1908 pour le vote des statuts et du bureau à laquelle sera convié le corps médical des arrondissements de Pau, Orthez, Oloron, celui des arrondissements de Mauléon et Bayonne ayant refusé de s'associer au mouvement ou restant indifférent.

Recevez, mon cher confrère, l'assurance de mes sentiments confraternels.

Dr Guichamans,

Correspondant des Basses-Pyrénées.

Nous avons reçu les numéros du *Concours* que vous avez bien voulu nous faire envoyer : ils ont été distribués aux membres de la Société présents à la séance de vendredi.

DEUXIÈME CONGRÈS DES PRATICIENS

Lille, le 31 décembre 1907.

Monsieur et honoré Confrère,

Le dimanche 26 janvier, aura lieu à Lille, à 11 heures et demie, c'est-à-dire à l'arrivée du train de Paris, une réunion du comité d'organisation du congrès des praticiens ; puis à midi et demi, l'assemblée générale de la Fédération des syndicats médicaux du Nord et du Pas-de-Calais, et enfin à 2 heures, le banquet de la Fédération et du Syndicat médical de Lille.

J'ai l'honneur de venir, au nom de la Fédération, vous inviter à ces réunions, et nous espérons que vous voudrez bien nous faire l'honneur d'être avec nous ce jour-là et de participer à ces importantes délibérations. Dans le cas où vous ne seriez pas libre, nous vous serions reconnaissant de vous faire remplacer par un autre membre du « Concours Médical ».

Recevez, mon cher Confrère, l'expression de mes meilleurs sentiments.

Dr Lemière.

REPORTAGE MÉDICAL

Faculté et Hôpitaux.

— M. Marie, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Paris à partir du 1er janvier 1908.

— M. le prof. Pierre Marie commencera le cours d'anatomie pathologique le vendredi 10 janvier 1908, à 5 h. de l'après-midi au petit amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure (dans le petit amphithéâtre), et les mercredis, à 2 h., dans la salle des travaux pratiques d'anatomie pathologique. Objet du cours : Os et articulations.

— Les bureaux du secrétariat de la Faculté sont désormais ouverts de midi à 3 h.

— M. le Dr P. Lasablière, préparateur, commencera au Laboratoire de physiologie, à partir du 15 janvier 1908, une série de conférences pratiques de physiologie normale appliquée qui comprendra 24 leçons.

Le droit à verser est de 50 frs. On s'inscrit au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 3) les mardis, jeudi et samedis.

— M. Poulard, ophtalmologiste des hôpitaux commencera le lundi 13 janvier à 2 h. à l'Hôtel-Dieu (grand-amphithéâtre), une série de douze conférences avec présentation des malades. Il les continuera, les lundis, mercredis et vendredis suivants aux mêmes heures. Ces conférences sont obligatoires pour les stagiaires inscrits à la clinique ophtalmologique.

Les étudiants pourvus de 12 inscriptions peuvent se faire inscrire à la Faculté.

L'inscription est gratuite.

— M. Mosny étudiera l'étiologie, le diagnostic, le pronostic le traitement et la prophylaxie de la tuberculose pulmonaire chez l'homme, en 15 leçons : qui auront lieu chaque jour, sauf le dimanche à 9 h. du matin à l'hôpital St-Antoine (Laboratoire Louis). Droit d'inscription à cette série de 15 leçons: 20 francs. La première série commencera le mardi 21 janvier 1908.

Sous la direction de M. Mosny, l'interne du service fera, dans le courant de l'année, plusieurs séries de conférences d'auscultation appliquée au diagnostic des malades et de l'appareil respiratoire.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs Longbois, (de Joigny (Yonne), Verhaeren, de Birmandreis (Alger) et Olivié, de Lévignac-de-Seyches (Lot-et-Garonne), membres du « Concours médical ».

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trentième année N° 2 Dimanche 12 JANVIER 1908

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des Inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Les honoraires pour pansements d'accidents du travail, faits à la consultation externe des hôpitaux.

La lettre qui suit, a été adressée à un de nos amis du « Sou Médical » en réponse à la question posée par ce dernier : « Si il avait droit à la rémunération fixée par le Tarif Dubief, pour les pansements faits aux accidentés du travail, à la consultation externe de l'hôpital où il a un service ». Comme de nombreux confrères, doivent se trouver dans des conditions analogues, nous avons cru intéressant de publier cette lettre qui se rapporte à une question qui n'a pas, à notre souvenir du moins, encore été posée.

Argenteuil, le 25 décembre.

L'article 4 de la loi sur les accidents du travail, § 3, est ainsi conçu : « Le chef d'entreprise est seul tenu, dans tous les cas, en outre des obligations contenues en l'article 3, des frais d'hospitalisation qui, tout compris, ne pourront dépasser le tarif établi pour l'application de l'article 24 de la loi du 15 juillet 1893, majoré de 50 %, ni excéder jamais 4 fr. par jour pour Paris ou 3 fr. 50 partout ailleurs ».

Qu'a entendu dire par ces termes si précis le législateur de 1905 et que faut-il penser de la rémunération des soins donnés par le médecin de l'hôpital *à la consultation externe de cet hôpital* ? Les soins doivent-ils être donnés gratuitement aux victimes du travail, ou mieux, le chef d'industrie, qui ne supporte aucun des frais de cette consultation doit-il bénéficier des soins gratuits qui y sont donnés et que l'assistance réserve aux *indigents* et aux *nécessiteux* ?

Poser la question, c'est, il me semble, la résoudre...

L'hospitalisation comprend, pour l'accidenté du travail, contre le paiement d'une somme globale, le logement, l'éclairage, le chauffage, la nourriture, ainsi que les frais médicaux et pharmaceutiques.

Les commissions administratives ont la faculté, lorsqu'il s'agit de victimes du travail, de percevoir en plus du prix de journée fixé pour les indigents, une majoration de ce prix de journée qui peut s'élever jusqu'à 50 %, sans cependant dépasser jamais pour Paris 4 fr. et 3 fr. partout ailleurs.

La victime du travail n'est ni indigente, ni nécessiteuse, et si elle peut et doit, dans certains cas, bénéficier de l'hospitalisation, ce n'est que par exception à la règle générale. Aussi les commissions administratives, alors que cela leur est interdit par ailleurs, peuvent-elles faire des bénéfices sur ces clients spéciaux. Il est de principe, en effet, que le prix de journée se calcule pour ainsi dire au prix coûtant et qu'il est interdit aux hôpitaux de spéculer sur les hospitalisés.

Les commissions administratives peuvent disposer de cette recette supplémentaire ainsi qu'il leur convient pour l'amélioration des services, et certaines, n'ont pas hésité, dans un esprit d'équité, d'en faire profiter pour une bonne part, les médecins et chirurgiens de l'hôpital dont elles ont eu à constater si souvent le dévouement et le désintéressement.

Qu'y a-t-il de commun dans les services payés à l'hôpital par le chef d'industrie pour les soins qu'il fait donner à son ouvrier blessé, et les soins donnés à la consultation externe de l'hôpital ? Le chef d'industrie, dans cette dernière circonstance doit participer d'une façon quelconque aux frais de cette consultation. Il est, en effet, de toute justice, alors qu'il n'est pas dans

le cas d'y avoir accès, car il n'est ni nécessiteux, ni indigent, qu'il rémunère les soins qu'il vient à réclamer pour son blessé.

On conçoit que les conditions nosocomiales soient parfois nécessaires et indispensables à la guérison rapide des blessés, au succès d'opérations chirurgicales ; il n'en est pas de même des blessés qui se rendent à la consultation gratuite de l'hôpital et pourraient tout aussi facilement se rendre à la consultation donnée par le médecin à son cabinet.

L'administration hospitalière n'a rien à voir dans la sélection des gens qui se présentent à la consultation qu'elle ouvre largement aux nécessiteux, aux pauvres honteux ; mais, lorsque le médecin voit, parmi les clients de sa consultation gratuite, des gens qui, blessés du travail, ont le devoir et le moyen de le rémunérer de ses peines et soins, il doit réclamer ce dû au débiteur de la créance médicale en pareil cas, c'est-à-dire au patron responsable. Que l'hôpital qui fournit un local pour cette consultation, des appareils, des instruments des produits pharmaceutiques, un personnel d'infirmiers ou d'infirmières pour aider le médecin, etc., ait droit à une récompense, je ne le conteste pas, quoique cependant c'est vicier le but de la consultation de l'hôpital, qui doit être gratuite et par conséquent n'être utilisée que par ceux qui ont droit à la gratuité. Une commission administrative qui se laisse aller dans cette voie, porte un préjudice très appréciable aux malheureux, qu'elle a la charge d'assister.

Le temps employé par son personnel serait mieux occupé auprès des pauvres et n'est-il pas à craindre qu'entre un client qui rapporte à l'administration et un client qui coûte, l'attention sera plus grande pour celui-là que pour celui-ci.

Que l'on ne vienne pas dire que cette insinuation est sans valeur. Ne l'a-t-on pas lancée contre les médecins, ce grave soupçon. On a dit pour contester à ces derniers le droit au paiement d'honoraires par les malades aisés, qu'entre un malade payant et non payant le médecin n'hésiterait pas, que toute son attention irait au client susceptible de rapporter quelque chose que l'autre serait négligé, sinon abandonné.

Qu'importent les preuves si nombreuses d'abnégation, de dévouement, de désintéressement données partout et toujours par le corps médical !

Une autre considération qui a son importance est celle-ci. On demande au médecin de mettre au service des malheureux son talent, son savoir, son humanité, il accorde volontiers, de grand cœur, tout ce qu'on lui demande, et on vient lui faire une concurrence à des intérêts propres et à ceux de ses confrères en le privant de la rémunération légitime de son travail, pour en faire bénéficier qui ? des gens qui ne sont pas des malheureux.

Dans le cas spécial de l'hôpital de X..., la commission administrative a fait de son côté, la sélection des clients qui fréquentent à la consultation externe. Aux uns, les indigents, les nécessiteux, elle donne tout, et soins et médicaments nécessaires à la guérison de la blessure ; aux autres, et en particulier, aux victimes du travail, elle impose un prix forfaitaire de un franc par pansement, cette somme devant représenter les fournitures pharmaceutiques, etc.

Vous dites que votre droit de percevoir des honoraires de ces clients, le droit que la commission vous a réservé vous est contesté par certains assureurs qui prétendent que ce sont là frais d'hospitalisation, et que le « tout compris » de l'art. 4, les libère de toute obligation vis-à vis de vous.

Cela serait vrai, s'il s'agissait d'*hospitalisation*, ce n'est pas le cas. Il y aurait lieu de prendre une copie de la délibération de la commission hospitalière, qui réserve votre droit et de l'opposer à qui vous conteste ce droit.

Dans ces conditions, en effet, vous auriez facilement gain de cause. Que si, une délibération de ce genre n'avait pas été prise, vous devrez malgré tout, soutenir votre droit à des honoraires pour les motifs que je viens d'exposer.

La loi n'a pas prévu les soins à l'hôpital aux blessés non hospitalisés, il y a donc lieu de s'en référer sur ce point au droit commun, le médecin n'étant tenu vis-à-vis des administrations hospitalières ou d'assistance que conformément au contrat qui le lie avec elles. Or, l'engagement que vous avez pris est de soigner des indigents, des nécessiteux, des malheureux, et non des gens qui peuvent et doivent vous payer.

Pourquoi voulez-vous demander à la commission de réclamer en vos lieu et place les honoraires qui vous seraient dus éventuellement par certains clients venant à la consultation externe réclamer vos soins ? Elle n'aurait autorité à le faire que si elle intervenait dans l'admission ou le renvoi de gens se présentant à la salle de consultations, il n'en est pas ainsi, je suppose : elle n'intervient que lorsqu'il s'agit d'hospitalisation et l'admission d'un malade ou d'un blessé à l'hôpital n'est définitive que lorsque l'administrateur de service a approuvé la proposition d'admission que le médecin lui a signalée.

Du reste, il appartient au médecin de refuser purement et simplement de donner ses soins à la consultation, en déclarant qu'il les donnera à son cabinet parce qu'il entend ne pas se faire complice du préjudice causé à l'établissement hospitalier, surtout par la fourniture des objets de pansement.

J. DE GRISSAC.

VÆ SOLIS !!!

Tout Médecin a le devoir :

— De s'affilier au *Syndicat Médical de sa région*, groupement de défense professionnelle.

— De poursuivre le rattachement de celui-ci, à l'*Union des Syndicats Médicaux de France* (Dr Noir, secrétaire général, 28, rue Serpente, Paris), soit directement, soit par l'intermédiaire des Fédérations régionales.

— De faire partie de l'*Association générale des Médecins de France* (5, rue de Surène, à Paris).

— Pour cela, il suffit de se faire admettre dans la société locale de son département. Les médecins qui résident dans les départements suivants : Basses-Alpes, Hautes-Alpes, Ariège, Cantal, Corrèze, Indre-et-Loire, Lozère et Rhône, peuvent demander leur admission dans la société d'un département voisin ou dans la *Société centrale*, à Paris.

Tout Médecin a intérêt :

— A faire partie du «*Concours Médical*», 23, rue de Dunkerque, à Paris, et du «*Sou Médical*» (renseignements: Dr de Grissac à Argenteuil), puissants groupements de défense inter-confraternelle.

— A adhérer aux *Œuvres de Prévoyance* (indemnité-maladie, retraite, etc.), patronnées par ces groupements et par l'Association Générale des Médecins de France. Renseignements au *Concours Médical*, 23, rue de Dunkerque, à Paris.

Nous nous ferons un plaisir et un devoir de mettre ceux de nos Confrères qui le désireraient en rapport avec ces diverses œuvres de solidarité médicale.

N. D. L. R.

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

CHIRURGIE ÉLÉMENTAIRE PRATIQUE

Par le Dr Paul Petit,
Chirurgien adjoint de l'hôpital libre Saint-Michel.

Des différents procédés d'asepsie par la chaleur.

Flambage. — Le flambage n'est qu'un procédé de fortune. Il détériore les instruments, s'il est suffisamment prolongé et d'autre part, cette prolongation suffisante de son action n'est pas toujours observée. Il consiste à faire séjourner l'objet à stériliser dans la flamme d'une lampe à alcool ou d'un bec à gaz de Bunsen ou à verser sur cet objet de l'alcool qu'on enflamme. Il ne faut compter sur le flambage que pour les objets en métal qui conduisent bien la chaleur. Pour qu'un instrument plongé dans de l'alcool enflammé soit stérilisé, il faut au moins une 1/2 minute, il faut que l'eau crépite à son contact. D'après expériences faites, il faudrait même non pas une demi-minute, mais bien deux minutes pour les récipients métalliques, ce qui exige environ 40 cc. du liquide pour les grands plateaux. Pour les cuvettes ou plateaux en faïence, il faudrait de trois à quatre minutes et encore en ayant soin de les pencher en divers sens de façon qu'aucun point de leur étendue n'échappe à la flamme. Ne pas oublier que la flamme du bec à gaz de Bunsen, trop peu employée, est infiniment plus chaude que celle de l'alcool. Un séjour de quelques secondes dans la flamme du Bunsen suffit à stériliser un instrument métallique. Un bec de Bunsen courbé est particulièrement commode pour la stérilisation des plateaux.

Etuve sèche. — La plus connue est celle de Poupinel. Un thermomètre indique la température à obtenir, variable avec les objets à stériliser. Ce thermomètre étant placé au plafond de l'appareil, plus loin de la source de chaleur que les instruments qu'il faut toujours mettre au même étage pour avoir des données d'appréciation fixes, (à l'étage inférieur de préférence), marque une température toujours plus basse que ceux-ci. Il est donc bon de se rendre compte, pour chaque installation donnée, de la quantité de cet écart variable d'ailleurs avec la température à obtenir et qu'il ne faut pas trop dépasser si l'on tient à ménager ses instruments, si l'on tient surtout à avoir des bistouris qui coupent. Pour être sûr que les instruments atteignent la température suffisante (de 150° à 170°), on y ajoute des tubes dits *tubes témoins* remplis d'une substance qui ne fond qu'à cette température. Mais, et j'insiste sur ce point, *ces tubes ne nous disent pas si la dite température a été obtenue pendant le temps indispensable et d'une façon régulière, sans défaillance.* Nous ne pouvons nous en rapporter à ce point de vue qu'à la conscience, à l'observation minutieuse de la personne qui stérilise. Pour régler l'entrée du gaz, il vaut bien mieux s'en remettre au simple robinet à cadran qu'aux différents régulateurs à mercure et autres qui souvent fonctionnent très mal.

Autre remarque des plus importantes : dans une étuve sèche, ce n'est pas tant la chaleur de l'air que la chaleur de conduction métallique qui élève la température des instruments. Il ne faut donc, jamais modifier cette conduction en interposant, par exemple comme on le fait, une feuille de papier ou une couche de ouate entre le fond de la boîte à instruments et ceux-ci, car cette feuille de papier, cette couche de ouate, à moins d'être toujours de même épaisseur, de même nature, ce qui est assez difficile à obtenir des aides, modifie de façon variable ce rapport que l'on doit connaître entre la température, à un certain degré, du thermomètre de l'appareil, et celle des instruments. On comprend d'autre part, étant donnée l'importance prépondérante de la conduction métallique, qu'il ne soit pas nécessaire de ne mettre à l'étuve les boîtes à instruments que découvertes, comme certains le recommandent, qu'il vaille même mieux les introduire fermées pour éviter toute chance de contamination par les mains qui les prendront..., qu'on puisse sans inconvénient *recouvrir* les instruments d'une couche de ouate pour les caler, avant de fermer la boîte. Bien veiller à ce que le thermomètre demeure toujours au centre de son tube métallique, à ce que son réservoir n'entre pas en contact avec la paroi de ce tube.

On stérilise surtout à l'étuve sèche, les instruments. On les y maintient entre 150° et 170°, pendant une heure.

Avant de passer à l'étuve sèche ou de subir tel autre procédé de stérilisation, les instruments qui ont été salis au cours d'une opération doivent être successivement nettoyés à la brosse et au savon, lavés à l'alcool et enfin essuyés.

Les gazes doivent être portées, à l'étuve sèche, à 140°, pendant une heure. Après avoir été traitées de la sorte, elles sont parfois roussies, mais par des coups de feu qu'on doit pouvoir éviter. La ouate ne supporte guère plus de 130°.

Pour la stérilisation des gazes et ouates, il est beaucoup plus sûr de recourir à l'autoclave.

Je ferai d'ailleurs observer que les gazes avant d'être soumises à l'étuve sèche ou humide doivent être lessivées et bouillies à deux reprises. Il n'y a aucune confiance à avoir dans les ouates soi-disant stérilisées du commerce.

Ebullition. — Dans l'eau bouillante ordinaire, les spores de certains microbes ne sont pas détruites. On comprend donc, qu'en principe, l'eau simplement bouillie puisse très bien n'être pas stérile et que la stérilisation, même prolongée, des instruments, des compresses, dans l'eau bouillante ordinaire, ne donne pas la sécurité absolue.

Pour assurer complètement l'asepsie de l'eau, il faut la faire passer par l'autoclave (mais on ne peut en stériliser de cette façon de grandes quantités), ou y faire dissoudre des substances qui élèvent son point d'ébullition, et dissolvent l'enveloppe protectrice des spores, telles que le carbonate de soude ou le borate de soude, dont la solution à 2/100 ne bout que vers 105°.

Un bon filtre système Pasteur doit pouvoir à lui seul arrêter tous les germes. Mais pour cela il ne faut pas qu'il soit trop poreux, ou qu'il présente la moindre fissure, ce dont on n'est jamais sûr.

En réunissant ces deux garanties, le filtrage et l'ébullition, on admet d'une façon générale que l'eau *filtrée*, puis *bouillie pendant une heure* est suffisante pour la pratique chirurgicale. Cependant hormis le lavage préopératoire de la peau (peau des mains de l'opérateur, peau de la malade), qui est toujours suivi d'un lavage antiseptique, le mieux, au cours d'une opération, est de se servir aussi peu que possible d'eau stérilisée de cette façon, même mélangée d'un anti-

septique, plus ou moins efficace. C'est dire qu'il vaut mieux mettre les instruments à sec dans les plateaux avec interposition d'une compresse qui boit, en partie au moins, le sang et autres liquides organiques attachés aux instruments ; qu'il vaut mieux ne pas projeter de liquide, même soi-disant antiseptique, dans les plaies fraîches ; qu'il vaut mieux s'essuyer les mains, au cours de l'opération, après les avoir lavées ; en un mot, qu'il vaut mieux *opérer à sec.*

L'eau qui a été stérilisée doit être conservée à l'abri de l'air et transvasée aussi peu que possible avant l'usage : c'est dire qu'elle doit être transvasée directement des chaudières, des bouilloires, des bouillottes hermétiquement closes (et qui doivent être maintenues closes) où elle a bouilli, dans les cuvettes, dans les bocks à injection ; qu'il est d'une très mauvaise pratique, comme on le voit faire pourtant constamment, de transvaser avant l'usage, l'eau bouillie dans des bouteilles, même quand elles sont convenablement stérilisées, ce qui est rarement fait. Ces transvasements intermédiaires sont inutiles, font perdre du temps et représentent encore une fois une cause de contamination de plus.

Pour faire passer de l'eau stérilisée d'un récipient dans un autre, le mieux est de se servir d'un robinet. Si l'on verse d'une bouillotte dans une cuvette, veiller bien à ce que l'eau, dans ce court voyage, ne vienne à lécher la paroi extérieure, toujours contaminée, de la bouillotte, c'est-à-dire veiller à incliner assez brusquement celle-ci, après en avoir soulevé le couvercle.

L'ébullition des instruments dans une solution de carbonate de soude et mieux, de borate de soude, à 20 /1000 pendant une demi-heure constitue un procédé excellent, très sûr, plus sûr certainement que l'emploi de l'étuve sèche dont la surveillance, comme nous l'avons exposé, est sujette à plus d'une erreur.

Les instruments ne doivent être plongés dans l'eau carbonatée ou boratée que lorsqu'elle bout et ne doivent en être retirés qu'au moment de l'usage sous peine d'oxydation complète, surtout quand on emploie l'eau carbonatée. Ce procédé à l'inconvénient de nuire quelque peu au fonctionnement des instruments, particulièrement des aiguilles de Reverdin, par suite du dépôt d'une mince couche de borax, ou de carbonate et surtout du fait d'un certain degré d'oxydation qu'on ne peut malgré tout éviter.

L'ébullition dans la solution carbonatée ou boratée est également très pratique pour la stérilisation des objets en caoutchouc, sondes en caoutchouc rouge, tubes en caoutchouc, gants en caoutchouc, à la condition de bien veiller à les maintenir au sein du liquide. On obtient ce résultat pour les sondes, les tubes, en les enveloppant et les fixant dans une masse suffisante de gaze. Pour les gants, le mieux est de se servir de l'appareil de Galante, bouilloire spéciale au fond de laquelle les gants sont fixés sur un chevalet métallique ; l'eau circulant sous ce chevalet, les gants ne peuvent être brûlés. Il est indispensable, avant de chausser les gants, de les expurger complètement de l'eau qu'ils contiennent, sans quoi, pour peu qu'on lève la main, quelques gouttes de cette eau peuvent aller se contaminer au contact de la peau du bras non stérilisée, puis descendre sur la surface opératoire du gant. Il serait donc bon, pour éviter toute perte de temps à ce point de vue, pour avoir à sa disposition des gants secs tout en étant stérilisés par ébullition, de donner une certaine inclinaison au fond de l'appareil de Galante et de le munir d'un robinet d'écoulement. J'ai fait construire dans le même but une bouilloire, munie de ce robinet, dans laquelle les gants sont maintenus verticaux et l'ouverture en bas.

Pour la stérilisation des compresses et tampons l'ébullition doit être prolongée *durant deux heures.*

On m'excusera, avant de terminer ce court exposé sur un procédé si courant en chirurgie d'urgence, d'insister sur les points suivants : 1° Pour que l'eau soit stérilisée, il faut qu'elle ait bouilli au moins une heure ; 2° Il faut que l'eau bouillie soit renouvelée au moins une fois par jour, et mieux, deux fois ; 3° Il faut que l'eau stérilisée soit conservée en récipient bien clos et, autant que possible, dans le récipient même où elle a bouilli et qui, par suite, se trouve sûrement stérile. Il faut la transvaser le moins possible ; 4° Quand on stérilise des objets par ébullition, il faut veiller à ce qu'ils plongent complètement dans le liquide, au moment où on les y place et à ce que l'épaisseur de la couche liquide soit suffisante pour que, l'ébullition terminée, ils s'y trouvent encore immergés.

Vapeur d'eau sous pression. — La *vapeur d'eau sous-pression* constitue le procédé de stérilisation le plus sûr, celui qui doit être employé de préférence toutes les fois qu'il est possible. Elle est utilisée dans des appareils appelés *autoclaves.* On trouve écrit un peu partout qu'une température de 120°, c'est-à-dire une pression de 2 atmosphères pendant 20 minutes est suffisante; or, si ce peut être exact pour les objets qui servent aux bactériologistes, pour leurs tubes à culture, leurs récipients, ce ne l'est pas pour nos objets de pansement, en particulier des compresses un peu épaisses. Nous nous sommes longtemps contentés d'une température de 134°, c'est-à-dire environ 3 atmosphères, pendant 3 /4 d'heure. Mais nous croyons n'avoir atteint la sécurité complète que depuis que nous nous en tenons à 140°, c'est-à-dire environ 3 atmosphères et 1 /2 pendant le même temps.

La chaudière de l'appareil est remplie d'eau jusqu'au niveau des boîtes renfermant les objets à stériliser. Un des modèles les plus courants de ces boîtes est pourvu de soupapes disposées de telle sorte que la vapeur circule de haut en bas dans la boîte et que celle-ci ne puisse être mise en place sans que les soupapes fonctionnent. Seulement, il peut arriver qu'elles ne fonctionnent pas suffisamment bien pour en assurer la clôture hermétique, quand la boîte est sortie de l'appareil. Aussi préférons-nous actuellement à ce modèle celui muni de fenêtres latérales en baïonnettes s'ouvrant et se fermant à la main ; mais il faut bien entendu, que la personne qui stérilise pense toujours à ouvrir ces fenêtres, en mettant les boîtes à l'étuve, il faut aussi qu'elle pense à les fermer quand elle les en retire. Ici, comme à l'étuve sèche, l'emploi des tubes témoins constitue une précaution utile mais insuffisante.

Les boîtes mises en place, on fixe hermétiquement le couvercle de l'autoclave à l'aide d'écrous. On allume alors le brûleur ; l'eau entre en ébullition et bientôt la vapeur s'échappe par un petit robinet *ad hoc.* On ne doit fermer ce robinet que lorsque la vapeur sort en jet continu, c'est-à-dire quand l'appareil est bien purgé d'air, car l'air surchauffé n'a pas la même puissance de stérilisation, à température égale, que la vapeur et ne doit pas lui prendre de place. On ferme alors le robinet d'échappement et on règle l'arrivée du gaz dans le brûleur de façon à obtenir une température constante de 140°, pendant le temps voulu.

La stérilisation faite, il faut, avant d'enlever le couvercle, attendre que la vapeur soit condensée ou bien ouvrir le robinet d'échappement.

La plupart des autoclaves présentent des dis-

positifs spéciaux permettant de sécher les compresses à leur intérieur même, après action de la vapeur.

Le plus simple consiste en un tube plongeant par une extrémité au fond de la chaudière et aboutissant, de l'autre, à un robinet spécial. Quand on ouvre ce robinet, sous l'influence de la pression de la vapeur, l'eau s'échappe par le tube, puis la vapeur, et en continuant à chauffer légèrement pendant quelques instants, avant d'enlever le couvercle de l'appareil, on arrive à assécher complètement les objets.

On stérilisera, de préférence, à l'autoclave, les gazes, compresses, blouses, tabliers, les crins, les soies, le fil de lin, les drains, les brosses, les petits récipients.

Les drains et fils susdits qui doivent servir à l'opération en vue de laquelle est faite la stérilisation peuvent être mis à même la boîte à étuve avec les compresses. Ceux qui doivent être conservés, ont été enfermés au préalable dans des tubes scellés et en partie remplis d'eau.

Les compresses sont stérilisées beaucoup plus sûrement à l'autoclave qu'à l'étuve sèche. En effet, cmme je l'ai dit, à l'étuve sèche, c'est à peine si l'on peut obtenir la température nécessaire sans s'exposer à des coups de feu et l'on a, d'autre part, maintes fois constaté que la température au centre d'une masse de compresses était inférieure à celle de l'étuve même.

Les blouses et tabliers avant d'être mis à l'autoclave, doivent être pliés à l'envers de façon à être contaminés le moins possible avant d'être en place.

On avait pensé pouvoir stériliser les instruments à l'autoclave en les immergeant dans une solution de borate de soude ou en les recouvrant d'une compresse imbibée de la même solution; mais ce procédé ne prévient pas suffisamment leur oxydation.

Quant aux gants, ils supporteraient à peine 120° dans la vapeur. Il serait donc logique, de la part de ceux qui tiennent à les stériliser à l'autoclave, de se servir de l'artifice dont nous venons de parler pour les instruments, de les immerger dans une solution de borate de soude que l'on pourrait ensuite épuiser avec une trompe à eau, avant l'ouverture de l'autoclave, pour avoir des gants secs.

En tout cas, le caoutchouc étant très mauvais conducteur, ne jamais placer, à l'autoclave, les gants roulés sur eux mêmes comme certains le font, mais bien à plat.

Simple recette pour obtenir du savon liquide peu coûteux et sûrement stérilisé: mettre à l'autoclave, dans un cristallisoir muni d'un couvercle, du savon noir mélangé d'un peu d'eau.

Dans un prochain article, j'envisagerai l'utilisation clinique et opératoire des divers procédés d'antisepsie et d'asepsie.

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Hôpital Saint-Antoine : M. le professeur agrégé VAQUEZ.

Traitement des anévrysmes de l'aorte.

Malade se plaignant d'oppression, de douleurs, de troubles vocaux intermittents. La percussion révèle, chez lui, sur le bord droit du sternum, une zone mate. La radioscopie, faite par M. Béclère, a permis de constater une ectasie assez volumineuse de l'aorte. Il ne s'agit pas d'une dilatation simple, d'une maladie de Hodgson, mais d'une ectasie proprement dite. La différence entre ces deux états morbides est la suivante. Dans la dilatation, l'aorte est accrue de dimension sur toute sa circonférence, elle prend un aspect fusiforme. Dans l'anévrysme, l'aorte présente, en un point, une poche développée aux dépens de ses parois, poche qui évolue à part et ne se confond pas avec l'artère. En outre, la lésion essentielle de la maladie de Hodgson siège à la paroi interne du vaisseau : c'est une endartérite avec périartérite consécutive ; la tunique moyenne persiste. La lésion essentielle de l'ectasie est, au contraire, précisément, la disparition de cette tunique moyenne, élastique, avec distension consécutive de l'aorte au point intéressé.

Chez ce malade, on trouve, au niveau du hile, des signes de compression : on entend, à l'auscultation des poumons, en arrière, à la hauteur du hile, une respiration soufflante, et au-delà un murmure vésiculaire affaibli. De plus, le signe d'Oliver est net. Ce signe se recherche en plaçant la main au-dessous du larynx, de façon à accrocher le cartilage cricoïde : on perçoit, alors, à chaque systole cardiaque, un abaissement du larynx, la tumeur anévrysmale entraînant pendant le battement systolique l'arbre aérien en bas.

L'anévrysme de l'aorte est une affection assez rebelle à la thérapeutique.

Tout d'abord, le médecin s'efforcera de faire un diagnostic précoce de la maladie. Pour M. Vaquez, en effet, l'ectasie aortique a dans l'immense majorité des cas une origine syphilitique. Seule, la syphilis crée ainsi un processus de pan-artérite. L'infection rhumatismale détermine une endartérite d'emblée. Par conséquent, il convient d'essayer la médication spécifique, et cela aussitôt que possible.

Il est difficile, d'une manière générale, d'apprécier la valeur d'un traitement, en matière d'anévrysme aortique. Il ne suffit pas de constater une guérison ou une amélioration pour l'attribuer au traitement. Il est des guérisons spontanées. D'autre part, la marche de l'ectasie artérielle comporte des périodes d'augmentation et des périodes de rétrocession. L'influence du repos est manifeste à ce point de vue.

Le traitement de Valsalva, qui consiste en repos au lit, diète, purgation, saignée, abaisse la tension artérielle. Supprimant les efforts de pression artérielle, il arrive à diminuer la tumeur et à faire disparaître les phénomènes douloureux qui l'accompagnent.

Pour l'anévrysme aortique, la radiographie seule peut nous guider quand il s'agit d'affirmer la guérison. Pour les anévrysmes des membres, les moyens de contrôle sont plus à portée du médecin. Or, on a vu guérir des anévrysmes des membres sous l'influence du traitement spécifique. Aussi, dès que le diagnostic d'ectasie aortique est posé, surtout si la lésion est petite, doit-on soumettre le patient à la médication anti-syphilitique (injections mercurielles, etc.). Chez le malade actuel, elle n'a donné aucun résultat.

En dehors de la cure spécifique, d'autres méthodes peuvent être essayées.

Quand on étudie l'évolution des cas d'anévrysmes suivis de guérison, on voit que celle-ci s'est faite selon deux processus, l'un et l'autre aboutissant à l'occlusion de la poche par des caillots. Les ectasies aortiques présentent dans leurs sacs des caillots, les uns actifs, d'autres passifs, qui diffèrent, comme diffèrent les caillots prolongés de la phlébite. Dans la phlébite existe un caillot autochtone, blanc, par battage, et un caillot prolongé, rouge, par stase. Le caillot blanc est semblable à celui que l'on obtient quand on bat le sang ; le caillot rouge comprend tous les éléments du sang, éléments qui se sont trouvés englobés dans les mailles fibrineuses du cail-

lot en formation. Le caillot blanc est accolé à la paroi de la veine; le caillot siège dans la lumière de la vessie. Il en est de même pour le sac de l'anévrysme : sur sa paroi interne se trouve le caillot décoloré et au centre le caillot rouge, de stase. Il peut arriver un moment où le caillot actif comble et ferme la poche : c'est une sorte de cure naturelle de l'anévrysme, que l'on a cherché à imiter dans son mécanisme. Or, deux choses favorisent la production du caillot actif : d'une part, des conditions locales (endartérite, rugosités sur la paroi interne du sac), d'autre part, des conditions générales (augmentation de la coagulabilité du sang) — d'où deux méthodes thérapeutiques, l'une agissant sur la paroi interne de l'ectasie, l'autre sur le sang.

En dehors de la cure de Valsalva et de la cure spécifique, les traitements recommandés dans l'anévrysme aortique peuvent être rangés dans l'une ou l'autre de ces méthodes. Ils visent à la formation rapide du caillot soit par action sur la paroi anévrysmale, soit par action sur la coagulabilité du sang.

On a tenté, par l'introduction d'aiguilles, avec ou sans passage de courant électrique, d'irriter la paroi interne et de constituer des centres autour desquels se déposait le caillot. Ces moyens, trop actifs ou inactifs, peuvent créer des accidents. Ils sont aveugles et ont été abandonnés.

Pour augmenter la coagulabilité du sang, on a eu recours aux injections de perchlorure de fer, procédé dangereux et aveugle. Une autre méthode *préférable, autour* de laquelle on a fait grand bruit ces dernières années, est la médication par la gélatine. Le traitement en question vise à rendre plus intense la coagulabilité générale du sang. Nous savons que, pour obtenir la coagulation dans un vaisseau, il faut une coagulabilité augmentée et un point du vaisseau irrité. Ici, l'ectasie constitue le point irrité, et, si nous accroissons la coagulabilité du sang par un agent quelconque, l'effet se produira à l'endroit utile. Comme agent susceptible d'exagérer la coagulabilité générale du sang, on a choisi la gélatine.

L'emploi de la gélatine exige des précautions. Ce produit est, effectivement, un excellent milieu de culture ; on s'en sert d'ailleurs, comme tel en bactériologie. A ce titre, l'usage de la gélatine est dangereux dans le pansement des plaies anfractueuses où elle peut favoriser les pullulations microbiennes. On ne doit pas l'employer, non plus, dans le traitement de l'épistaxis, où les tampons sont laissés en place 24 ou 48 heures, ni dans le traitement des métrorrhagies, où elle peut activer des suppurations anaérobiques et être l'origine de phlegmasies diffuses graves.

La gélatine est encore dangereuse pour une autre raison. On retire cette substance de la colle de poisson ou de la corne : aussi, est-elle assez souvent contaminée et contient-elle fréquemment, entre autres germes, des spores tétaniques. Elle peut provoquer l'éclosion du tétanos et l'on connaît un certain nombre de cas de tétanos ayant succédé à des injections de gélatine. Une seule stérilisation de cette substance, qui ne peut guère se faire qu'à 95° ou 100°, est insuffisante, les températures inférieures à 120° laissant inattaquées les formes sporulées. Pour détruire, autant que possible, ces spores, on procède à des chauffages discontinus, que l'on répète plusieurs fois à 3 ou 4 jours d'intervalle. Et, même par ces chauffages discontinus, on n'est pas certain d'avoir obtenu une stérilisation complète. Le mieux serait de n'utiliser que la gélatine provenant de la colle de poisson ; malheureusement son prix est élevé.

Les inconvénients de la gélatine sont donc ses propriétés favorisantes à l'égard des pullulations microbiennes et sa contamination par les germes du tétanos. L'incertitude où l'on est d'avoir détruit rigoureusement ces derniers a incité nombre d'auteurs à injecter, en même temps que la gélatine, du sérum antitétanique; on re-injecte du dit sérum 8 à 10 jours après, l'immunisation ne dépassant guère ce laps de temps.

Lancereaux a beaucoup préconisé le traitement des anévrysmes par la gélatine. Divers travaux tendent à montrer qu'elle agit à titre de préparation calcique. Les sels de chaux, comme l'a établi Wright, augmentent la coagulabilité du sang. La gélatine aurait pour effet, par les sels calciques qu'elle renferme, d'augmenter la coagulabilité du sang. Resterait à établir si, réellement, à la suite des injections de gélatine la coagulabilité du sang est accrue. Il conviendrait de rechercher cette coagulabilité non par piqûre au doigt — méthode mauvaise — mais par des prises répétées du sang dans la veine.

La gélatine s'emploie en solution dans du sérum physiologique à 7 p. 1000, à la dose de 5 à 10 gr. de gélatine pour 1000 gr. de sérum. On stérilise ce liquide au moyen de chauffages discontinus, à la température de 95° ou 100°. On injecte 100 à 150 cent. cubes (au maximum) de cette préparation et l'on renouvelle l'injection au bout de 5 ou 6 jours. Pour maintenir, pendant l'opération, la gélatine à l'état liquide, on met le sérum gélatiné dans un ballon et l'on place celui-ci dans de l'eau tiède. L'injection se pratique après stérilisation très rigoureuse de la peau. On applique ensuite, pour activer la résorption, des compresses imbibées d'eau chaude sur la région où l'on vient d'injecter la gélatine.

M. Vaquez signale, enfin, parmi les traitements utiles de l'anévrysme aortique, les injections d'huiles iodées.

La thérapeutique doit aussi s'occuper des accidents causés par l'anévrysme. Ces accidents sont nombreux et varient suivant que la lésion se développe vers la profondeur ou vers la surface. Lorsque la poche anévrysmale évolue vers la profondeur, il y a multiplicité extrême des symptômes, oppression, toux, dysphagie, etc., et en revanche peu de signes objectifs. C'est le contraire pour les ectasies extériorisées. Il y a là tout un traitement symptomatique à mettre en œuvre, pyramidon contre les douleurs, véronal contre l'insomnie, etc.

En résumé, le traitement des anévrysmes de l'aorte comprend : la cure de Valsalva, la cure spécifique, les injections de gélatine et une médication symptomatique variable selon les cas.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

Sur les albuminuries bénignes.

On sait, depuis les travaux remarquables de Posner et Senator, que toute urine normale renferme des traces d'albumine. Mais la présente étude n'envisagera pas cette albuminurie minimale, que ne peuvent déceler les méthodes de recherches habituellement employées en clinique et en pratique médicale. Il en sera de même pour ces albuminuries qui répondent à des altérations anatomiques grossières, non douteuses des reins, à des néphrites au début, et pour l'albuminurie de congestion, ainsi que pour l'albuminurie fébrile.

Cependant il existe un certain nombre assez considérable de cas où il est particulièrement dif-

ficile d'éclaircir le pronostic d'une albuminurie. Presque toujours on se demande alors si l'on ne se trouve pas en présence d'une néphrite chronique au début, qui, pour l'instant, ne constitue aucun danger, mais qui est susceptible de compromettre sérieusement l'avenir du malade. C'est là un problème d'autant plus important à résoudre que l'on sait aujourd'hui avec quelle fréquence le début d'une sclérose rénale se retrouve au temps de l'adolescence.

En présence d'une albuminurie d'origine inconnue, on se demande toujours si l'on a affaire, ou non, à une néphrite.

1° On recherche d'abord si l'albuminurie est permanente ou intermittente, si par exemple elle n'apparaît pas à certaines heures de la journée, si son intermittence n'est pas liée à la nature des aliments ingérés. Une albuminurie intermittente est généralement considéré comme bénigne, car il est en souvent ainsi : albuminurie habituelle de l'adolescence, albuminurie de l'anémie, albuminurie des exercices physiques. Ce serait cependant une erreur regrettable de croire que l'intermittence d'une albuminurie puisse exclure son origine néphritique : chacun sait en effet que la néphrite aiguë en voie de guérison subit souvent de fortes oscillations, et même parfois des arrêts complets dans l'élimination de l'albumine ; cependant c'est là une cause rare d'erreurs. Ce qu'il est plus important de connaître, c'est que la sclérose rénale débute généralement par une albuminurie manifestement intermittente, parfois même nettement cyclique ; la lithiase rénale ne vient qu'au bout d'un certain temps donner l'alarme, et bientôt après le malade succombe. Dans ces conditions, quand une lithiase rénale récemment n'est pas constatée seulement accompagnée d'une hématurie passagère, mais encore d'une albuminurie ancienne, intermittente parfois, il faut toujours se méfier de cette albuminurie : elle est le plus souvent le premier signal d'une sclérose rénale au début, même si aucun autre symptôme ne peut encore faire penser à cette maladie.

2° En second lieu, on attribue une grande importance à la présence de cylindres urinaires ; mais il ne faut pas exagérer. Il n'est pas douteux en effet, que dans les albuminuries bénignes des personnes bien portantes, on puisse trouver des cylindres qui ne ressemblent pas toujours aux cylindres hyalins ; on rencontre parfois dans le dépôt urinaire des globules blancs, et même quelques globules rouges ou quelques cellules épithéliales ; dès lors les cylindres peuvent prendre un aspect finement granuleux. On ne verra naturellement les cylindres à gros grains, provenant des cellules graisseuses, ainsi que les cylindres cireux, que dans la néphrite avérée ; mais alors d'autres signes indubitables existeront encore, qui rendront l'étude des cylindres inutile à la confirmation du diagnostic.

D'autre part on croit volontiers que l'absence de cylindres caractérise une albuminurie de bon aloi, car, dit-on, dans l'albuminurie cyclique des adolescents, on n'en trouve pas ; c'est là une affirmation trop catégorique.

En effet, si les cylindres urinaires ne sont jamais très nombreux en pareils cas, ils n'en existent pas moins chez certains patients ; de plus, il est certaines formes avancées de sclérose rénale progressive, dans lesquelles l'urine albumineuse ne renferme pas de cylindres.

Quoi qu'il en soit, on peut dire avec certaines restrictions que le caractère intermittent ou cyclique intermittent d'une albuminurie, et l'absence de cylindres urinaires sont des signes en faveur d'une affection bénigne. Cependant une importance plus grande s'attache à l'état du système vasculaire : cœur, vaisseaux, pression artérielle. En effet, quand on étudie la question des albuminuries bénignes ou malignes, on cherche surtout à dépister la sclérose rénale, qu'elle soit primitive ou secondaire à une néphrite aiguë ; or, nous savons que cette sclérose, dès ses tout premiers stades, détermine une élévation de la pression artérielle avec toutes ses conséquences ; cette hypertension peut, il est vrai, à certains moments disparaître, par suite d'une fatigue passagère du cœur ou de maladies incurrentes, mais elle ne tarde pas à se manifester à nouveau, si bien que jamais elle n'échappe à une investigation clinique prolongée. Par contre, ainsi que nous le verrons plus loin, cette hypertension manque toujours dans les formes essentielles des albuminuries bénignes. Ce fait est d'autant plus important à noter que l'hypertension fait seulement défaut dans quelques variétés de néphrites graves (néphrite parenchymateuse, amyloïde, etc.) pour lesquelles, d'ailleurs, le diagnostic différentiel est des plus simples.

Quant à l'étude de la fonction rénale, ou mieux de la capacité éliminatoire du rein au moyen des injections de bleu de méthylène, de phloridzine, elle devient secondaire pour la détermination de ces formes bénignes d'albuminuries : les résultats en sont toujours excellents pour celles-ci, mais il en est souvent de même au stade initial de la sclérose rénale ; néanmoins, un résultat défectueux de cette épreuve serait toujours d'un pronostic fâcheux.

Toutes ces considérations doivent inciter le médecin-praticien à étudier d'une manière approfondie tout cas d'albuminurie, qui se présentera à son examen. A côté des néphrites graves, il pourra ranger toute une série d'albuminuries qu'il sera en droit de considérer comme bénignes. En voici les principaux types, étudiés d'après Von Noorden (*Wien. med. Wochens.*, n° 42, 1907) ; sa manière de juger répond peut être à des idées plus larges que celles généralement admises ; il compte, en effet, parmi les formes cliniques certaines variétés, qui possèdent certainement pour substratum des altérations anatomiques du rein ; mais ces altérations n'ont aucune signification clinique, car il leur manque le caractère progressif et malin de la néphrite chronique.

Au nombre des albuminuries bénignes, Von Noorden compte :

1° L'*albuminurie orthostatique*, dans sa forme pure et typique. Celle-ci atteint surtout les enfants de 7 à 15 ans, ou même 24 ans. Sa durée moyenne est de quelques mois à deux ou trois ans, rarement plus.

Les sujets sont généralement faibles, anémiques ; leurs parents sont fréquemment des brightiques ou présentent des signes de dégénération. L'albuminurie se produit pendant la station debout, et de préférence durant les heures de la matinée. Cette affection semble due, à des troubles dans la circulation rénale, car, au moment où l'albumine apparaît, la diurèse diminue, et le poids spécifique de l'urine augmente.

Quoique bénigne, cette forme d'albuminurie mérite d'attirer toute l'attention du médecin, car les antécédents rénaux que l'on peut retrouver chez les ascendants doivent lui rappeler que la sclérose rénale est parfois héréditaire, et qu'elle se masque volontiers dans ses débuts sous l'aspect de l'albuminurie orthostatique.

2° *L'albuminurie juvénile*, qui se rapproche de l'albuminurie orthostatique, car elle se développe aussi chez des individus faibles, et disparaît quand l'organisme se fortifie ; la tension artérielle y est également inférieure à la normale. Par con-

tre, on y trouve quelquefois une légère dilatation du cœur. Cette albuminurie ne suit pas un type défini, elle est plutôt continue, bien que le repos au lit soit parfois susceptible de diminuer l'élimination ; mais celle-ci reste toujours décelable. Plus souvent que dans l'albuminurie orthostatique, on trouve dans l'urine fraîche quelques éléments morphologiques néphrogènes.

Peut-être n'est-il cependant pas indispensable de séparer ce type du précédent, cette forme continue, non cyclique, de la forme orthostatique : dans les deux cas, la signification clinique, la guérison complète l'état général du sujet sont identiques ?

La pathogénie de cette affection n'est pas encore élucidée. Cependant, l'auteur pense à invoquer une anomalie dans la composition du sang, car on peut, à côté de l'albumine trouver dans l'urine des dépôts d'oxalates contrairement à ce qui se passe pour les albuminuries ordinaires des néphrites, ou bien pour l'urine simplement concentrée des fébricitants, des faméliques, des cardiaques, etc., où les dépôts brillants d'oxalates sont exceptionnels : il ne s'agirait donc pas simplement d'une plus grande perméabilité du filtre rénal comme dans les néphrites. Peut-être même seraient-ce les oxalates qui passeraient les premiers, et détermineraient mécaniquement, une albuminurie secondaire ?

3° Dans certains cas *une néphrite aiguë laisse comme reliquat une albuminurie persistante*, sans que l'on puisse constater les moindres signes d'une néphrite progressive. A côté de l'albumine on trouve alors parfois dans les urines quelques cylindres variables, et même quelques érythrocytes ; ces éléments y persistent, et cependant le cœur, les vaisseaux et la pression artérielle restent tout à fait normaux. L'albumine semble, comme toujours, un peu moins abondante au repos que pendant le travail. Naturellement dans ces cas, où les anamnestiques indiquent très nettement une néphrite, il est particulièrement difficile de parler d'une albuminurie bénigne ; mais cependant la clinique semble démontrer cette bénignité dans un grand nombre de cas, ou tout au moins dans un assez grand nombre de cas. Quand ces individus jouissent d'une bonne santé non seulement pendant des années, mais pendant des dizaines d'années, quand ils ressemblent en tous points à des hommes bien portants, quant leur système vasculaire reste indemne, on ne peut pourtant parler d'une affection dangereuse du rein même si, à l'âge de la vieillesse ou des maladies séniles, cet organe, qui autrefois a souffert, menace d'être le premier atteint de dégénérescence. Des vérifications anatomiques manquent pour nous faire connaître l'état de ces reins, qui permettent un tel état de santé ; il s'agit vraisemblablement d'altérations stationnaires, mais non progressives de leur parenchyme. Peut être envisagerait-on volontiers la possibilité, d'une sclérose rénale partielle ; mais toute sclérose de ce genre est fatalement progressive, et ne peut subir de temps d'arrêt, de guérison cicatricielle.

Il est naturel de penser que, seul, un examen clinique prolongé, et maintes fois répété, peut permettre dans un cas donné de parler d'un processus devenu silencieux et inoffensif. Cependant dès le début, on peut avoir de fortes présomptions si, pour une albuminurie ancienne, on ne constate aucun trouble du côté du système circulatoire. Le plus grand malheur pour ces sujets, c'est de voir un jour leur albuminurie découverte d'une manière fortuite, et d'être ensuite soumis aux prescriptions thérapeutiques spéciales dans toute leur rigueur, prescriptions qui seraient parfaitement justifiées pour une néphrite aiguë, mais ne s'adaptent à aucune variété d'albuminurie chronique.

Pareils sujets, jusqu'alors forts et bien portants, se trouvent particulièrement mal du régime, qui leur est imposé.

4° Certaines formes d'*albuminurie prétuberculeuse* se caractérisent par l'élimination urinaire continue d'albumine, accompagnée parfois de quelques cylindres, plus souvent de globules rouges sanguins ; celle-ci disparaît généralement d'une manière complète en quelques semaines au mois ; elle est par conséquent de nature bénigne. D'ailleurs, elle n'a jamais provoqué ni les œdèmes, ni les autres troubles d'une néphrite.

D'autres formes, par contre, sont graves : l'albuminurie ne disparaît pas, et plus tard apparaissent tous les signes d'une néphrite, qui vient compliquer singulièrement l'évolution de la maladie primitive.

Donc quand une albuminurie prétuberculeuse ne disparaît pas au bout d'un certain temps, quand, au bout de quelques semaines déjà, apparaissent des indices non douteux d'une néphrite, on doit porter un pronostic sévère.

5° Certaines formes d'albuminurie chronique sont observées au cours du *diabète sucré*. Il est vrai que dans cette affection on observe aussi de nombreux cas, au cours desquels se développe une véritable et progressive sclérose rénale, qui, à un stade avancé de la maladie, assombrit plus le pronostic que le diabète lui-même ; mais d'autre part, on décèle aussi très souvent, chez des diabétiques, de faibles éliminations d'albumine, ayant un caractère continu, qui n'indique pas une affection rénale progressive. Cette albuminurie peut durer des semaines et des mois, puis de nouveau disparaître. Contrairement aux idées généralement admises, von Noorden pense que ces albuminuries, loin d'augmenter par la suppression des hydrates de carbone, par une diète sévère par conséquent, diminuent considérablement et guérissent.

Au début du régime, l'albuminurie peut, il est vrai, augmenter ; mais si l'on parvient, grâce à des prescriptions diététiques soigneusement édictées, à faire disparaître la glycosurie, l'albuminurie cesse ; elle est guérie, comme les amblyopies, les névrites, etc., sont guéries. Son analogie avec les autres complications du diabète, qui disparaissent en même temps que l'hyperglycémie, montre que l'on se trouve en présence d'altérations dégénératives des reins, en corrélation avec la forte teneur en sucre du sang ;

6° Avec certaines restrictions, on peut encore ranger parmi les albuminuries bénignes *celles de la sénilité*. La néphrite sénile représente, au point de vue anatomique, une sclérose rénale ; elle est due à une altération sénile des vaisseaux. Le processus anatomique peut envahir les reins au point de déterminer les symptômes cliniques d'une sclérose rénale grave, avec toutes ses conséquences. Mais ce fait ne se produit pas dans l'immense majorité des cas ; l'atrophie sénile des reins suit une marche parallèle à celle des altérations séniles normales des artères et des autres phénomènes normaux d'usure organique, sans qu'apparaissent les autres conséquences cliniques d'une sclérose rénale, à part une albuminurie modérée et continue. Cette sclérose sénile des reins et cette albuminurie sénile peuvent au plus être appelées des « maladies » au même titre que la vieillesse elle-même ; elles sont à proprement parler un signe de sénilité. De pareils reins deviendraient naturellement vite insuffisants s'ils devaient desservir un organisme jeune, en plein travail physique, en pleine activité d'échanges intercellulaires ; mais,

MATIÈRE MÉDICALE MODERNE

EAU MINÉRALE NATURELLE DE CONDAL

L'eau de Condal peut être employée dans des cas bien différents :

1° Pour exercer une **action déplétive** et **dérivative**. On la donne alors à doses relativement élevées : elle agit alors comme purgatif ;

2° Pour exercer une **action altérante** après absorption des sels qu'elle tient en dissolution. On la donne alors à doses fractionnées : quelques cuillerées par jour ;

3° Pour provoquer la **dilution du sérum sanguin** et **stimuler la circulation**. On la donne encore à doses fractionnées, mais il convient, dans ce cas, de maintenir à un certain taux la quantité de liquide absorbé tout en réduisant les doses des sels minéralisateurs : on la mélange alors à une certaine quantité d'eau.

Elle réussit également dans ces trois cas.

Pour que l'**action purgative** se produise, il faut que les sels minéralisateurs ne soient pas entièrement et immédiatement absorbés par l'estomac et qu'ils puissent agir topiquement sur la muqueuse intestinale. Il ne s'agit pas alors d'un simple phénomène d'osmose, et les doses massives de sels minéralisateurs sont inutiles ; il y a une action biologique hyperémique, une excitation topique qui se traduit par une sécrétion exagérée des glandes intestinales, et ce liquide excrété est chargé de déchets organiques cristalloïdes telles que l'urée et la créatine ; or ces produits accumulés dans le sang forment un terrain propice à la pullulation microbienne.

De là la nécessité de recourir au purgatif salin, à certaines époques, pour les personnes qui éliminent peu par suite **d'un travail sédentaire** et **assidu** ou qui ont une **alimentation trop riche en azote**.

Les eaux minérales offrent, dans ce cas, un très grand avantage sur les solutions salines artificielles grâce à l'heureuse association des substances qui les minéralisent, grâce aussi à leur plus grande tolérance par l'estomac. C'est ce qui explique comment avec des doses de sels moindres, elles produisent des effets plus énergiques.

Et parmi ces eaux, aucune n'est supérieure à l'eau de **Condal** dont la minéralisation est moyenne (51 grammes), ce qui la met à l'abri des inconvénients reprochés aux eaux à minéralisation excessive, tout en lui assurant une action supérieure à celle des eaux faibles dont il faut absorber une quantité très grande pour obtenir des effets égaux.

L'action stimulante et non irritante qu'elle exerce sur la muqueuse digestive, réveille l'appétit, facilite la digestion et rencontre ainsi des indications nombreuses si les **voies digestives** sont **torpides**.

L'**action laxative** de l'eau de Condal n'est pas moins précieuse : à la dose d'un verre à Bordeaux, elle facilite l'exonération sans que le malade ait quoi que ce soit à changer à son régime ou à ses habitudes. C'est certainement un des meilleurs moyens à employer contre la constipation habituelle et tous les accidents qu'elle entraîne.

pour un corps usé, ils sont suffisants et ne constituent aucun danger. C'est là une notion très importante à connaître, car bien des vieillards, atteints d'une albuminurie bénigne de cette catégorie, sont tracassés par des mesures diététiques très sévères, et très nuisibles à leurs forces.

***

Von Noorden transgresse donc les règles habituellement admises pour la distinction des albuminuries bénignes et des néphrites progressives. Il est difficile, d'ailleurs, d'établir à ce sujet des règles fixes car la théorie est dépassée par les observations cliniques générales ; une longue expérience pratique est préférable à des règles théoriques.

Cette distinction est d'autant plus importante qu'elle offre le plus grand intérêt au point de vue thérapeutique ; on sait déjà avec quelle sagacité il faut pouvoir individualiser les cas pour traiter d'une manière efficace et rationnelle les néphrites progressives ; or, pour les albuminuries bénignes, il est nécessaire plus que jamais d'éviter le schéma classique du traitement de l'albuminurie. Si l'on ne veut pas risquer des mécomptes sérieux.

Bien des erreurs sont commises constamment dans le traitement de l'albuminurie juvénile, orthostatique ou continue. Dès que l'albumine est découverte, on s'empresse généralement d'ordonner un repos au lit prolongé, l'inaction musculaire, une diète lactée plus ou moins sévère, le lavage des reins par cette diète lactée ou par des eaux minérales. Dès que l'albumine disparaît ou diminue, le médecin et le malade attribuent cet heureux résultat au traitement ; si une légère albuminurie vient de nouveau à se manifester au moment où l'on cesse la cure de repos, où l'on permet quelque nourriture, on s'empresse de reprendre, comme une chose nécessaire, le même traitement. Ainsi se passent des semaines, des mois et même des années, car des changements à ce régime sont devenus des menaces de récidive dans l'albuminurie. Finalement, on fait cependant diverses concessions, et l'on se rend compte que l'albuminurie n'est pas plus intense, sinon moindre qu'auparavant avec un régime sévère. Mais entre temps l'organisme a souffert gravement une longue inaction a compromis la musculature tout entière d'un jeune organisme, particulièrement celle du cœur et de la respiration ; l'hématopoïèse est devenue défectueuse ; la peau a pâlie. Le cœur, fatigué par un apport exagéré de liquides dans le torrent circulatoire, est devenu incapable de supporter le moindre effort. Le régime, pauvre en albuminoïdes, moins riche en lait et en farineux, a produit souvent de l'adiposité avec l'aide du repos musculaire. Enfin ces jeunes albuminuriques, se voyant des infirmes, sont devenus des neurasthéniques hypocondriaques. Naturellement, il faudrait accepter d'avance tous ces inconvénients s'il s'agissait d'une sclérose rénale progressive. Mais il n'en est pas ainsi : ces albuminuries bénignes disparaissent plus vite grâce à un régime mixte pas trop riche en albuminoïde mais normalement fortifiant, à des exercices musculaires réguliers, non exagérés, à des massages et à des pratiques balnéothérapiques destinées à endurcir et à faire fonctionner la peau. Depuis 20 ans, von Noorden est resté fidèle à cette méthode thérapeutique dans les albuminuries juvéniles, et il en a toujours obtenu d'excellents résultats.

Quelques mots encore sur le traitement des albuminuries bénignes de l'âge sénile, qui sont en rapport avec l'état des vaisseaux rénaux. En pareils cas, on recommande généralement beaucoup de lait, peu ou pas de viande, pas de chlorure de sodium, peu d'activité physique ; on n'oublie jamais les préparations iodées, le plus souvent inutiles dans l'artério-sclérose, dangereuses dans toute irritation rénale. L'appétit ne tarde pas à disparaître et l'on voit l'albumine diminuer peut-être dans de faibles proportions, mais, par contre les malades perdent rapidement leurs forces et deviennent rapidement des vieillards affaiblis, alors qu'ils auraient tiré un plus grand profit d'un régime ordinaire et de prescriptions rationnelles visant leur circulation et leur travail musculaire. Or, chez les sujets âgés, il ne faut jamais permettre des changements brusques dans leur genre de vie ; l'albuminurie sénile défend un apport trop considérable de liquides dans l'alimentation, pour éviter l'asthénie cardiaque. Par contre il est surprenant de voir avec quelle rapidité disparaît toute menace cardiaque grâce à un régime mixte et carné, peu riche en liquides. Il importe ici de trouver le plus tôt possible le vrai traitement efficace ; de nombreuses années de la vie en dépendent pour les patients.

Des considérations analogues s'appliquent aux autres variétés d'albuminurie bénigne, dont il a été question dans ce travail.

Dr Georges.

RHINOLOGIE

Les sinusites et l'empyème du sinus maxillaire

Je n'ai pas l'intention de présenter ici une étude complète des sinusites et de l'empyème maxillaires; l'étendue d'un article n'y suffirait pas. Je me propose simplement de définir ces affections, de les opposer l'une à l'autre dans leur nature, leur étiologie et leur thérapeutique. C'est là un point de pratique important. On ne saurait, en effet, traiter convenablement les suppurations du sinus maxillaire si l'on ne connaît pas bien les caractères différentiels essentiels existant entre les sinusites et l'empyème simple de la cavité sinusienne.

Les affections inflammatoires du sinus maxillaire sont au nombre de trois : la sinusite aiguë, l'empyème simple, et la sinusite chronique.

A) Sinusite maxillaire aiguë.

La sinusite aiguë est l'inflammation aiguë de la muqueuse qui tapisse le sinus. Elle est catarrhale ou purulente.

Catarrhale, elle accompagne ordinairement un catarrhe aigu, analogue, des fosses nasales, dont elle dépend. C'est un satellite du coryza aigu et sa présence explique l'abondance des sécrétions et les sensations pénibles éprouvées au niveau des maxillaires supérieurs, dans le «rhume de cerveau ».

Purulente, la sinusite aiguë dépend encore, la plupart du temps, d'un état pathologique nasal, pyogène cette fois, d'une rhinite aiguë muco-purulente ou purulente. Elle peut succéder cependant, mais plus rarement, à une lésion dentaire ou osseuse, à un abcès dentaire, à une périostite alvéolo-dentaire, à une ostéo-périostite maxillaire aiguë.

B) Empyème du sinus maxillaire

L'empyème est très différent de la sinusite. Dans la sinusite, la muqueuse sinusienne est malade et c'est elle la source du mucus, du muco-pus ou du pus contenu dans le sinus. Dans l'empyème, il n'en est plus de même : la cavité maxillaire n'est pas productrice du pus qu'elle renferme, elle en est uniquement le réceptacle. En un mot, le pus accumulé dans le sinus n'est pas,

quand il s'agit d'empyème, né sur place : il vient d'ailleurs, de lésions suppuratives voisines, et le sinus doit seulement à sa situation anatomique spéciale d'être alors rempli de pus.

Quelles sont les affections créatrices de l'empyème ?

Il est possible que, quelquefois, la sécrétion purulente partie d'un sinus frontal pénètre dans l'ostium maxillaire et s'accumule dans le sinus maxillaire sous-jacent pour constituer un empyème.

Dans la majorité des cas, il est vrai, l'origine de l'empyème est tout autre et relève de lésions dentaires portant sur les molaires, dont les racines s'implantent dans le plancher du sinus et assez souvent pénètrent dans le sinus. Une carie des dents en question, une affection suppurative quelconque intéressant leurs racines et les alvéoles qui les contiennent constituent une source de pus, pus qui se déversera tout naturellement dans le sinus.

C) Sinusite maxillaire chronique.

La sinusite chronique est l'inflammation chronique de la membrane qui tapisse la cavité sinusienne.

Cette sinusite chronique peut être catarrhale ou suppurée.

Catarrhale, elle succède au catarrhe sinusien aigu ou elle accompagne un catarrhe nasal chronique concomitant. La sinusite catarrhale chronique est une affection fréquente, mais dont on néglige généralement de s'occuper ; elle a peu attiré jusqu'à ce jour l'attention des spécialistes, en raison sans doute de sa bénignité relative.

La sinusite purulente chronique est la plus importante des sinusites maxillaires chroniques. Elle est consécutive, tantôt à une rhinite purulente, tantôt à une sinusite aiguë ou à un empyème. Une sinusite purulente aiguë qui se prolonge finit par devenir une sinusite chronique. De même, le séjour prolongé du pus, dans les vieux empyèmes, entraîne à la longue des altérations de la muqueuse, une sinusite purulente chronique, avec les lésions (inflammation, végétations, ulcérations) qui la caractérisent.

S'appuyant sur les données différentielles ci-dessus énoncées, il devient facile de comprendre les traitements respectifs des trois grands états inflammatoires du sinus maxillaire.

L'empyème n'étant qu'une accumulation de pus dû, généralement, à une affection dentaire, on obtiendra sa guérison en chassant le pus par une simple ponction évacuatrice, faite au travers du méat inférieur, et en soignant la carie dentaire. Si la dent en cause est trop malade pour être conservée ou si sa conservation entrave la guérison, on pratiquera l'extraction de cette dent et on en profitera pour faire la ponction évacuatrice au travers de l'alvéole devenue libre.

Dans la sinusite maxillaire aiguë et dans la sinusite chronique, l'évacuation simple n'est plus suffisante. Il existe alors des lésions, de l'infection du sinus, et, lorsque l'affection est ancienne, de grosses altérations de la muqueuse. Il faut, dans ces conditions, intervenir par des moyens *modificateurs*.

La sinusite est-elle aiguë, récente, on aura recours à des inhalations nasales antiseptiques, de vapeurs de menthol, de formol, d'acide phénique, ces vapeurs pénétrant jusqu'à l'intérieur du sinus. On soignera la lésion causale, la rhinite, la carie dentaire. On pourra combiner cette médication à l'évacuation du pus par ponction et aux lavages antiseptiques, surtout si la sinusite paraît résister au traitement.

Lorsque la sinusite est chronique, il faut ponctionner, faire des lavages modificateurs, et, dans les cas rebelles, recourir à l'ouverture large du sinus qui permettra le curetage et les pansements directs de la cavité.

En résumé, les grandes lignes de la thérapeutique des suppurations sinusiennes se basent sur la distinction que l'on doit établir entre la sinusite aiguë, l'empyème et la sinusite chronique.

Dr P. Lacroix.

THÉRAPEUTIQUE

Sur les prostatiques et leur traitement

Par le Dr J. Sulbac.

Il est curieux de constater combien les prostatiques rétentionnistes se montrent réfractaires à la prostatectomie.

Presque tous, malgré les conseils qu'on leur donne, laissent passer le moment favorable à l'intervention. Ils préfèrent supporter encore la sonde à demeure.

Bientôt l'état infectieux vésical se développe. Il gagne le rein, l'état général est précaire, l'amaigrissement s'accentue, la langue est sèche, et, quelle que soit l'urgence, l'ablation de la prostate n'est plus possible.

Il faut, auparavant, ramener le malade au moment favorable dont il n'a pas su profiter.

Nous avons vu récemment, en consultation avec le Dr Le Fur, un de nos clients rentrant dans cette catégorie. Il s'était refusé à toute intervention et avait cru trouver dans les services hospitaliers une guérison plus prompte. Il était revenu de l'hôpital avec une sonde à demeure et dans un état de délabrement tel que la situation nous apparut critique. Il était fortement infecté, avait des contractions vésicales extrêmement douloureuses et vivait continuellement dans la crainte de ne pouvoir bientôt plus être sondé.

Le changement de sa sonde à béquille (no 18) fut en effet difficile. Nous n'avons pu l'effectuer qu'après avoir passé la sonde de trousse ordinaire qui, tout en exerçant un certain massage prostatique, ouvrit la route. L'urine s'écoulait alors purulente et glaireuse. La cystite était intense et le rein était pris. Il fallait donc procéder à une désinfection rigoureuse. Nous eûmes recours à l'urotropine et aux lavages antiseptiques de la vessie.

Mais ici se place une question de pratique, utile à connaître. Quel antiseptique choisir ? Le nitrate d'argent ou le protargol ? Nous avons eu recours au premier et la solution à 1 p. 2.000 fut utilisée. Mais la situation restait stationnaire. Toujours autant de glaires, autant de globules purulente et même un peu d'hématurie. De plus, la solution de nitrate d'argent était assez mal supportée. Elle entraînait une sensation douloureuse prolongée.

L'idée nous vint alors d'employer l'anios, et, non plus la solution à 1 %, généralement indiquée dans ce cas, mais la solution de pouvoir germicide absolu, à 2 %. Tous les jours, une personne de l'entourage faisait, par la sonde à demeure, des lavages matin et soir, avec un demi-litre de cette solution, et nous avons été vraiment surpris de voir avec quelle rapidité les symptômes infectieux de la vessie ont disparu. L'anios n'occasionnait aucune sensation douloureuse et les contractions vésicales pénibles avaient cessé en grande partie. Au bout de 10 jours environ de ce traitement, nous avons constaté nous-mêmes que la capacité vésicale était plus grande, que l'urine se clarifiait et surtout présentait beaucoup moins de

glaires. La sonde, qui se bouchait auparavant avec une grande facilité, restait toujours libre, et quand nous la changions, tous les 4 jours en moyenne, cette opération était plus facile et pouvait se faire sans le secours d'un mandrin. Le malade, jusque-là alité, pouvait se lever. L'appétit était meilleur et l'état général se modifiait. Evidemment l'infection générale du début avait disparu.

Nous sommes donc convaincus que c'est aux lavages d'anios bien plus qu'à la sonde à demeure (le malade était resté 40 jours à l'hôpital avec sa sonde et s'affaiblissait chaque jour davantage) qu'il faut attribuer cette amélioration très nette de l'état local et général. Nous arrivons ainsi au moment où la prostatectomie pourra de nouveau être indiquée avec toutes les chances de guérison.

La solution de trioxychlorométhyle de vanadium à 2 %, et même à 1 %, nous a encore donné de nombreux succès dans le traitement des cystites, et comme cet antiseptique, agissant par une production progressive et ininterrompue d'oxygène naissant, est tout à fait inoffensif, il doit être signalé aux praticiens, comme l'un des meilleurs agents curatifs des infections urinaires.

L'anios ne cause jamais de douleur car il n'est pas caustique et pour cela encore, il est fort apprécié de ces malades habituellement pusillanimes.

CHRONIQUE DE L'EXERCICE ILLÉGAL

Le sérum à la mode. — Rectification.

Mon cher confrère,

Dans le numéro du *Concours* du 5 janvier de cette année, j'ai lu une note concernant le traitement de diverses affections par le *sérum marin*.

Or, il s'est glissé sous la plume de votre rédacteur une erreur, volontaire ou non, que je crois devoir relever quand il parle du *docteur Quinton*. Monsieur Quinton n'est pas le moins, du monde, docteur en médecine ; il ne figure pas sur la liste dressée par la préfecture, et cette qualité, qu'on lui attribue dans des articles plutôt tapageurs parus dans la grande presse, ne saurait être accréditée dans nos journaux professionnels.

Beaucoup de confrères m'ont écrit pour me demander si Monsieur Quinton était docteur ; d'autres m'informent qu'il s'est paré d'un titre qui ne lui appartient pas ; je ne peux que répondre à tous « qu'il est fort regrettable que Monsieur Quinton ne soit pas resté sur le terrain purement scientifique. »

Actuellement, tout est à l'eau de mer, tout le monde en veut : on a écrit que cela guérissait tant de choses qu'on croit que cela guérit tout.

Il y a lieu cependant de faire des réserves, et les faits ne sont pas toujours aussi mirifiques que le disent les réclames.

Je connais des confrères très sérieux qui ont eu de graves mécomptes en utilisant ce traitement dans la tuberculose. J'ai personnellement vu se produire une hématurie (grave et qui dure encore) chez une fillette à qui on a fait une seule injection à mon insu.

Comment, au surplus, concillier cette théorie du milieu salin avec ce qu'on nous nous disait récemment encore des dangers du chlorure de sodium dans certains états morbides ?

La théorie de M. Quinton est ingénieuse, séduisante même au premier abord, mais enfin ce n'est qu'une théorie et elle risque une chute lamentable si on continue à appliquer ce traitement à tous les cas et sans discernement.

Pour calmer l'émoi des confrères qui se demandent par quel prodige on est créé docteur en médecine sans passer d'examen, nous leur rappellerons que la loi de 1892 est très explicite et qu'elle dit que : « *Quiconque prend part habituellement ou par une direction suivie au traitement* « *des maladies sans être muni du diplôme, exerce* « *illégalement la médecine.* » J'ajoute que nous poursuivrons toujours et avec énergie toutes les personnalités quelles qu'elles soient qui nous seront signalées comme tombant sous le coup de la loi, pourvu toutefois qu'on nous fournisse des faits ou des témoignages certains sur lesquels nous puissions baser notre action en justice.

Veuillez agréer, etc...

Dr Charles LEVASSORT,
Secrétaire général de l'office central pour la répression de l'exercice illégal de la médecine.

N. D. L. R. — Au reçu de la lettre ci-dessus nous avons, bien entendu, décidé de signaler la coquille du numéro du 5 janvier, ainsi que le demande le dévoué secrétaire de l'office de l'exercice illégal. Mais, de plus, nous avons interrogé les nombreux confrères parisiens que nous rencontrons dans nos bureaux ou en dehors, sur les incursions faites dans leur clientèle par les zélateurs (diplômés ou non) du sérum de M. Quinton. De notre rapide enquête il résulte que cette hypothétique panacée, qui n'est pas sans danger, est introduite, en dehors des médecins traitants, dans une foule de familles crédules, qui en font ensuite l'aveu à nos confrères, surtout en cas d'*insuccès* ou en présence d'*accidents*. En conséquence, nous prions instamment nos lecteurs de nous *documenter par écrit* sur les faits et gestes des dispensaires créés par l'emballement philanthropique du jour, et par le besoin d'avoir toujours une médication à la mode pour servir de thème aux conversations des « five o clock » et des dîners où l'on cause !

LA RÉFORME DES ÉTUDES MÉDICALES

Depuis quelque temps se fait un mouvement intensif dans le monde médical, et surtout dans le monde des praticiens, pour chercher les moyens de perfectionner disent les uns, de réformer, disent les autres, les études nécessaires au médecin pour en faire un praticien éclairé, réellement instruit et capable de faire face aux surprises et aux difficultés de la clinique journalière. On a été surpris de constater qu'un certain nombre de jeunes docteurs en médecine entraient en contact avec leur clientèle sans avoir jamais mis, comme l'on dit vulgairement, la main à la pâte. Il en est qui n'ont jamais réduit une fracture, examiné une luxation de l'épaule, pratiqué un toucher rectal ou vaginal, fait un lavage de la vessie ou le cathétérisme des voies lacrymales. Pourquoi ? Parce qu'on ne s'est pas suffisamment occupé d'eux ; parce qu'ils ont été laissés à eux-mêmes, que l'on n'a pas contrôlé leurs travaux et leurs progrès. Un certain nombre de bons esprits ont alors pensé qu'il fallait apporter un remède à cet état de choses et on a lancé une foule de projets, d'opinions, d'idées toutes animées des meilleures intentions, mais peut-être pas assez mûrement réfléchies. Un comité permanent d'études de la réforme de l'enseignement médical a été institué, excellente chose ; nous n'avons pas l'honneur d'en faire partie. Néanmoins nous demandons à exposer ici nos idées, heureux si elles peuvent être de quelque utilité.

I. Les études médicales dans les écoles secondaires ou préparatoires.

Nous avons depuis près de vingt ans l'honneur d'appartenir au corps enseignant d'une école secondaire. On ne nous accusera pas de prêcher *pro domo* sans connaissance de cause.

Les Ecoles secondaires en France, répondent à des groupements régionaux plus ou moins étendus, et sont suivies par des élèves venus des départements les plus voisins. Ils sont en général peu nombreux, il n'y a pas d'encombrement, le contact est journalier entre les maîtres et les élèves. Le maître peut s'occuper de chacun et l'étudiant est soutenu, stimulé, moins isolé que dans les grands centres d'enseignement, une Faculté où il se trouve noyé dans la foule. Dans la médecine, comme dans toute science, tout dépend des débuts, aussi le devoir de l'Enseignement est de s'attacher à ce que ces premières années qui forment les assises scientifiques du bon praticien soient bien employées. C'est pourquoi nous estimons qu'une réorganisation bien entendue devrait, suivant un programme de franche décentralisation, favoriser le développement des Ecoles secondaires ou préparatoires de façon que l'étudiant puisse y faire la moitié ou les deux tiers de ses études et aller, ensuite, les parachever dans les grandes Facultés.

Il faudrait aussi, dans ces Facultés, que l'enseignement élémentaire des Ecoles secondaires, pour les cliniques, spécialement, fût donné d'une façon très large pour permettre aux élèves de suivre avec fruit un enseignement clinique supérieur dans les derniers temps de leur scolarité ou même de temps en temps après l'obtention de leur diplôme.

Dans l'état actuel des sciences médicales, il faut que le praticien ait un fonds de connaissances très étendu pour être complet. Je ne veux pas dire qu'il faut qu'il excelle en tout à la fois, médecin, chirurgien, accoucheur et spécialiste émérite. Un pareil prodige serait impossible. Mais au moins il faut qu'il connaisse beaucoup de tout ce qui peut se présenter journellement à lui. Est il possible d'arriver à ce résultat avec notre système actuel ? Non. Nous estimons que les quatre années d'études sont insuffisantes et qu'il faudrait cinq années avec quatre inscriptions par an soit vingt inscriptions au lieu de seize.

Et le fameux P. C. N. qu'allons nous en faire ? Il faut le conserver, mais le modifier profondément. Il faut qu'il soit vraiment un enseignement préparatoire aux études médicales et que l'étudiant n'aborde celles-ci que solidement préparé par celui-là. L'ensemble des connaissances qu'il doit donner aux petits étudiants en médecine est considérable ; chimie et physique biologiques, zoologie et parasitologie, botanique et bactériologie. Toutes ces sciences sont d'application journalière, en physiologie ou en clinique. C'est pourquoi il est à désirer que cet enseignement soit fait exclusivement au point de vue des applications au malade ; et qu'il soit fait par des docteurs en médecine qui peuvent toujours faire toucher à l'élève l'application à la clinique journalière.

L'étudiant a obtenu son certificat de P. C. N., il va alors aborder les études médicales proprement dites. Pendant ses deux premières années composées chacune de deux semestres de quatre mois et demi, il va devoir apprendre toute son anatomie descriptive (en deux semestres de dissection) toute sa physiologie (en deux semestres) sans compter l'histologie normale, la chimie biologique), nécessaire pour l'examen de physiologie. Il devra passer son premier examen de doctorat (anatomie) après sa sixième inscription (à la fin de son second semestre d'insertion) et le second examen (physiologie, histologie, phys. et chim. biologiques) après sa huitième inscription. En même temps il suivra les cliniques hospitalières.

Il arrive alors ceci, que les deux examens une fois passés tant bien que mal, beaucoup d'étudiants ne rouvrent jamais leurs traités d'anatomie ou de physiologie, et qu'à la fin de leurs études ils sont brouillés sur ces connaissances d'application journalière à la clinique.

Nous estimons qu'il serait nécessaire de consacrer les trois premières années de médecine à l'anatomie et à la physiologie, ainsi qu'à l'histologie normale d'une part et à la clinique médicale, chirurgicale, ainsi qu'à l'anatomie pathologique d'autre part. Les examens 1 et 2 de doctorat seront passés après la 10e et 12e inscription.

De plus, pour contrôler le progrès et le travail des élèves on rétablirait les *examens de fin d'année* à la fois théoriques et pratiques, ils seraient des examens de classement et de passage d'une année à l'autre.

Après ces trois années d'études que nous appellerons secondaires (quoique les plus importantes), le futur docteur pourra terminer dans une faculté ses deux autres examens. Cependant s'il peut faire un an ou deux d'internat dans les hôpitaux attachés aux écoles secondaires, il pourra prendre près de celles-ci ses inscriptions de la 12e à la 20e à la condition de passer dans une Faculté ses derniers examens de doctorat.

L'étudiant qui aurait quitté les écoles préparatoires après sa 12e inscription suivrait alors des cliniques de médecine, chirurgie, obstétrique, ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, gynécologie, pédiatrie, orthopédie, pendant les deux dernières années de scolarité (24 mois). Ils passeraient leurs derniers examens portant sur les connaissances relatives aux pathologie et obstétrique, à la thérapeutique, l'hygiène, la médecine légale et termineraient par des examens cliniques plus sérieux et plus nourris. *Tout examen devra comporter une épreuve pratique et une épreuve théorique.* Par exemple l'examen de pathol. externe sera composé d'une épreuve anatomique découverte d'organe ou médecine opératoire, et d'un examen oral. L'examen d'obstétrique d'une manœuvre sur le mannequin, et d'un oral. L'examen de clinique médicale, examen de malade, analyse d'un liquide organique, et leçon orale. Mais tous ces détails sont à réglementer.

Il est un grand principe qui doit dominer dans tout l'enseignement, d'une part les maîtres doivent se multiplier, ne pas ménager leur peine, se mettre toujours et partout à la portée des élèves. Ceux-ci, dans l'emploi des revendications du Congrès des étudiants et des praticiens demandent qu'on s'occupe d'eux d'une façon pratique ; nous avons dit comment nous croyons que l'on doive le faire.

Mais, d'autre part, ils doivent par leur régularité et leur travail faciliter la tâche. Ils doivent l'exactitude, l'attention, la bonne volonté. Nous devons veiller à leur exactitude, éveiller et soutenir leur attention, stimuler leur bonne volonté. Nous devons leur faire comprendre qu'ils doivent avoir à cœur de devenir des praticiens instruits, dignes de leur pays et du vieil enseignement médical français qui a toujours été si réputé.

II. — L'enseignement de la Clinique Chirurgicale dans les Écoles secondaires de Médecine. On nous permettra d'exprimer maintenant le fruit de nos réflexions et d'exposer comment

nous réalisons. le mieux qu'il nous est possible, l'enseignement de la clinique chirurgicale à nos jeunes élèves. D'après les règlements actuels, qui ne seront pas je l'espère, toujours intangibles, nos étudiants suivent le service de la clinique pendant deux semestres, c'est-à-dire à peine neuf mois. Pouvons-nous leur apprendre tout ce qui concerne la chirurgie dans ce court laps de temps ; devons-nous le faire ?

Non, nous estimons la chose impossible et mauvaise, qui plus est.

Nous avons dit plus haut, et nous le rappelons ici, il serait nécessaire que les élèves faisant trois ans d'études secondaires suivissent pendant trois semestres les cliniques tant médicales que chirurgicales.

Mais actuellement nous les avons, en général, deux semestres, c'est tout juste le temps nécessaire pour les débrouiller, et leur apprendre les choses élémentaires.

En même temps nos élèves de clinique étudient l'anatomie et la physiologie ; cela se trouve fort bien, car nous, cliniciens de chirurgie, nous devons toujours nous appuyer sur ces sciences fondamentales pour étudier chacun des malades de la clinique. Nous devons faire bien comprendre au débutant les différences d'aspect, de forme, de couleur, de l'organe ou du membre sain sur l'organe ou le membre malade. Nous devons lui faire comprendre, en nous appuyant toujours sur l'anatomie et la physiologie, comment et pourquoi nous faisons telle ou telle manœuvre dans la réduction d'une luxation ; par quelles voies dangereuses ou difficiles nous devons conduire notre bistouri dans les opérations que nous pratiquons.

Sans connaissances anatomiques et physiologiques précises, pas de bonne clinique chirurgicale.

Notre devoir est donc de mettre l'élève en contact journalier avec le malade et de lui faire sentir que dans l'étude des maladies chirurgicales, *au lit du malade*, qui constitue la clinique, les détails les plus infimes en apparence ont souvent leur utilité. Nous devons lui apprendre à *interroger* et à *examiner* le malade d'une manière précise et complète, à bien se graver dans l'esprit les signes observés en *recueillant l'observation* et ainsi l'acheminer vers la connaissance exacte de la maladie ou de la lésion c'est-à-dire au *diagnostic*. De ce diagnostic et de la constatation d'autres circonstances contingentes nous devons par le raisonnement lui faire comprendre *l'indication thérapeutique*. Puis nous devons le faire collaborer à l'exécution de cette thérapeutique par la pratique des *pansements*, l'assistance aux opérations, l'aide dans la pose des *appareils*, etc., etc.

Il faut d'abord apprendre à bien aider, afin de bien faire ensuite soi-même : *fabricande fit faber*.

Comment arrivons-nous à réaliser ce programme ? Nous prenons l'étudiant au commencement du second semestre de la première année (15 mars). Pourquoi pas au début de l'année ? Parce qu'à ce moment il ne connaît encore ni les os, ni les jointures, ni les muscles et qu'il n'a pas de notions anatomiques suffisantes pour comprendre les fractures, les lésions articulaires, etc. etc.

Nous pensons qu'il peut plus utilement commencer par la clinique médicale. Il arrivera à connaître en quelques jours ce qui sera suffisant des viscères thoraciques et abdominaux pour comprendre les éléments de la palpation, de la percussion et de l'auscultation que lui enseigne notre éminent collègue de la clinique médicale. Il nous arrive ainsi avec des connaissances suffisantes de par ses études anatomiques pour comprendre les malades chirurgicaux et apprécier avec plus de compétence les rapports toujours si indissolubles entre la médecine et la chirurgie. Il comprendra mieux le terrain sur lequel évolue la lésion chirurgicale, qui souvent est une manifestation d'une maladie générale ou au moins peut être influencée par cette dernière.

Dès l'entrée dans le service nous attribuons à chaque élève un certain nombre de lits. Chacun doit surveiller les malades qui lui sont confiés, faire sous notre direction l'examen des entrants, préparer les interventions dont ils peuvent être l'objet (préparation du champ opératoire — pose d'appareils — pansements — aide et assistance aux opérations).

Pendant ce premier semestre d'études, chaque année, nous commençons par donner des notions théoriques sur l'anesthésie chirurgicale, générale et locale. *Chaque élève à son tour* est exercé sous ma surveillance ou celle de mon chef de clinique à l'administration du chloroforme, de l'éther, bromure d'éthyle. Chacun est exercé à pratiquer les manœuvres de la respiration artificielle.

Nous donnons ensuite des notions suffisantes sur l'asepsie, l'antisepsie, les grands processus de la cicatrisation des plaies, de la consolidation des fractures, etc.

Et chaque jour pour ainsi dire nous joignons la pratique à la théorie en leur apprenant le lavage des mains, l'aseptisation des membres blessés et des champs opératoires. A propos de chaque cas particulier, nous leur apprenons les règles de l'examen méthodique de chaque région, en ayant soin de nous guider sur les notions anatomiques qu'elle comporte : Saillies osseuses, plans et reliefs musculaires, trajets musculaires, trajets vasculaires et nerveux, sans oublier les notions physiologiques, mouvement, sensibilité, etc.

C'est cette étude des malades, longue et toujours instructive, que nous continuons pendant le second semestre au début de la seconde année. Grâce à la variété et au grand nombre des malades que nous pouvons leur présenter, nous nous efforçons de parcourir et de faire l'examen de toutes les régions et de tous les organes. Nous n'oublions pas, en effet, que pendant ce second semestre les élèves sont dans la fièvre de préparation de leur examen d'anatomie, et nous nous efforçons de graver celle-ci dans leur esprit à l'aide des maladies et des lésions qu'ils étudient.

Il va sans dire que toutes les fois que l'occasion s'en présente, nous leur donnons, dans des entretiens théoriques, les grands linéaments de l'étude des grosses questions de la tuberculose chirurgicale, des tumeurs malignes ou bénignes, etc , etc.

Notre but, en un mot, est d'arriver à ce qu'à la fin de leur second semestre d'études, nos élèves soient aptes à examiner soigneusement un malade quelconque, à l'anesthésier, à lui donner les premiers soins, lui faire même de petites opérations d'urgence.

Afin de donner cet enseignement élémentaire aussi complet que possible, deux collègues spécialistes de bonne volonté veulent bien donner à nos élèves, en quelques leçons pratiques, des notions suffisantes pour l'examen de l'œil, du nez, de l'oreille et du larynx ; et la connaissance des maladies les plus connues de ces organes.

Quelle devrait être la sanction de ces études cliniques des deux (je voudrais dire trois) premières années d'études médicales ?

Dans l'état actuel, il serait bon que le dossier

de l'élève fasse mention à la fin de chaque année de ses progrès et de ses capacités cliniques.

S'il y avait des examens de fin d'année, sur l'utilité desquels beaucoup sont d'accord, il serait utile qu'il y eût une épreuve clinique, ce qui n'existait pas dans les examens de fin d'année de l'ancien régime.

Dans les écoles où il existe des concours pour les prix de fin d'année, il faudrait une épreuve clinique jointe aux épreuves théoriques de ces concours.

Nous ne devons pas oublier non plus que beaucoup de nos élèves ont l'intention de se présenter aux concours pour l'Internat ou l'Externat des hôpitaux dans les grands centres ou existent des Facultés, comme à Paris. C'est dans ce but que nous avons institué des conférences d'anatomie pendant le semestre d'hiver, de pathologie élémentaire pendant le semestre d'été, de façon à leur apprendre à s'exprimer facilement, à bien coordonner l'exposé de leurs questions. Elles leur sont utiles non seulement pour la préparation de leurs concours, mais aussi pour celle de leurs examens.

Dr Barette,

Professeur de Clinique Chirurgicale à l'Ecole de Caen.

DÉONTOLOGIE

La liberté de confiance

1. — La confiance ne se commande ni ne s'impose.

2. — Les hommes naissants libres et égaux en droits, ce que le riche a droit de faire, le pauvre à le droit de le faire également.

3. — Rien n'est plus sacré que le respect de la personnalité humaine.

4. — C'est violer ce respect que de porter atteinte à une de ses libertés.

5. — La liberté de confiance est un droit naturel et imprescriptible de l'homme.

6. — La liberté consistant à pouvoir faire tout ce qui ne nuit pas à autrui, c'est nuire à autrui que de lui imposer un médecin qui n'a pas sa confiance.

7. — La confiance au médecin traitant est un élément sinon indispensable, du moins important de la guérison.

8. — Le malade accepte tout du médecin qui à sa confiance, il n'accepte qu'avec réserve les soins donnés par un médecin imposé.

9. — Il est donc contraire à l'ordre public et au respect dû à la personnalité humaine qu'une collectivité, ou un individu, puisse imposer un médecin à un malade pour lui donner des soins.

10. — L'imposition d'un médecin à un malade, qu'elle se fasse au nom d'intérêts collectifs ou d'intérêts particuliers, ne peut se produire qu'en violation des droits naturels de l'homme.

11. — Des bornes aux droits naturels de l'homme ne peuvent être établies que par la loi.

12. — La loi ayant proclamé la liberté du choix du médecin pour une catégorie de citoyens (les victimes des accidents du travail), dans l'intérêt supérieur des faibles, auxquels le médecin est souvent imposé, le corps médical doit réclamer ce droit au libre choix pour TOUS.

C'est un moyen de relever le prestige de la profession médicale, d'assurer son indépendance, et, dans la période critique qu'elle traverse, de trouver, par la liberté, un véritable palladium.

Dr de Grissac

Les devoirs des médecins consultants

Quelques lettres de confrères de province, publiées dans ce journal pendant les vacances, et le règlement déontologique d'une association professionnelle des environs de Paris posent nettement et à nouveau la question des devoirs des médecins consultants.

Le médecin consultant a des devoirs vis-à-vis du malade près duquel il est appelé et des devoirs envers le confrère qui l'appelle en consultation.

Le malade doit être examiné scrupuleusement sans hâte, avec le temps indispensable pour essayer d'éclaircir une situation souvent obscure. Le médecin consultant fera connaître son avis à son confrère, en toute indépendance et en toute liberté, discutera le diagnostic et le traitement, les rectifiera si tel est son avis, agira en un mot pour le plus grand bien du malade.

Par contre, le médecin consultant a des devoirs stricts vis-à-vis du médecin traitant. Il ne doit, à aucun prix, faire perdre au malade la confiance en son médecin. Pendant l'examen du malade, et avant d'avoir conféré en particulier avec son confrère, il ne doit prononcer aucune parole susceptible de faire présager son appréciation sur le résultat de l'examen. Au cas de changement de médication, le consultant doit trouver une explication qui ne permette pas au malade de supposer que son médecin s'est trompé. D'ailleurs, les consultants peuvent faire des erreurs comme tout le monde ; celui qui ne fait rien peut seul s'assurer de ne se tromper jamais. Bien entendu, le médecin consultant ne doit jamais venir revoir le malade qu'avec le médecin traitant. Des malades vus en consultation profitent parfois de la neutralité du cabinet médical pour venir demander un avis à leur ancien médecin consultant. Comme ce dernier n'aurait jamais connu le malade s'il n'avait été appelé en consultation par le mdecin traitant, il doit s'enquérir auprès du patient s'il a l'assentiment de son médecin traitant et, de toutes façons, le prévenir de la visite effectuée.

Au moment du règlement des honoraires de la consultation, le médecin consultant doit, si le médecin traitant en fait la demande, lui faire régler directement par le malade, en même temps que ses propres honoraires, les honoraires dus pour la consultation, honoraires qu'il pourrait quelquefois avoir difficulté d'obtenir, s'il les mettait sur sa note de fin d'année. Le médecin traitant a droit à des honoraires spéciaux pour la consultation, en raison du dérangement qu'elle lui occasionne et de la part de responsabilité qu'il y prend, et il est légitime de les faire régler de suite par le malade. Des associations professionnelles ont même établi une proportionnalité et un tarif spécial des honoraires des consultations. Il serait désirable, dans l'intérêt matériel et moral de la profession médicale, que ces pratiques soient vulgarisées, connues et acceptées du grand public.

Dr Louis Rénon.

CORRESPONDANCE

Les gaietés de la médecine de colonisation

Suicide d'un médecin.

« *HAMMAM BOU-HADJAR. — Le docteur Anselme, médecin de colonisation, s'est suicidé en absorbant de la digitaline et de l'acide phénique. Cet acte est attribué à des embarras pécuniaires.* » (*Les journaux locaux*).

Monsieur et très honoré Confrère,

Vous avez bien voulu faire connaître à plusieurs

reprises les douceurs de la médecine de colonisation.

Voici un fait divers qui en dit plus long que tous les articles.

M. le docteur Anselme, né le 28 mars 1855, en Savoie, entre dans le service médical de colonisation le 2 décembre 1893, s'est suicidé à Hammam bon Hadjar, dans le département d'Oran. (*Cet acte est attribué à des embarras pécuniaires*).

On fait donc fortune chez nous ?

L'article ci-joint, publié à Constantine, vous renseignera sur les *dépenses scandaleuses* que fait l'administration pour assurer l'assistance médicale autour de laquelle on a fait tant de bruit.

Tout le monde est roulé aussi bien le malade que le médecin.

Mais il est défendu de crier, sinon une mesure coercitive est vite prise pour le grincheux qui proteste. Tout le monde ne peut pas cependant faire comme le docteur Anselme.

Agréez mes sincères salutations confraternelles.

Dr X.

Voici l'article dont parle notre confrère.

Médecine et colonisation.

Récemment une circulaire émanant du Gouvernement général prescrivait aux médecins de colonisation de ne pas dépenser dans les infirmeries indigènes plus de 0,60 comme frais de nourriture par jour et par individu.

Naturellement ces prescriptions d'ordre administratif eurent pour résultat de faire sourire la plupart de nos bons docteurs qui, dans les « bleds » perdus, consacrent avec un dévouement et un zèle auxquels nous rendons un juste hommage — le meilleur de leur temps et de leur peine.

Dans les grands hôpitaux de France, où le nombre des malades assure une consommation régulière, la nourriture revient à 2 francs environ par jour et par tête. En Algérie, on veut qu'il en soit autrement et l'on prétend réaliser des économies de bouts de chandelle sur le dos de l'indigène.

Il est juste d'ajouter, pour rester dans l'esprit de cette fameuse circulaire, que l'Arabe, n'ayant pas l'habitude de la viande, peut fort bien se passer de bouillon et de rôti. C'est assurément une raison. Mais il serait intéressant tout de même de connaître l'opinion de la faculté sur le régime qu'il convient de donner à un malade, quel qu'il soit, lorsqu'il est atteint de telle ou telle affection.

Notre respect pour les croyances d'autrui va jusqu'à transformer, à l'usage des disciples du Coran, l'alimentation que réclame scientifiquement l'état du convalescent. Cependant lorsqu'un indigène, atteint d'un traumatisme qui a déterminé une abondante hémorragie, se présente à la porte d'une infirmerie, la question se pose de savoir s'il réparera les forces perdues en s'assimilant du couscous ou s'il réparera la perte de sang par l'absorption de rôtis saignants. Que répondent les gens du métier, ou, pour être juste, les hommes de l'art ?

Et voici l'étrange conclusion à laquelle aboutit la circulaire en question : c'est qu'il sera nécessaire dorénavant de garder plus longtemps les malades à l'infirmerie pour les remettre définitivement « sur pied », et l'économie qu'on voulait réaliser pourrait bien en définitive devenir plus dispendieuse que l'ancien régime.

Il y avait une fois un alcoolique invétéré qui, ayant découvert un « bistro » où l'absinthe était meilleur marché que dans les établissements rivaux, crut que la mise en liesse de son palais blindé lui reviendrait moins cher qu'autrefois. Mais voyez quelle fut sa misère : au lieu de trois perroquets, ainsi que jadis, il en étouffa désormais cinq. Conclusion ?

Numa Ricoux.

L'application de la surveillance à tous les nourrissons.

Mon cher Jeanne,

Je vous adresse copie de la lettre que j'ai cru devoir envoyer au Préfet à la suite d'un vote récent du Conseil général.

J'ignore ou plutôt je devine quel sera le sort de cette protestation : je suis en effet le seul de tous les médecins-inspecteurs qui ait protesté, et pourtant tous les quotidiens ont publié ce vote dans les comptes rendus très détaillés du Conseil général.

Je ne sache pas que de son côté le bureau de notre syndicat local ait bougé.

Croyez, mon cher Jeanne, avec mes meilleurs souhaits pour 1908, à l'assurance de mes sentiments bien affectueux.

Votre ami,

Dr Lop.

Monsieur le Préfet,

Sur la proposition de M. Alexis, le Conseil général a voté une somme de 5000 fr. pour permettre d'étendre à tous les enfants du 1er âge du département, Marseille y compris, les bienfaits de la loi Roussel.

Au sujet du vote de ce crédit, vous voudrez bien me permettre de vous indiquer que ce vote ne répond pas précisément aux desiderata des médecins, ni au projet que j'ai eu l'honneur de soumettre à l'un de vos prédécesseurs en 1902, projet qui doit être encore dans les archives du service des enfants assistés, qui a été adopté dans un grand nombre de départements, la Seine y compris.

Dans mon mémoire, approuvé par le regretté Professeur Budin et M. le sénateur Strauss, seuls les enfants protégés couverts par la loi Roussel ont droit à la consultation.

Or le vote du Conseil général l'étend à tous les enfants de la localité.

Je ne saurais trop protester contre cette généralisation, éminemment préjudiciable aux médecins-inspecteurs et aux médecins des localités. Ces derniers perdront ainsi des honoraires qui leur seront enlevés par le médecin-inspecteur, auprès duquel seront conduits, *riches ou pauvres*, les nourrissons.

De son côté, pour un supplément infime d'honoraires, le médecin-inspecteur, dont les appointements sont déjà des plus modestes, verra s'augmenter sa besogne dans une proportion facile à prévoir, surtout à Marseille et dans les autres chefs-lieux de canton importants, et sûrement les enfants réellement protégés pâtiront de cet état de choses.

Il ne manque pas d'œuvre, de bienfaisance : consultations de nourrissons, gouttes de lait, bureaux de bienfaisance, où les nourrissons autres que les protégés « Roussel » puissent être conduits par les parents.

Je prends la liberté de venir vous prier, si la chose est possible, de demander au conseil général de réserver l'application de la loi Roussel aux seuls enfants protégés et aux enfants de parents indigents, qui devront présenter au médecin un certificat d'indigence du commissaire ou du maire de leur commune.

Vous voudrez bien ne voir, Monsieur le Préfet, dans cette lettre, que le souci très réel des enfants protégés et l'intérêt du corps médical des Bouches-du-Rhône.

Le corps médical paye assez de sa personne dans toutes les œuvres de bienfaisance sans le surcharger encore d'une besogne dont les véritables indigents, je le crains bien, seront les derniers à profiter.

Veuillez agréer, Monsieur le Préfet, l'assurance de mes sentiments respectueux.

Dr Lop.

Comment assureurs et juges de paix se moquent d'un ministre.

Marseille, le 8 novembre 1907.

Monsieur le Directeur du *Concours Médical*, Paris.

Je vous ai signalé, en juillet dernier, la prétention des Compagnies d'assurances d'apprécier elles-mêmes si le blessé devait venir à la consultation ou attendre le médecin à domicile.

Je viens d'avoir un différend du même genre avec la Compagnie des tramways de Marseille. Je demandais une somme de 600 francs à ladite Compagnie pour soins donnés à un de ses ouvriers atteint de brûlure grave : 50 visites à domicile et 50 pansements à 10 francs, soit une allocation correspondant à 5 visites (art. 10-D), et s'ajoutant au prix de la visite.

La Compagnie a refusé de payer la somme demandée, je l'ai citée devant le juge de paix du 2e canton, l'affaire est venue ce matin, et le juge, admettant la théorie de la Compagnie ne m'a accordé que 475 francs, le restant étant à la charge de l'ouvrier qui aurait dû venir à la consultation ! Je vous enverrai le jugement si vous le désirez.

Ainsi, ce n'est pas au médecin qu'il appartient de décider si le blessé doit être soigné à son domicile. Désormais, les Compagnies réduiront nos honoraires de 0,50 cent. par visites et pansements.

Le tarif Dubief deviendra peu à peu lettre morte.

Pensez-vous qu'il y ait lieu de faire casser le jugement ? Je ne vais pas en appel pour éviter les frais.

Agréez, Monsieur le Directeur, l'expression de mes sentiments distingués.

Dr MONTEUX.

N. D. L. R. — Il est incontestable que le Ministre et sa Commission du tarif sont devenus l'objet de la risée publique devant les interprétations illégales et fantaisistes auxquelles se livre la fine fleur des médecins domestiqués par les Compagnies d'assurances et chargés de faire la langue aux juges de paix sur le dos de leurs Confrères et de la Commission du tarif. Celle-ci ne manquera pas de se demander avant peu à quoi servent ses efforts de précision si c'est ainsi qu'on respecte la lettre et l'esprit de son texte.

A propos du Syndicat des médecins et chirurgiens d'hôpitaux.

22 Décembre 1907.

Mon cher Confrère,

J'ai lu attentivement la lettre que vous avez publiée ce matin dans le *Concours Médical* sur la nécessité de la création d'un Syndicat des Médecins et des chirurgiens d'hôpitaux.

Vos arguments ont une certaine valeur au point de vue des *intéressés* (et j'en suis), mais ne craignez-vous pas qu'un Syndicat comme celui que vous paraissez désirer ne soit une arme contre les Confrères qui ne jouissent pas du *privilège* d'être médecins ou chirurgiens d'hôpitaux, et qu'en groupant ces Médecins d'hôpitaux vous n'alliez à l'encontre du but que poursuivent quelques-uns d'entre nous et qui est d'ouvrir toutes grandes, à *tous les praticiens*, les porte des hôpitaux où ils envoient des malades, de façon à assurer, autant que possible, le *libre choix* même à l'Hôpital.

En un mot, ne craignez-vous pas que ce Syndicat de *privilégiés* ne forme une sorte de groupement aristocratique dont l'action s'exercerait au détriment des Syndicats composés d'humbles praticiens qui déjà ont à se plaindre des procédés autoritaires de certains pontifes auxquels leur *haute situation* dans les Ecoles, dans les hôpitaux, ou dans la clientèle enlève la notion exacte de ce que nous devons être les uns pour les autres : des *confrères égaux en droits et en devoirs*.

Je livre ma réponse à vos méditations, en vous priant d'agréer, mon cher Confrère, l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

Dr X.....
Médecin des hôpitaux.

Rectification.

Rouen, le 18 décembre 1907.

Monsieur le Dr JEANNE, 23, rue de Dunkerque.

Mon cher Confrère,

Veuillez, je vous prie, me faire envoyer 100 imprimés : « Repos hebdomadaire ».

Je profite de l'occasion pour réclamer contre une inexactitude du procès-verbal de la séance du 17 novembre qui me fait répondre de travers à votre communication relative aux commissions d'arbitrage. Ces deux lignes ne se rapportent en rien à l'idée que je vous ai exprimée et qui était celle-ci : « Répondez à ceux qui vous disent qu'il y a des abus de la part des médecins qu'il y en a eu un capital dans l'interprétation du tarif Dubief ; qu'il était bien entendu que le chiffre de 2 fr. serait attribué partout où il ne serait pas expressément fixé à 1 fr. 50. Si donc vous voulez que nous entrions dans la voie des commissions d'arbitrage, dont nous ne voyons pas l'utilité, rétablissez l'interprétation du tarif telle que nous en avions convenu. »

Bien confraternellement à vous,

Dr BRASSE.

Procédés de Compagnies d'assurances.

Vienne, le 10 décembre 1907.

Mon cher confrère.

Vers le milieu d'octobre, l'agent de la Cie d'assurances-vie la X... me priait d'examiner un candidat et de rédiger le rapport médical habituel.

Je n'étais pas médecin de la X..., je n'avais pas sollicité ce mandat, mais je n'avais aucune raison de le refuser. Il ne fut pas question de mon chiffre d'honoraires.

M. Z... le proposant, étant en parfaite santé, mon rapport était favorable à son admission : il fut accepté.

Et maintenant voici, sans commentaires, littéralement transcrites, trois lettres échangées entre la direction de la X.. et le docteur Chapuis.

Paris, le 4 décembre 1907.

Monsieur le Docteur Chapuis
2, rue de l'archevêché
à Vienne.

Monsieur le Docteur,

Nous avons l'honneur de vous informer que, sur la proposition de M. B., notre agent, vous êtes officiellement nommé médecin examinateur de notre Cie, en cette qualité, autorisé à procéder valablement à tout examen médical à l'appui des propositions d'assurances qui pourraient nous être faites par des personnes de votre région.

Pour reconnaître vos bons soins nous vous consentirons les honoraires suivants :

Pour l'examen médical afférent à une proposition d'un capital :

Jusqu'à fr. 2.000 inclus...............	fr.	5
Au-dessus de 2.000 jusqu'à 10.000 inclus	fr.	10
Au-dessus de 10.000....................	fr.	20

(pour les propositions de *fr.*2,000 *et au-dessous* nous avons établi un questionnaire très réduit.)

Nous vous prions de bien vouloir apporter le plus grand soin à l'examen des risques proposés et répondre à toutes les questions de notre formulaire.

Dans l'espoir que vous voudrez bien, pour la bonne règle, nous accuser réception de la présente,

Recevez, Monsieur le docteur, l'assurance de nos sentiments les plus distingués.

Le Directeur,
Illisible.

Vienne, le 6 décembre 1907.

Monsieur le Directeur de la X...
à Paris.

Monsieur,

J'ai bien reçu votre honorée du 4 décembre 1907.

L'examen *complet* d'un proposant, l'analyse des urines, la rédaction d'un rapport de 4 pages, la responsabilité médicale, acceptée, d'affirmations qui sont la base essentielle d'une assurance-vie : l'importance de tous ces actes ne me permet pas de souscrire au tarif *dérisoire* d'honoraires que vous m'offrez. Pour le cas de M. Z... en particulier, je ne puis accepter les 10 fr. qui, sur votre lettre, sont mis en regard d'une proposition de 2 à 10.000 frs. La responsabilité encourue, l'examen, la rédaction du rapport, etc, etc., ont été les mêmes que si le contrat avait été de 20, de 30, de 50 mille francs. D'autre part, M. B...,votre agent, en m'apportant les pièces, a été muet sur le chiffre de mes honoraires, ce qui me laissait croire qu'il admettait mon prix habituel, celui des médecins de Vienne, qui est de 20 frs.*quel que soit le montant de la police*, et que les Cies de quelque nom qu'elles s'appellent, ne nous proposent pas d'augmenter quand il s'agit de *grosses affaires*.

Veuillez donc trouver ci-inclus ma note d'honoraires de 20 fr. que je vous serais obligé de me payer dans la huitaine. Il est bien entendu que je n'accepterais pas,dans l'avenir, d'examiner de nouveaux proposants pour un tarif inférieur à celui que je vous indique. Recevez,Monsieur le Directeur l'assurance de mes sentiments les plus distingés.

Dr Chapuis.

Paris, le 7 décembre 1907.

Monsieur le Docteur,

Nous avons l'honneur de vous accuser réception de votre lettre du 6 courant. La question des honoraires pour les médecins,dont vous nous entretenez, fait en effet en ce moment l'objet d'une étude spéciale, et nous sommes tout disposés à vous payer pour les examens médicaux la somme de *vingt francs*. Veuillez trouver ci-inclus un bon de poste de pareille somme représentant le montant de l'examen Z...

Veuillez agréer, Monsieur le Docteur, nos sentiments les plus distingués.

Le Directeur.
Illisible.

Eh bien ! mon cher confrère, je vous fais le pari, même ayant lu cette correspondance, surtout l'ayant lue, qu'il se trouvera dans ma région,même, dans ma bonne ville de Vienne, des médecins tout heureux, tout fiers d'accepter le tarif réduit de la dite Cie.

Bien cordialement à vous.

Dr Chapuis.

P. S. — Voudriez-vous communiquer à Diverneresse — ces choses-là lui font toujours plaisir — que, pas plus tard qu'hier, j'ai été payé de 59 fr. *au tarif local ouvrier* par un patron récalcitrant,appuyé sur une Cie chicaneuse.L'un et l'autre avaient bien promis de me faire marcher,opposant toujours à 3 notes successives le tarif ministériel (1). Ce sont eux qui ont mis les pouces dès le permis de citer, n'osant pas affronter les débats en justice de paix, où j'étais armé d'un dossier formidable, cueilli dans le *Concours*. Pour ma part, j'aurais préféré aller jusqu'au bout, n'eût-ce été que pour entasser sur les précédents un jugement de plus. Mais cette retraite spontanée prouve bien que l'ennemi se sent battu d'avance et qu'il ne fait le fanfaron que jusqu'au premier coup de feu.

(1) On m'offrait 40 fr. 50.

REPORTAGE MÉDICAL

Les services techniques du bureau d'hygiène de la ville de Paris. — Par arrêtés préfectoraux, les services techniques du bureau d'hygiène de la ville de Paris sont réorganisés.

Il est créé une Commission de surveillance et de perfectionnement du bureau d'hygiène de la Ville de Paris (préfecture de la Seine),

Cette Commission est chargée d'examiner toutes les mesures à prendre pour assurer la sauvegarde de la santé publique à Paris, le bon fonctionnement des services d'hygiène et l'application de la loi tant sur la protection de la santé publique que des règlements sanitaires.

Cette Commission est composée : 1° De six membres désignés par le Préfet de la Seine parmi les membres du Conseil départemental d'hygiène qui n'appartient pas aux services techniques ou administratifs de la ville de Paris ; de six membres du Conseil municipal de la ville de Paris.

Pourront assister aux séances de la Commission avec voix consultative : L'inspecteur général des services techniques d'hygiène, les chefs des services des eaux et égouts, de la voie publique, l'architecte-voyer en chef. Il en sera de même du directeur des affaires municipales et du directeur administratif des services d'architecture, du chef du bureau administratif d'hygiène, du chef du bureau de la statistique municipale. Un inspecteur des services administratifs et financiers de la préfecture de la Seine, désigné à cet effet, assistera également aux séances de la Commission. La préfecture de police et l'administration générale de l'Assistance est désigné seront également invitées à se faire représenter.

Le président de la Commission est désigné par le préfet de la Seine.

Cette Commission se réunit chaque fois qu'il est nécessaire et au moins une fois par mois.

L'inspecteur général de l'assainissement et de la salubrité de l'habitation prend désormais le titre d'« inspecteur général des services techniques d'hygiène de la ville de Paris ». Il relève directement du préfet de la Seine, dont il est le conseil technique et auquel il propose toutes les mesures qu'il juge utiles. Il lui adresse ses rapports sans intermédiaire.

Il est chargé : 1° de suivre tous les mouvements des maladies épidémiques; à cet effet, les divers services du bureau d'hygiène, sans exception, l'inspection médicale des écoles, ainsi que le bureau de la statistique et l'Assistance publique lui adressent directement et d'urgence tous les signalements intéressant la santé publique à Paris; 2° de faire parvenir directement et d'urgence, aux services techniques, toutes indications sur les mesures qu'il estime devoir être prises dans l'intérêt de la santé publique : 3° d'inspecter, au point de vue de l'hygiène et de la santé publique à Paris, le fonctionnement de tous les services de la préfecture de la Seine, sans exception, et de signaler aux chefs des services et au préfet de la Seine toutes défectuosités constatées à ces points de vue.

Pour l'exécution des mesures d'hygiène, il est constitué des services techniques.

Ces services, qui, au point de vue administratif et financier, relèvent de la direction des affaires muni-

cipales, sont, au point de vue technique, autonomes, leurs chefs sont directement responsables de leur gestion.

Ces services techniques sont : 1° le service de la désinfection, des ambulances et de la surveillance médicale des sources; 2° le service de la vaccination, 3° le service de la surveillance des eaux d'alimentation; 4° les laboratoires de l'Observatoire de Montsouris; 5° le service technique de l'hygiène et de l'habitation.

Le visa sanitaire des constructions neuves est donné par l'architecte voyer en chef.

L'instruction administrative des demandes en autorisation de bâtir et la délivrance de ces autorisations continuent à être assurées par les soins de la direction administrative d'architecture.

M. A.-J. Martin, inspecteur général de l'assainissement et de la salubrité de l'habitation, prendra désormais le titre d'inspecteur général des services techniques d'Hygiène de la Ville de Paris (Préfecture de la Seine).

M. Thierry, actuellement adjoint à l'inspecteur général du service de l'assainissement et de la salubrité de l'habitation, est nommé chef du service de la Désinfection, des Ambulances et de la Surveillance médicale des sources.

M. Diénert, actuellement chef du service de la Surveillance des sources de la ville de Paris, est nommé chef du service de la surveillance aux eaux d'alimentation.

M. Juillerat, chef de 1re classe au 2e bureau de la direction des Affaires municipales, est chargé du bureau administratif des services d'hygiène de la Ville de Paris.

M. Fillassier, rédacteur principal de 1re classe au 2e bureau de la direction des affaires municipales, est nommé sous chef de bureau de 3e classe à la 2e section du bureau administratif des services d'hygiène de la Ville de Paris, emploi créé.

Facultés et Hôpitaux.

Concours pour l'emploi d'infirmières laïques. — *Le concours s'ouvrira le 1er février 1908, 8 heures du matin, à l'Hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce.* —Les demandes d'inscription et de renseignements devront être adressées au médecin-inspecteur, directeur du service de santé de l'Hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce. La liste d'inscription sera close le 15 janvier 1908 et arrêtée par le Ministre.

CONDITIONS D'ADMISSION AU CONCOURS.— Les postulantes devront :

1° Etre de nationalité française et avoir dépassé l'âge de vingt et un ans. (La limite d'âge de vingt-cinq ans ayant été fixée par le décret du 26 février 1897, pour que les femmes admises dans le personnel des établissements militaires puissent avoir droit au maximum de retraite.) Les candidates ayant plus de vingt-cinq ans seront admises au concours à défaut seulement de postulantes ayant moins de vingt-cinq ans. Celles ayant dépassé quarante-cinq ans ne seront nommées qu'après autorisation ministérielle ;

2° Etre diplômées de l'Assistance publique ou des écoles d'infirmières laïques, publiques ou privées, qui sont agréées par le Ministre.

PIÈCES A FOURNIR.— Les demandes d'admission à concourir, écrites et signées par les postulantes, seront accompagnées des pièces ci-après :

1° Une pièce établissant la nationalité française ;

2° Bulletin de naissance ;

3° Diplôme ou brevet d'infirmière (ou copie certifiée authentique) ;

4° Extrait du casier judiciaire ;

5° Certificat délivré par un médecin principal ou major d'un hôpital militaire ou mixte constatant l'aptitude physique nécessaire pour l'emploi d'infirmière.

CONDITIONS DU CONCOURS.— L'examen sera subi devant un jury composé de deux médecins militaires désignés par le Directeur de l'Hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce.

Il comprendra des interrogations et des épreuves pratiques tirées d'un programme approuvé par le Ministre et déposé à la Direction de l'Hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce, où l'on pourra en prendre connaissance de 9 à 11 heures du matin et de 2 à 4 heures du soir (dimanches et jours de fêtes exceptés).

NOMINATIONS DES INFIRMIÈRES.— Après que le jury aura établi par ordre de mérite la liste des postulantes qui auront subi les épreuves, le Directeur de l'Hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce nommera aux emplois, en suivant l'ordre de classement.

FONCTIONS.— Le service des infirmières consiste à donner des soins aux malades et aux blessés sous l'autorité immédiate des médecins traitants.

RÉTRIBUTION.— Nommée stagiaire, l'infirmière recevra : 800 francs de traitement par an, plus la nourriture et le logement ou une indemnité de logement de 350 francs par an.

Après un an de stage, l'infirmière est licenciée en cas d'insuffisance ou nommée infirmière de 3e classe. L'avancement de la 3e classe à la 2e et de celle-ci à la 1re a lieu au choix après trois ans de service de ou droit à l'ancienneté après cinq ans de service.

Le traitement des infirmières de 3e classe est de 1.042 francs par an.

Le traitement des infirmières de 2e classe est de 1.146 francs par an.

Le traitement des infirmières de 1re classe est de 1.250 francs par an.

Les infirmières sont nourries ; elles sont logées ou touchent l'indemnité de logement de 350 francs par an, avec obligation d'habiter à proximité de l'hôpital.

Les infirmières sont assimilées, à tous les points de vue, au personnel civil d'exploitation des établissements militaires, et les dispositions du décret du 26 février 1897 concernant ce personnel leur sont applicables d'une manière générale.

Paris, le 20 décembre 1907.

Le Médecin-inspecteur.,
Dirceteur de l'Hôpital militaire d'instruction, du Val-de-Grâce.

DELORME.

Hôpitaux et hospices de Paris. — MM. Jacques Roubinovitch passe en qualité de médecin en chef à l'hospice de Bicêtre en remplacement de M. Charles Féré, décédé.

— M. G. Rosenthal et M. E. Agasse-Lafont, chefs de clinique, et L. Rivet, ancien interne, commenceront, le mardi 14 janvier, à deux heures, au laboratoire de la clinique médicale de l'hôpital St-Antoine, un cours de laboratoire essentiellement pratique. Les élèves seront individuellement exercés aux recherches cytologiques, bactériologiques et chimiques, qui porteront sur le sang, les sérosités, le pus, les crachats, les urines, le suc gastrique et les matières fécales.

Le cours sera complet en 20 leçons. Le droit à payer est de 100 francs. Le nombre d'élèves est limité.

S'inscrire le matin, à la clinique médicale de l'hôpital St-Antoine, pavillon Moïana.

***Le Directeur-Gérant* : Dr H. JEANNE.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trentième année | N° 3 | Dimanche 19 JANVIER 1908

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des Inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

A NOS CORRESPONDANTS

Lors de notre dernière assemblée générale, un certain nombre d'entre vous nous ont demandé d'organiser, en faveur du *Concours* et de ses filiales, des moyens de propagande pratiques et simples — nous pouvons vous dire qu'aujourd'hui cette organisation est chose faite.

Nous avons préparé de courtes notices indiquant le caractère des œuvres, disant ce qu'elles font et qui ne nécessiteront de vous que quelques observations complémentaires.

Væ Solis, notice de propagande générale, qu'il serait avantageux de remettre à tous les confrères qui n'ont pas encore compris l'utilité indispensable de s'unir, de grouper les efforts, de marcher à la bataille, en se serrant les coudes.

Le *Concours Médical*, notice montrant les services rendus par le journal qui est une tribune ouverte à toutes les idées neuves, à toutes les initiatives, qui est le trait d'union naturel entre tous les groupements professionnels, leur faisant connaître les résultats obtenus ici ou là, les luttes entreprises, les résultats ou les défaites, qui indique à tous la marche des œuvres filiales.

L'Association amicale, la Caisse des pensions de retraites, le Sou médical, le Patronage médical qui montrent les avantages de chacune de ces œuvres, exposent leur fonctionnement, les résultats qu'elles ont donnés jusqu'ici.

Pour plus de facilité, les bulletins sont réunis en carnets de 2. feuilles portant au verso soit une feuille d'adhésion, soit une demande de renseignements complémentaires, pouvant se mettre dans la poche. Nous les tenons dès maintenant à votre disposition.

Nous vous prions de nous les demander selon les besoins de votre région, comprenant bien qu'ici une œuvre sera plus en faveur tandis que là l'intérêt se portera plus spécialement sur une autre. C'est à vous qu'il appartient de faire le choix que nous ratifions par avance.

A l'œuvre donc, chers correspondants : le succès, soyez en convaincus, couronnera vos efforts, comme il l'a déjà couronné quand votre zèle avait à suppléer à l'imperfection des moyens.

Le Conseil de direction.

Nous tenons à reproduire, à cette occasion, pour nos lecteurs, la liste complète de nos correspondants, dévoués et précieux représentants locaux ou régionaux qui répondront à tous leurs appels, soit comme intermédiaires, soit en vertu de leur compétence propre désormais bien établie.

Ain : Dr Boudin, à Oyonnax.
Alpes-Maritimes : Dr Seney, à Nice.
Ardennes : Dr Pillière, à Charleville.
Aube : Dr Laumet, à Troyes.
Bouches-du-Rhône : Dr Urpar, à Arles. — Drs Bagarry et Lop, à Marseille.
Charente : Dr Gilson, à Angoulême.
Charente-Inférieure : Dr Cornet, à Saintes. — Dr Tesseyré à Villeneuve-la-Comtesse.
Corrèze : Dr Bardon, à Brive.
Côte-d'Or : Dr Chauvenet, à Plombières-les-Dijon.
Côtes-du-Nord : Dr Boucher, à Quintin.
Creuse : Dr Treille, à Lavaveix-les-Mines.
Dordogne : Dr Delbès, à Périgueux.
Doubs : Dr Pize, à Quingey.
Drôme : Drs Charrin et Rocheblave, à Valence.
Eure : Dr Thirard, à Evreux.
Finistère : Dr Houdart, à Brest. — Dr Gouez, à Plougastel-Daoulas.
Gard : Dr Malzac, à Lasalle.
Gironde : Dr Laguens, à Castillon-sur-Dordogne.

Ille-et-Vilaine : Dr Roger, à HÉDÉ.
Isère : Dr Fayard, au PÉAGE-DE-ROUSILLON.
Jura : Dr Venassier, à DOLE.
Loir-et-Cher : Dr Hervé, à LA MOTTE-BEUVRON.
Loire : Dr Barbat, à CHARLIEU. — Dr Odin, à ST-GALMIER. — Dr Piot, à ROANNE.
Loire-Inférieure : Dr Saquet, à NANTES.
Loiret : Dr Delthil, à BRIARE.
Lot-et-Garonne : Dr Colombet, à MIRAMONT.
Lozère : Dr Vincent, à ST-CHÉLY-d'APCHER.
Maine-et-Loire : Dr Dupont, à YZERNAY. — Dr LEVRAUD, à SAUMUR.
Manche : Dr Alibert, SAINT-LÔ.
Meuse : Dr Volpert, à STENAY.
Nièvre : Dr Gauthier, à SAINT-BENIN-D'AZY.
Nord : Dr Lambin, à LILLE. — Dr Ronnaux, à CAMBRAI.
Pas-de-Calais : Dr Allard, à MARCK.
Pyrénées (Basses) : Dr Guichamans, à ARZACQ.
Saône-et-Loire : Dr Beaupère, à SALORNAY-SUR-GUYE.
Sarthe : Dr Médail, à BESSÉ-SUR-BRAYE.
Savoie : Dr J. Armand, à ALBERTVILLE. — Dr Coze, à AIX-LES-BAINS.
Savoie (Haute) : Dr Roux, à ST-GERVAIS-LES-BAINS.
Somme : Dr Sallé, à BERNAVILLE.
Tarn : Dr Thadée, à DAMIATTE-SAINT-PAUL.
Tarn-et-Garonne : Dr Roudouly, à CAUSSADE.
Var : Dr Brun-Bourguet, à FRÉJUS.
Vaucluse : Dr Roche, à SORGUES.
Vendée : Dr Mignen, à MONTAIGU.
Yonne : Dr Bazot, à JOIGNY.
Tunisie : Dr Jacob, à BIZERTE.

LA SEMAINE MÉDICALE

Le collargol chez l'enfant.

D'après un récent travail de M. F. Jeunet, publié dans la *Revue médicale d'Amiens*, il ne faut pas évidemment envisager le collargol comme une panacée, un sauve-tout infaillible, d'action sûre, prompte, efficace. Dans nombre de cas, on ne détournera pas le cours d'une maladie ; mais, souvent aussi, notamment chez les enfants, on provoquera des réactions salutaires remarquables. Quelques médecins ont même pu parler de véritables résurrections.

Il y a donc lieu de préciser *les indications*, un peu plus spéciales ici que chez l'adulte. Le principe est le même : chaque fois que l'on rencontrera une septicémie non encore diffusée, une septicémie avec localisation, à l'occasion d'une affection médicale ou chirurgicale, l'argent colloïdal trouvera son emploi.

Dans cet ordre d'idées, il y aura des raisons d'intervenir couramment pour les cas suivants *ostéomyélite, appendicite, otite, phlébite, mastoïdite*, etc.

Il faudra faire ici un *traitement local, par les frictions* et un *traitement général, par les injections intra-veineuses* ; les deux, concurremment, si l'état du malade l'exige.

Autres cas, d'ordre purement médical : *rhumatisme à tendance viscérale, péricardite, endocardite, infectieuse, grippe (complications pulmonaires), pleurésie, purulente, pneumonie, scarlatine, méningite cérébro-spinale, chorée rhumatismale, angines graves, tuberculose aiguë, fièvre typhoïde*, etc. En général, toute affection qui offrira une tournure infectieuse réclamant de l'organisme une réaction défensive intense immédiate.

Il n'est pas encore entré dans la thérapeutique courante de traiter les maladies *systématiquement* par l'argent colloïdal ; mais, des tentatives heureuses ont été faites, surtout pour la fièvre typhoïde, en particulier chez des enfants de 12 à 14 ans.

Le succès couronne souvent la médication. *Il est toutefois problématique si l'intervention manque d'opportunité : l'argent colloïdal n'est pas un traitement de l'agonie.*

Modes d'administration. — Doses. — On emploie l'argent colloïdal sous le nom de collargol ou mieux sous les nom et forme d'Electrargol (à grains plus petits). Le platine, le palladium, l'or peuvent être substitués à l'argent, sans aucun avantage toutefois.

Divers métalloïdes sont susceptibles de fournir des pseudo-solutions colloïdes : on vient récemment d'obtenir l'arsenic sous cette forme ; les épreuves thérapeutiques restent à faire.

Modes usuels. — Le moyen le plus commode est la *friction*. On se sert d'une pommade à 15 %. *Doses* : 1 gr. par friction quotidienne. La technique est la même que chez l'adulte (précautions aseptiques dans le but de favoriser l'absorption).

Les injections viennent ensuite par ordre d'emploi : elles sont au premier rang comme efficacité.

On les fait *sous-cutanées* ou *intra-veineuses*.

Les injections intra-veineuses sont les plus actives. On prend une veine apparente (au pli du coude par exemple) ; une aiguille quelconque à biseau un peu court, suffit ; il n'est pas indispensable d'avoir d'autre instrument. L'injection est facile, elle n'est pas douloureuse, n'offre pas de dangers : toutefois *il faut bien expurger d'air l'aiguille et la seringue.*

Doses. — Le 1er jour injecter 0,02 cent. d'Electrargol (enfant de 3 à 8 ans); le lendemain ou deux jours plus tard injecter 0,05 cent.

On se sert d'ampoules stérilisées, dosées à 0,05 cent. par 5 cent. cubes. Ces doses de début, peu élevées, sont destinées à éviter l'hypothermie brusque.

A 10, 12, 14 ans, on peut injecter quotidiennement, s'il le faut, 0,10 à 0,15 cent.

Moyens d'exception. — *L'ingestion* convient lorsqu'il y a inflammation du tube digestif (entérite), que l'on veut tenter de combattre. Administrer une potion ou de petits lavements (0,15 cent. pour 75 gr. d'eau).

Injection intra-rachidienne. — Méningite cérébro spinale. *La technique est celle d'une anesthésie lombaire* : ponction de 10 gr. au moins ; mélange et injection du liquide céphalo-rachidien aspiré directement dans la seringue, avec la solution d'électrargol (0,02 à 0,05 cent.).

Injection intra-pleurale. — *Pleurésie purulente ou en imminence de le devenir.* — *Technique* : thoracentèse plus ou moins abondante ; injection immédiatement après, dans le plèvre, de 0,10, 0,15 cent. d'argent colloïdal, s'il y a lieu.

Même opération dans les *abcès chauds collectés* ou sur le point de l'être : ponction, aspiration du pus, injection du collargol (0,10, 0,15, 0,20, cent.) Employer concurremment la méthode de Bier.

Nombre des injections. — Autant qu'il est nécessaire pour assurer la *réaction de convalescence.* En général, répéter tous les deux, trois, quatre jours jusqu'à retour définitif à une température normale.

Indice de cette réaction favorable. — Dans les heures qui suivent la piqûre : élévation de température pouvant aller jusqu'à 41° ; le lendemain

chute brusque, parfois hypothermie ; crise urinaire : polyurie, décharge d'urée, crise d'hyperleucocytose.

Conclusion. — Au cours d'états infectieux graves, voire même désespérés, en apparence, l'argent colloïdal est parfois, chez l'enfant comme chez l'adulte, une ressource suprême. Il suffit d'y penser.

L'injection intra-veineuse d'électrargol semble donner le plus de chances de succès.

Les vomissements du nourrisson.

Sous l'inspiration de M. Variot, M. le Dr Raymond François, de Paris, a étudié, dans sa thèse, l'importante question des vomissements chez les nourrissons. D'après lui, les causes les plus fréquentes des vomissements chez les nourrissons sont les fautes commises dans l'alimentation : suralimentation, d'une part, inanition d'autre part ; la crainte de la première peut, en effet, conduire à la seconde. L'action anti-émétique et eupeptique du citrate de soude est incontestable, aussi bien chez les enfants élevés au biberon que chez les enfants nourris au sein.

Cette action anti-émétique si fidèle du citrate de soude permet, en outre, de distinguer, chez les nourrissons au sein, aussi bien que chez ceux au biberon, les phénomènes d'*irritabilité gastrique simple*, consistant dans des vomissements cédant rapidement à la médication seule, des troubles très probablement dus à *une gastrite spasmodique*, qui ne disparaissent que lentement, après la suppression du lait vraisemblablement toxique qui les causait.

L'évolution clinique et la gravité des vomissements sont très différentes dans les deux cas.

L'*irritabilité gastrique simple* du nourrisson, allant jusqu'au rejet partiel ou total du lait ingéré, peut s'expliquer par l'*exagération de la phase normale de contraction de toute la tunique musculaire de l'estomac*, qui suit de très près chaque tétée.

L'hypothèse du pyloro-spasme perd, en effet, beaucoup de sa valeur, depuis les récentes études radioscopiques de l'estomac des nourrissons.

« Ce qui est le plus important dans la composition du lait, c'est probablement ce que nous ne connaissons pas encore ».

Bien que l'analyse chimique soit le plus souvent muette, quand on examine le lait des femmes rejeté avec persistance par les nourrissons, il est en effet, présumable que ce lait contient des substances toxiques. Et nous sommes assez disposé à considérer comme dus à la toxicité du lait de la mère ou de la nourrice, les vomissements au sein qui ne cèdent qu'au changement de lait.

Ces vomissements par gastrite spasmodique due au lait de la mère peuvent guérir :

1° Par l'emploi du lait d'une autre femme ;

2° Par l'allaitement mixte ;

3° Par l'emploi exclusif du lait stérilisé, additionné de citrate de soude.

Cette dernière constatation a la plus haute importance pour les petits enfants de la classe populaire, dont les parents ne peuvent faire les frais d'une nourrice sur lieu.

4° Vu l'extrême rareté du rétrécissement congénital du pylore, il serait tout à fait imprudent de conseiller une pyloroplastie pour remédier à des vomissements incoercibles chez un nourrisson, avant d'avoir changé le mode d'allaitement et recouru au citrate de soude.

FEUILLETON

La conférence suivante, faite à Pau par l'un des dévoués correspondants du « Concours » pour préparer la constitution d'un Syndicat, méritait de prendre large place dans nos colonnes ; nous nous empressons de les ouvrir à ces considérations d'ordre si élevé qui furent les arguments du confrère Guichamans, d'Arzac.

Messieurs, votre aimable secrétaire général, notre cher confrère, le Dr Gondard, m'a écrit à la date du 3 décembre dernier :

« Mon cher confrère,

« Un de nos membres correspondants, en s'excusant de ne pas assister à notre dernière séance, a « émis l'idée de la création, par la société médicale « ou à côté d'elle, d'un Syndicat médical à Pau. « On a fait observer qu'un syndicat, dû à votre « initiative, était en formation, et on a décidé de « vous demander s'il vous serait possible de venir « nous donner à notre prochaine réunion une sorte « de causerie dans laquelle vous nous diriez où vous « en êtes et ce que vous comptez faire. Beaucoup « désirent voir aboutir votre projet, car nombreux « sont ceux qui se préoccupent de la défense pro- « fessionnelle. »

Avec quelle joie a été reçue cette lettre et de quel enthousiasme j'y ai répondu :

« Je n'attendais qu'une parole d'encouragement. « J'irais au bout du monde, je recommencerais les « douze travaux d'Hercule pour la défense de nos « intérêts professionnels et la gloire de notre belle « profession.

« Je serai donc le vendredi 13, à Pau et je causerai « et nous causerons du Syndicat. Et je dirai, puisque « de nombreux confrères désirent comme moi voir « aboutir un projet qui répond à une nécessité sociale « qu'il faudrait reprendre demain s'il était abandon- « né aujourd'hui, je dirai où nous en sommes et ce « que j'espère que nos confrères voudront bien faire ».

J'y suis : je ne puis rester que quelques heures ; causons et causons bien, utilement veux-je dire.

Où nous en sommes ?

C'est à vous que je vais le demander.

Je ne suis pas de ceux qui estiment qu'il faut faire le bonheur des peuples malgré eux. J'attendais donc que me vînt l'incitation à aller de l'avant, le geste qui témoignât que je n'ai pas clamé dans le désert ; qu'on avait bien compris l'importance de l'organisation à créer, et cette organisation nouvelle obligeant à un esprit nouveau, entraînant l'engagement soit moral, soit verbal, soit écrit, de se soumettre à une discipline, à une règle, qu'on aurait la volonté, l'énergie d'abaisser son indépendance pour le bien commun, de faire fléchir son intérêt propre devant l'intérêt général, de sacrifier au besoin celui-là à celui-ci.

Car qu'est un Syndicat sans l'esprit syndical ? Une parodie, une vaine manifestation de l'esprit, sans dignité comme sans intérêt.

Où nous en sommes ?

Cela dépend de vous.

Interrogez-vous.

Etes-vous mûrs pour la liberté, pardon, pour la

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Saint-Antoine : M. le Dr A. Mathieu.

Les formes cliniques de l'urémie gastrique ; diagnostic et traitement.

L'urémie gastrique se présente dans des conditions diverses.

Lorsqu'elle se montre au milieu du complexus symptomatique habituel de l'urémie à marche aiguë, chez des sujets dont la néphrite originelle est connue ou facile à reconnaître, le diagnostic n'est pas embarrassant. On rapporte aisément à leur véritable cause les troubles observés du côté de l'estomac, et le diagnostic ne mérite pas qu'on s'y arrête.

Mais, il est d'autres faits, très intéressants pour le praticien, dans lesquels les accidents stomacaux apparaissent isolément, au cours d'une urémie latente, et constituent le phénomène prédominant, celui qui frappe au premier abord. En pareil cas, l'urémie n'est pas manifeste ; elle est parfois même difficile à dépister. Si le médecin n'est pas prévenu, il peut se croire en présence d'une dyspepsie simple, d'un cancer de l'estomac, d'une gastralgie, voire d'une vulgaire migraine. De tels cas, on le conçoit aisément, méritent une attention particulière, puisque leur diagnostic fournit des données capitales pour le pronostic et le traitement.

L'urémie gastrique offre souvent un certain nombre de caractères dont voici les principaux : les vomissements sont répétés, procèdent par paroxysmes, avec tendance à l'incoercibilité ; les matières vomies sont alimentaires, muqueuses, bilieuses, quelquefois semblables à du bouillon « tourné » ; il y a, entre les vomissements, un état nauséeux très marqué et permanent. On a signalé, en outre, dans les urémies gastriques, un aspect particulier de la langue, qui est saburrale à sa partie moyenne et rouge sur ses bords. D'une manière générale, les langues blanches doivent leur aspect, non à un enduit quelconque, mais à une véritable glossite superficielle. M. Guyon a beaucoup insisté sur la langue des urinaires. C'est une langue où la glossite superficielle a pris un développement maximum. En réalité, on la retrouve, plus ou moins accusée, chez la plupart des urémiques.

Ces caractères généraux se modifient suivant la forme clinique affectée par l'urémie gastrique. Les observations suivantes montrent les principaux types d'urémie gastrique isolée, rencontrés en pratique.

Première forme.

Un malade vient consulter pour des vomissements dont il est atteint depuis six semaines. Il a perdu l'appétit et, concordant avec cette anorexie, il éprouve un état nauséeux presque permanent. Les vomissements se produisent à certains moments et cessent au bout de quelques jours. L'état nauséeux, les vomissements paroxystiques, sans douleur, font penser à l'urémie gastrique : séance tenante, l'examen des urines est pratiqué et décèle de l'albuminurie. L'évolution de l'affection fut rapide. Le patient, hospitalisé à l'hôpital Andral, mourut dans le coma urémique deux semaines après son admission, soit 3 mois après le début des accidents stomacaux.

---

solidarité ? N'êtes-vous pas las de faire la joie des collectivités en vous laissant exploiter, duper par elles ?

Ne soyons ni amer, ni violent.

Etes-vous fatigués de faire la charité, ou si vous préférez, et pour me servir d'une expression actuelle, — certains mots à caractère religieux étant mal vus, — de faire de l'altruisme intensif, qu'on ne vous demande plus, mais qu'on accepte, sans reconnaissance du reste, dont on vous tient rancune quand il laisse supposer des ambitions qui portent ombrage, dangereuses quand on ne prend son mot d'ordre que dans sa conscience, et dont beaucoup trop de riches, individus et communautés, — profitent sans scrupules ?

Quand l'Etat a pris à sa charge, — comme c'était son devoir, — toute la charité d'autrefois, celle des prêtres et celle des laïques, et qu'il en retire tout le profit qui s'attache à une reconnaissance qu'il a le moyen de rendre obligatoire, allez-vous continuer votre bienfaisance qui pouvait se justifier autrefois mais que plus rien ne justifie aujourd'hui ?

Cet Etat, du reste, conscient de ses devoirs et respectueux de vos droits, ne vous a-t-il pas libérés des sujétions du passé, de tous scrupules de conscience, par des lois, qui, grâce à la société du Concours médical, aux syndicats, sont de bonnes lois, des lois équitables où tout a été prévu, même une rémunération parcimonieuse sans doute, mais réelle, de nos services, et pouvez-vous le lui imputer à faute si elles ne sont scrupuleusement, loyalement mises en pratique que là où les syndicats veillent, participent à leur application ?

Trouvez-vous que tout est pour le mieux dans le meilleur des mondes et que cet Etat républicain a raison de créer dans le corps médical des étages sous la forme de diplômes spéciaux ?

Allez-vous accepter sans protester l'impôt sur le revenu tel qu'il est compris au projet Caillaux et que le secret professionnel puisse être soumis aux investigations du fisc ?

Vous êtes-vous jamais demandé quel rôle, quel métier, — pas de qualificatifs, ils seraient insuffisants, — vous réservaient, sans l'œuvre de défense du Concours médical, sans la résistance des syndicats, les collectivités individuelles, commerciales, agricoles armées sous le nom de sociétés anonymes, suspendant sur vos têtes cette épée de Damoclès terrible pour tous : le procès en responsabilité, et vous tendant de l'autre l'aumône d'un salaire dégradant, inique ?

N'avez-vous pas compris que, sans l'intervention des bons, des dévoués, des admirables confrères du Concours et de l'Union des Syndicats, sans l'énergie, la farouche activité d'un *Diverneresse* triomphant de toutes les collectivités au nom du droit, du droit qu'a toute victime de choisir son défenseur ou son médecin, une bonne moitié du corps médical allait passer aux gages des compagnies, et que l'Etat pouvant à tout moment domestiquer l'autre moitié, c'en était fait de son indépendance ?

Laisserez-vous éternellement, avec le doux sourire des bontés inlassables, des patiences obstinées et résignées, l'exercice illégal de la médecine s'exercer au grand jour, frapper à la porte de vos clients et vous les dérober cyniquement, avec la tolérance,

Deuxième forme.

Un vieillard de 70 ans, soigné par M. Ballet se plaignait de vomissements et de dégoût pour les aliments. En présence de l'allure grave de ces troubles morbides, il fut soumis à l'examen de M. Mathieu. On constatait chez ce malade un état nauséeux intense. Pas d'œdème, pas d'albuminurie. Cependant, le diagnostic d'urémie gastrique chez un artério scléreux faisant de la néphrite interstitielle fut porté, parce que les artères étaient dures, la tension artérielle exagérée, avec un léger bruit de galop; parce que les phénomènes gastriques cadraient bien avec ceux rencontrés dans l'urémie. Le malade mourut. L'autopsie, pratiquée par M. Roux, montra un cœur gros, énorme, des reins atteints de néphrite interstitielle chronique ; pas trace de cancer de l'estomac. Voilà un cas où les accidents se sont précipités et où la première impression avait été celle de néoplasme stomacal. Le malade est mort d'urémie avec troubles gastriques prédominants, sans albuminurie.

Quelquefois, le diagnostic avec les lésions organiques graves de l'estomac est plus difficile encore. En voici un exemple :

Un malade, habitant la banlieue de Paris, présentait un ensemble symptomatique que son médecin avait cru pouvoir rapporter à un cancer de l'estomac. Ici également, on était frappé par l'état nauséeux, les vomissements presque incoercibles. Le cœur était un peu hypertrophié, la tension artérielle élevée, et il existait une légère albuminurie. Le sujet avait eu des accidents semblables deux ou trois mois auparavant, accidents qui s'étaient amendés pour reprendre ensuite. On ne rencontrait, à l'examen de la région épigastrique, aucune espèce de tumeur. On diagnostiqua une urémie gastrique. Mis au régime approprié, à la diète hydrique pendant plusieurs jours, avec des lavements laxatifs, le patient guérit des accidents en question. Il vivait encore un an après, en suivant un régime rigoureux. Donc, il n'avait pas de cancer et le diagnostic d'urémie gastrique était exact.

Troisième forme.

Celle-ci pourrait s'appeler forme gastralgique.

Un vieillard de 78 ans, déjà atteint d'urémie dyspnéique, fut pris dans les derniers temps de sa vie de crises gastralgiques qui firent penser à un ulcère ou à un cancer stomacal. L'observation suivie du malade, l'absence de vomissement, l'alternance des crises gastralgiques et des crises dyspnéiques conduisirent à cette conviction qu'il s'agissait d'urémie gastralgique. Il serait possible d'expliquer cette dernière en admettant une sorte d'*angor* de l'estomac, analogue à l'*angor pectoris*.

Quatrième forme.

Un autre type de l'urémie gastrique consiste en embarras gastriques répétés. Les artério-scléreux, à insuffisance rénale, font facilement des embarras gastriques récidivants, se reproduisant à la suite d'erreurs alimentaires par exemple.

Cinquième forme.

C'est la variété migrainoïde.

Un malade, soigné à l'hôpital Saint-Antoine, accusait des accès de migraine, d'hémicrânie avec vomissements, de deux à trois jours de durée. Le régime lacto-végétarien lui procura un soulagement considérable. Les cas de ce genre peuvent, il est vrai, recevoir une autre interprétation. M. Huchard a décrit le faux asthme de l'intoxication alimentaire : les patients sujets aux accidents de cet ordre les éprouvent lorsqu'ils font des écarts de régime, lorsqu'ils mangent beaucoup de viande, des viandes faisandées surtout. Ces troubles disparaissent par le régime lacto-végétarien et les purgations. M. Huchard déclare que ce sont des faits différents de l'urémie. A la vérité, il est bien difficile, en pareille circonstance, de tracer la limite où commence

---

sinon la *connivence*, de l'administration et la sympathie, sinon l'approbation, de la magistrature ?

Voulez-vous, en un mot, continuer à vivre isolés, impuissants, désarmés, *n'ayant à opposer aux brutalités*, aux injonctions mauvaises des individus ou des collectivités qui deviennent chaque jour plus fréquentes, plus amères, aux navrantes réalités de l'existence qui atteignent les meilleurs, que les révoltes de votre conscience qui ne peut plus rester sereine, ou bien voulez-vous être une puissance vous-mêmes, dicter vos volontés à tous et à chacun, garder votre indépendance, votre fierté, votre dignité ?

Dans ce cas groupez-vous, formez soit une association selon la loi de 1901, générale, permettant toute discussion, toute étude, toutes résolutions, soit une association selon la loi antérieure de 1886 limitée à la défense de vos intérêts professionnels.

Je m'explique.

Il est entendu, il est convenu que la République, c'est la liberté. Elle avait cependant 30 ans d'existence quand elle a accordé la liberté de s'associer.

Jusqu'à 1901 toute réunion même momentanée de plus de 20 personnes était un délit. La loi de 1901 institue l'association de plein droit entre citoyens quelconques et pour un but quelconque.

Mais déjà avant la loi de 1901, la loi du 21 mars 1884 avait permis certains groupements ; cette loi accordait aux ouvriers, aux patrons ou aux patrons et ouvriers réunis d'un même corps de métier, le droit de s'associer, mais elle donnait à ces groupements, à ces associations, comme objet exclusif : l'étude et la défense des intérêts propres à ce métier.

C'est donc la loi de 1884 qui a autorisé les syndicats, c'est-à-dire certains groupements formés pour la défense d'intérêts économiques communs. Je dis *certains et non pas tous, car il est encore des groupements* interdits, tels que les syndicats des fonctionnaires qui font faire actuellement des cheveux à notre illustre confrère, M. le président du conseil actuel, et c'est bien sa faute.

Nos groupements syndicaux ont eu fort à faire pour se faire reconnaître des pouvoirs publics, de nos bons magistrats qui traînent ataviquement une méfiance, une hostilité non déguisée vis-à-vis du corps médical, et, si, après 7 années de lutte, 7 années, oui messieurs, on nous a permis de nous syndiquer, c'est — nous avons eu les honneurs d'une loi spéciale — c'est, dis-je, pour la défense de nos intérêts professionnels à l'égard de toutes personnes autres que l'Etat, les départements et les communes.

Mais s'il nous est défendu de nous syndiquer contre l'Etat, les départements, les communes, contre qui et pourquoi avons-nous intérêt à nous syndiquer ?

Et d'abord ne pouvons-nous rien au regard de l'Etat, des départements, des communes ? Il est admis chez nous qu'il en est des libertés comme des oies : où une a passé, les autres suivent à la queue-leu-leu.

Chose étrange : la liberté de passer, on nous a prié de la prendre.

Il est arrivé, en effet, à l'encontre des suppositions fâcheuses de certains législateurs à notre égard, de leurs pronostics détestables, assombris à plaisir, que, loin de redouter notre collaboration à l'œuvre

l'urémie. La conclusion pratique, d'ailleurs, est la même.

Le diagnostic différentiel de l'urémie gastrique avec les affections qu'elle simule s'appuiera d'abord sur la sémiologie de l'urémie gastrique. On n'oubliera pas de s'enquérir de *l'état nauséeux* de la *tendance aux vomissements incoercibles.* On recherchera, ensuite, s'il n'y a pas d'albuminurie, d'artério-sclérose, de pollakiurie, de vertiges et autres petits signes du brightisme.

On fera la distinction avec la dyspepsie des urinaires de M. Guyon, bien qu'au fond les deux états morbides aient une origine à peu près semblable. Mais, la dyspepsie des urinaires relève d'un traitement particulier, visant la lésion locale. Chez un sujet atteint d'affection vésicale, prostatique, on observe parfois des phénomènes gastriques assez accentués pour faire craindre un cancer de l'estomac. Il suffit de soigner la vessie pour guérir le patient complètement. On doit se souvenir de la dyspepsie urinaire.

Dans un certain nombre de cas, le diagnostic de l'urémie gastrique et du cancer est très difficile. Il est des malades chez lesquels on ne peut établir, pendant la vie, s'il s'agit d'urémie ou de cancer de l'estomac. La présence du sang dans les matières vomies, la coloration brunâtre de ces matières n'ont pas une valeur absolue, les urémiques pouvant faire de la gastrite avec des ulcérations et une tendance hémorrhagique. La recherche de la tumeur n'a de portée que si elle est positive. Négative, elle n'en a plus. Il est possible, en outre, qu'il y ait quelquefois superposition du cancer et de l'urémie et que telle soit l'explication à donner des cancers à forme nauséeuse.

Le pronostic de l'urémie gastrique est variable. Il est des formes graves ; d'autres sont susceptibles de guérison ou d'amélioration prolongée.

Dans les formes graves. le traitement est inactif. Dans les formes moins sérieuses, il faut tenter de désintoxiquer le malade et ne pas le réintoxiquer par *l'alimentation. On est obligé dans* bien des cas de recourir à la diète hydrique complète. On peut utiliser l'eau lactosée. On provoquera des évacuations intestinales au moyen de lavements laxatifs (lavement purgatif du Codex au séné et sulfate de soude), et, quand la tolérance gastrique le permettra, au moyen de scammonée administrée par voie buccale à la dose de 0 gr. 30 ou 0 gr. 40, de façon à entretenir une légère diarrhée pendant plusieurs semaines. D'autres fois, on s'adressera aux purgatifs salins, sulfate de soude ou de magnésie. On aura recours ensuite au régime lacté et, plus tard, au régime lacto-végétarien.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

Le lait cru dans l'alimentation du nourrisson

Pendant un certain nombre d'années, on considéra comme un progrès notable l'introduction de la stérilisation dans la technique de l'alimentation des nourrissons, et le procédé de Sohxlet fut mis au rang des découvertes les plus précieuses. Puis se produisit une réaction. On apprit à connaître la maladie de Barlow, et l'on s'aperçut que ses lésions, nées sous le régime de l'alimentation stérilisée, disparaissaient de nouveau par le lait cru. On établit que, par le chauffage, il se produisait dans le lait une série de transformations physico-chimiques, qui influençaient considérablement ses propriétés ; on trouva que le lait cru renfermait un grand nombre de ferments que l'ébullition détruisait.

A ce moment, la foi que l'on avait dans la valeur de la stérilisation du lait, fut ébranlée. Un certain nombre de médecins déclarèrent que la chaleur produisait de tels changements dans la constitution de cet aliment qu'elle le dénaturait ;

---

sociale de la 3e république, où nous sommes de part, on s'est empressé de l'accepter quand nous la proposions, de la réclamer là ou nous restions indifférents ; et que de cette œuvre ainsi comprise, ainsi appliquée, il n'est résulté que du bien pour les intéressés et de l'honneur pour les administrations et les conseils généraux.

Pouvait-il en être autrement ?

Ne sommes-nous pas les pères de cette république?

Sans vanité, le corps médical n'est-il pas souvent la lumière des assemblées législatives et des conseils départementaux, et toute œuvre utile, bienfaisante, sociale, humaine n'a-t-elle pas toujours trouvé dans les médecins souvent des initiateurs, toujours des collaborateurs dévoués.

Tous les siècles passés ne se lèveraient-ils pas, si nous le voulions, pour affirmer que c'est lui, le corps médical, presque exclusivement, qui a rempli jusqu'à cette heure, avec son cœur, la grande tâche de bienfaisance ?

Depuis quand aurions-nous pris figure d'anarchistes ? Dans ces craintes, sous ces suspicions, dans le souci habilement exposé de ménager la bourse du contribuable, de ne pas gaspiller les deniers publics, savez-vous ce qui se cache le plus souvent : je vais le dire.

J'y trouve d'abord le regret d'avoir à payer ce que nous donnions ; de ne pouvoir plus faire servir le bras séculier à nous maintenir inflexiblement sous un joug séculaire trop patiemment, trop libéralement accepté comme un devoir par nos devanciers : de voir que l'arme empoisonnée : l'*invidia medicorum*, qui n'est devenue *pessima*, — comprenez-le bien, — que parce qu'elle a trouvé des Basiles incomparables pour la manier et en tirer des effets certains, n'est plus, grâce à la solidarité, qu'une arme vaine, parfois dangereuse pour ceux qui s'en servent.

Il s'y cache aussi la rancune des chercheurs de popularité qui ne trouvent plus à nous asservir avec de grands mots, et parfois des jalousies savamment voilées, mais tenaces et perfides.

Seulement, nous sommes dans un siècle de progrès, de lumière, où les sources d'énergie, de courage se sont exaltées, ont juré de faire triompher la vérité, toute justice, si bien que, malgré les clameurs intéressées, les suspicions malsaines, que le corps médical a écoutées avec le même calme philosophique, la même pitié qu'il entend les cris de détresse physique, les syndicats se sont imposés à l'Etat, aux départements, aux communes, que les lois d'assistance et d'hygiène ont pu être appliquées et qu'elles ne sont appliquées scrupuleusement, intégralement que là où les syndicats en ont réglé l'exercice.

Suis-je injuste envers le département des Basses-Pyrénées, où n'existe encore aucun Syndicat, puisque celui de Bayonne refuse de donner signe de vie ? Vous allez en juger vous-mêmes.

Je suis un homme de bonne foi ; si je me trompe, je demande qu'on me le démontre et j'affirme que je serai toujours prêt à reconnaître mes erreurs. D'autre part, au fond de mon âme, il n'y a que l'intérêt de notre corporation ; du reste rien de malsain, j'entends aucune pensée de dénigrement, de haine, de vengeance n'a jamais cherché à y prendre place sans que je l'aie chassée dès que j'ai reconnu son vérita-

le lait cru seul pouvait remplacer l'alimentation naturelle, et il devait être substitué au lait stérilisé.

Le lait bouilli n'était pas seulement capable de déterminer la maladie de Barlow, il avait encore d'autres inconvénients : il exerçait sur l'hématopoïèse et sur la formation des os une action défavorable, qui se traduisait par des états anémiques et rachitiques ; il entravait le développement de l'enfant, amenait des affections gastro-intestinales et de l'athrepsie. Behring alla même jusqu'à considérer l'alimentation par le lait stérilisé comme un des facteurs importants de l'élévation de la mortalité infantile.

Tels furent les débuts de l'ère aseptique en matière de lait. Aujourd'hui, il est devenu possible, ainsi que l'expérience de plusieurs pays nous l'a appris, de recueillir un lait presque complètement stérile à l'aide d'une technique plus attentive, et ce lait peut être donné à l'état cru au nourrisson sans crainte de contaminations bactériennes.

Dès lors, on se pose la question suivante : Est-il donc vrai que l'avantage du lait cru soit assez sûr et assez grand pour que l'on consacre tous ses efforts à en généraliser l'usage ? (même pour les gens pauvres, puisque le prix de revient du lait stérile est plus élevé). Le médecin, peut-il espérer par ce moyen résoudre une part importante des difficultés qu'offre l'alimentation artificielle ?

Pour répondre à ces questions, il est tout d'abord nécessaire d'étudier les faits certains, capables de démontrer la supériorité du lait cru sur le lait bouilli.

Or, si l'on approfondit cette étude, on s'aperçoit avec tristesse que ce lait cru, dont les bienfaits sont proclamés partout avec emphase, ne possède à son actif, mise à part la guérison de la maladie de Barlow, aucun fait positif,qui établisse ses effets et sa supériorité sur le lait bouilli. On a donc envisagé des considérations s'étendant à la médecine, à la technique et à l'économie nationale, sans que l'on ait pensé nécessaire de leur donner pour bases des faits indiscutables, sans que l'on ait cherché à mettre en harmonie la réalité et les spéculations théoriques.

Quand on essaye de se faire une opinion personnelle sur la question, on ne trouve dans la littérature que des expériences : « in vitro », peu importantes, qui doivent démontrer si dans une digestion artificielle, il y a une différence entre le lait cru et le lait bouilli.Les résultats en sont d'ailleurs contradictoires : les uns trouvent que la digestion est plus facile avec le lait cru, d'autres avec le lait bouilli, d'autres enfin n'ont pas d'opinion ferme. On est donc forcé de conclure qu'entre ces deux espèces de fait n'existe aucune différence certaine.

Pour le médecin, une expérience de laboratoire ne peut certainement pas être concluante ; il lui faut la réaction de l'organisme vivant.

Ce sont, tout d'abord, des recherches sur les échanges nutritifs chez le nourrisson. A ce sujet, on trouve que tous les auteurs qui ont étudié la question préfèrent l'emploi du lait stérilisé, et quand des recherches comparatives ont été faites sur le lait cru et sur le lait stérilisé, il ne peut être question d'une supériorité du premier sur le second. Cela, tout au moins pour les éléments organiques. En ce qui concerne les échanges minéraux, on n'a pas encore de données suffisantes, et jusqu'à présent on ne peut admettre qu'une égalité, peut-être même une infériorité, du lait cru.

Nous en arrivons aux essais d'alimentation sur les animaux ; pour toutes les espèces animales, notamment pour les veaux,on est d'accord à reconnaître que le lait cru de la mère est très supérieur au lait maternel bouilli. Mais, c'est là une donnée qui ne peut avoir aucune utilité dans l'étude de l'alimentation artificielle chez le nourrisson ; il faudrait que, chez de jeunes animaux, fussent faits des essais d'alimentation avec du lait cru ou bouilli provenant d'une autre espèce que

---

ble caractère. Ceci bien établi, voici mon appréciation sur l'application des lois qui nous intéressent :

1° La loi de protection des enfants du premier âge et des enfants abandonnés.

2° La loi d'assistance médicale gratuite ;

3° La loi sur la santé publique.

Je vous propose un ban pour l'administration départementale. La façon dont elle a assuré le service de protection des enfants du premier âge et les soins médicaux et pharmaceutiques des enfants abandonnés, mérite à mon avis tous les éloges. Si l'application de ces lois ainsi comprises ne donnait pas les résultats espérés, on serait en droit d'invoquer notre responsabilité, car nous n'aurions pas été à la hauteur de la belle mission qui nous est confiée sans contrôle.

Je lis dans le rapport sur l'assistance médicale du 4 novembre 1899 de l'Union des Syndicats médicaux de France par le Dr Millon, de Paris : « Avant la loi de 1893, l'assistance des indigents malades était pratiquée par les médecins seuls ou à peu près seuls. »

Que vous disais-je tout à l'heure ?

« Quelques organisations particulières existaient bien, mais elles étaient peu importantes et leurs moyens d'action étaient une exception. Le législateur a désiré rendre définitif ce qui n'était que provisoire et obligatoire, ce qui n'était que facultatif ; il a voulu que,dans tout le territoire français,une organisation méthodique et surveillée vienne assurer à la partie nécessiteuse de la population la permanence des secours de l'art. »

Et plus loin :

« En réalité, la loi de 1893 n'est pas ou est très mal appliquée dans plus de la moitié des départements.(Dr Noir).

Est-elle bien ou mal appliquée dans notre département ? Pourquoi et comment ?

C'est ce que je me suis demandé et voici ce que j'ai cru comprendre, mais si je me trompe, croyez que je suis de bonne foi.

Pourquoi est-elle mal appliquée ? Vous le devinez ; pour des raisons politiques sans doute.

Comment ? C'est ce que je vais essayer de vous expliquer. Serait-il vrai que toute loi contient un droit, un devoir et souvent, sinon toujours, une tangente ? Je trouve tout cela en la loi d'Assistance.

Art. 1er. Tout Français malade, privé de ressources reçoit gratuitement de la commune, du département ou de l'Etat, suivant son domicile de secours, l'assistance médicale à domicile, ou s'il y a impossibilité de le soigner utilement à domicile, dans un établissement hospitalier.Les femmes en couches sont assimilées à des malades.

Voilà le droit.

Voici le devoir :

Art. 10. Dans chaque commune, un bureau d'assistance assure le service de l'assistance médicale.

Mais la loi a une tangente ;

Art. 55. — Les communes ou syndicats de communes qui justifient remplir d'une manière complète leur devoir d'assistance envers leurs malades peuvent être autorisées par une décision spéciale du ministre de l'intérieur, rendue après avis du conseil

la leur. Or, c'est précisément le but recherché par Brüning dans ses travaux, qui se terminent par la conclusion suivante : contrairement, à ce qui se passe, dans l'alimentation avec le lait maternel, les chèvres, les cochons de lait, les chiens, les cobayes, se développent mieux si le lait d'espèces étrangères, avec lequel on les nourrit, a été bouilli, que s'il est donné cru.

Pourquoi les conditions seraient-elles autres pour le nourrisson humain ? Ne devraient-elles pas être les mêmes pour lui que pour toutes les autres espèces de la série animale ?

Si on lit les communications faites sur les résultats obtenus avec le lait cru dans l'alimentation du nourrisson, on ne retire pas grand profit de ses recherches ; on trouve un exposé de conclusions, qui laissent l'esprit rêveur.

Certains auteurs prétendent que la stérilisation du lait prédispose à l'anémie et au rachitisme, alors que d'autres défendent l'opinion contraire. Avec raison, Marfan prétend que ces deux affections peuvent être, l'une comme l'autre, provoquées par l'alimentation artificielle, ou mieux par une alimentation artificielle défectueuse. Et Variot a démontré par un nombre considérable d'observations qu'une alimentation attentivement surveillée au lait stérilisé était tout aussi bien capable de faire disparaître le rachitisme. .

Si l'on estime d'autre part, que la stérilisation du lait entrave le développement général de l'enfant, on voit par contre, les résultats remarquables obtenus grâce à elle par les médecins dans leur pratique privée, et particulièrement par les médecins français dans leurs dispensaires.

Naturellement, il y a aussi pas mal de mauvais résultats ; cependant il est encore à démontrer qu'ils sont dus, non pas à l'alimentation artificielle, mais à la stérilisation ; en d'autres termes : il faut prouver que le lait cru permet d'obtenir des résultats incomparablement supérieurs à ceux du lait bouilli.

Or jamais on n'a apporté la preuve de cette valeur plus grande du lait cru. On a bien nourri des enfants avec du lait cru, mais, il n'existe pas d'essai d'alimentation en faveur du lait cru, qui soit complètement exempt de fautes de méthode, et par conséquent qui puisse servir de base à des conclusions positives. Nous savons suffisamment que pour améliorer l'état d'un nourrisson mal développé, il ne faut que prescrire un régime diététique général, éviter la suralimentation, régler la nourriture d'une manière rationnelle, substituer un bon lait à un lait défectueux l'enfant va mieux, même si l'on continue à stériliser le lait. C'est là, un ensemble de choses, auxquelles n'ont pas pensé les partisans du lait cru ; c'est ainsi que l'on croit à la supériorité quand un enfant, jusqu'alors nourri avec de la farine, commence à mieux se développer dès qu'on lui donne du lait cru quand cet effet n'est qu'une conséquence rationnelle de la substitution à la farine du lait, que celui-ci soit cru ou bouilli. On prend des enfants, n'importe lesquels, qui sont mal soignés chez leurs nourrisseurs ; on les fait entrer à l'hôpital en les soumettant aux règles de l'hygiène, et tout d'un coup, ils se développent dans d'excellentes conditions ; c'est encore au lait cru que l'on attribue ces heureux effets, sans penser aux conditions générales d'existence qui toutes ont été améliorées. On remplace un lait, acheté chez quelque mauvais fournisseur, soumis ainsi à toutes les souillures bactériennes possibles, puis bouilli, par le lait le plus pur et le meilleur que l'on donne cru ; une amélioration se produit, et l'on ne manque pas de l'attribuer à l'état cru.

Pour résoudre cette question si importante, il était nécessaire de faire des essais en prenant des enfants dans les mêmes conditions, et de les nourrir avec le même lait, soit bouilli, soit cru, pour pouvoir comparer les résultats obtenus de part et d'autre. C'est le travail auquel s'est consacré le Dr Finckelstein, de Berlin (*Therap. Monatshift*, octobre 1907).

---

supérieur de l'Assistance publique, à avoir une organisation spéciale.

Et il est arrivé ceci ; 1° que dans les communes où il n'y a ni legs, ni dons, ni fondations, ces communes pour échapper aux centimes additionnels, ont déclaré avoir une organisation spéciale qui consiste essentiellement à n'avoir aucun indigent ; 2° que dans les communes où il y a des legs, des dons, des fondations, les revenus de ces legs, dons et fondations couvrent seuls les frais du service d'assistance.

Ils couvrent encore, au moins chez moi, les frais de ce service, mais il se pourrait bien que cela ne dure pas longtemps, et le fait suivant dont je garantis l'authenticité prouve qu'il y a de braves gens qui songent déjà à leur donner un autre emploi.

Je reçois l'autre jour un jeune secrétaire de mairie d'une commune importante qui depuis des années paie avec le revenu d'un legs, les frais médicaux et pharmaceutiques des indigents :

— Je viens chercher l'engagement, me dit-il.

— Le voici, répondis-je. Et j'ajoutai : J'ai remarqué qu'il y a moins d'indigents sur la liste que l'an dernier.

— Il y en a encore beaucoup trop. L'année prochaine, si je suis-là, nous emploierons ces fonds à payer des retraites à des vieillards.

— Et les malades ?

— Les malades ! ils se débrouilleront, s'il y en a. « Ils se débrouilleront » cela veut dire, ils se feront soigner à l'œil

Eh bien ! moi, je propose en revanche qu'on modifie la loi comme suit :

« Art 1.— Il est expressément défendu aux indigents d'être malades ;

« Art. 2. — La peine de mort étant désormais interdite sur le territoire français, ceux qui, nonobstant cette défense, se paieront le luxe d'être malades seront remis entre les mains de M le Ministre de l'Intérieur qui en décidera souverainement.

« Art. 3. — Quant aux revenus des legs, dons et fondations, le maire devra leur donner l'emploi conseillé par feu Paul-Louis Courier à M. le duc Decazes pour certains fonds du ministère des affaires étrangères, c'est-à-dire les utiliser à jouer au biribi ou mieux à entretenir les danseuses de l'Opéra. »

Etonnez-vous après cela qu'il n'y ait plus d'ouvriers agricoles dans nos campagnes...

La loi du 15 février 1902 sur la protection de la santé publique est une des plus importantes des lois sociales de la 3e république. Pourquoi l'opinion publique reste-t-elle à son égard sceptique, étonnée, ou frondeuse ? Pourquoi n'est-elle appliquée nulle part dans son intégralité ? Pourquoi ne le sera-t-elle peut-être jamais ? C'est, à mon avis, qu'elle impose un idéal ; que celui-ci comme tout idéal, plane trop au-dessus des contingences humaines et des possibilités terrestres ; c'est aussi qu'il s'agit d'un idéal médical, et nous devons avouer que dans cet ordre d'idées nous sommes loin de posséder la vérité tout entière.

Examinons les 5 chapitres de cette loi qui touchent plus particulièrement le médecin, ce sont :

1° Les règlements sanitaires communaux ;

2° La déclaration des maladies épidémiques ;

Moro avait déjà démontré que le lait de femme bouilli était bien inférieur au lait de femme cru ; Finckelstein confirma les effets meilleurs du second sur le développement des nourrissons. Ainsi, avec le lait de même espèce, l'enfant humain se comporte comme le veau et les autres animaux ; il est donc exact que le lait maternel perd par l'ébullition une partie de ses propriétés précieuses.

Passons aux essais d'alimentation faits avec du lait de vache cru ou cuit. Finckelstein divisa ses sujets en trois groupes :

Premier groupe : Enfants bien portants, ayant un poids normal, âgés au plus de huit semaines.

Un certain nombre d'entre eux furent nourris soit au lait cru, soit au lait bouilli ; mais le lait était le même, et subissait des dilutions identiques, qu'il soit stérilisé ou non :

Résultats bons, : lait cru, 34,4 — des cas ; lait bouilli, 52,6 % .

Résultats moyens, sans troubles : lait cru, 24,1 % : lait bouilli, 1,05 %.

Résultats mauvais, : lait cru, 41,5 % ; lait bouilli, 37 % ;

Douze enfants furent nourris par période, soit au lait cru, soit au lait bouilli ; voici l'augmentation quotidienne de poids :

Lait cru et bouilli, également de bonne qualité : lait cru, + 16,3 gram. ; lait bouilli, + 14,7 gram.

Lait cru et bouilli, également de mauvaise qualité, lait cru, 5,1 gram. ; lait bouilli, — 11,0 gram.

Lait cru meilleur que lait bouilli, lait cru, + 13,5 gram. ; lait bouilli, — 10 gram.

Lait bouilli meilleur que lait cru : lait cru, + 3,5 gram. : lait bouilli, + 15,5 gram.

Deuxième groupe. — Enfants athrepsiques ; ils furent nourri par périodes avec du lait cru ou du lait bouilli :

Augmentation quotidienne de poids :

Lait cru et bouilli également de bonne qualité : lait cru, + 20 gram. ; lait bouilli, + 16 gram.

Lait cru et bouilli également de mauvaise qualité : lait cru + 5 gram. ; lait bouilli,— 1 gram.

Troisième groupe. — Affections aiguës, locales ou générales, troubles aigus de la nutrition :

Ils guérirent et se développèrent mieux dans la proportion de : lait cru, 60 % ; lait bouilli, 68,8 %.

Ils ne guérirent pas dans la proportion de : lait cru, 40 % ; lait bouilli, 31,2 %.

De toutes ces expériences, il résulte, dit l'auteur, qu'il est impossible de trouver une différence certaine et marquée entre les effets de l'alimentation par le lait cru et ceux de l'alimentation par le lait stérilisé. Ni l'un ni l'autre ne produisent de changements appréciables chez les bien portants et chez les malades. Peut-être cependant pourrait-on établir, si la chose était nécessaire, une légère infériorité du lait cru ? (Trois cas d'anémie avec splénomégalie furent traités, trois mois durant, au lait cru sans résultats ; ils guérirent plus tard sous l'influence du lait stérilisé).

Quoi qu'il en soit, ces expériences, qui, pour chaque sujet ont occupé une durée de 22 à 38 jours, ne seraient pas suffisamment prolongées pour permettre d'arriver à des conclusions certaines, en admettant qu'un résultat net se soit dessiné en faveur de l'une ou de l'autre méthode. Elles doivent être reprises, et doivent comprendre un grand nombre d'enfants, qui, dès leur naissance seront élevés soit au lait cru, soit au lait bouilli. Un travail de ce genre aurait été fait à Stockolm mais les résultats n'en n'ont pas été publiés sous une forme claire ; il semblerait cependant qu'en trois années aucune différence ne soit nettement apparue entre les deux méthodes d'alimentation.

Le seul argument sérieux contre la stérilisation serait donc, en fin de compte, la maladie de Barlow. Mais la pathogénie de cette affection n'est pas encore déterminée ; dans certains pays elle ne s'observe jamais malgré la stérilisation du lait ; dans d'autres, elle règne, mais subit d'énormes

---

3° La vaccination et la revaccination obligatoires :

4° La désinfection ;

5° Les épidémies ;

On a présenté des règlements sanitaires communaux complexes et chimériques aux municipalités qui n'y ont rien compris. Le soleil, heureusement pour nous, continuera encore longtemps son rôle bienfaisant.

On a laissé subsister, au moins dans ce département, les commissaires vaccinateurs avec une rémunération insuffisante et la faculté au lieu de l'obligation.

Vous avez tous reçu des carnets à l'usage de la déclaration des maladies épidémiques.

Voulez-vous me permettre de m'étendre un peu sur cette partie de la loi ?

La question en vaut la peine, car elle a soulevé des tempêtes et fait couler des flots d'encre.

Vous vous êtes certainement demandé, comme je l'ai fait moi-même, pourquoi il y a des déclarations obligatoires et des déclarations facultatives.

La loi Chevandier, du 3 novembre 1892, et la loi du 15 février 1902 parlent, en effet, de la déclaration obligatoire pour un certain nombre de maladies et ne prévoient pas qu'il y ait des déclarations facultatives.

Eh bien ! nous devons cette division quiest aussi une addition comme je viens de le dire, au Comité consultatif d'hygiène publique de France qui l'a proposée et à l'Académie de médecine qui l'a approuvée.

De par leur volonté, consacrée par un décret, du 10 février 1903, nous avons une liste de maladies pour lesquelles la déclaration et la désinfection sont obligatoires et une liste de maladies pour lesquelles la déclaration est facultative; il n'est pas question pour celles-ci de désinfection.

Facultative : qu'est-ce à dire ?

La France est un pays de bon sens et de clarté ; c'est par contraste, sans doute, que nous nous plaisons aux devinettes et aux rébus.

Grâce au *Concours médical* qui sait tout, je vais être pour vous l'œdipe de cette énigme.

Déclaration facultative ? Vous vous imaginez sans doute que cela veut dire que vous avez la faculté de déclarer ou de ne pas déclarer. Erreur ! En déclarant, vous tomberiez sous le coup de la loi, car vous violeriez le secret professionnel. La déclaration n'est facultative pour nous que si le client nous délie du secret professionnel et nous autorise à déclarer.

Voici le texte du rapport du Dr Josias présentant à l'Académie de médecine le projet de décret prévu par les articles 4 et 5 de la loi sur la santé publique :

Art. 5. La déclaration est facultative pour les maladies ci-après énumérées.

Elle est faite dans les mêmes conditions et sous la même forme que pour les maladies visées à l'art. 1er. Il est bien entendu que le médecin, ne se trouvant pas, pour ces maladies, dégagé par la loi, du secret professionnel, la déclaration ne sera facultative pour lui qu'autant qu'il se sera mis d'accord avec la famille.

Dans ce même rapport, vous trouverez les raisons qui ont conduit l'Académie de médecine à adopter cette division des maladies transmissibles à caractère contagieux en deux groupes au point de vue de la déclaration.

Elles se résument dans ce fait qu'elle n'a pas osé

variations dans sa fréquence, quoique l'ébullition soit pratiquée régulièrement de la même façon. D'une façon générale on peut dire que la maladie de Barlow n'apparaît que dans l'alimentation au lait stérilisé,mais non pas que cette alimentation en constitue la cause unique.

En réalité, le lait cru, recommandé avec enthousiasme par tant de médecins, ne présente aucun avantage sur le lait stérilisé ; il ne peut faire espérer aucune diminution de la mortalité infantile, si on généralise son emploi.

Dr Georges.

PHYSIOTHÉRAPIE

L'emploi combiné des traitements physiques dans les séquelles des affections inflammatoires aiguës des parties molles des membres et de leurs articulations (1),

Par le Dr Durey.

Les séquelles des affections inflammatoires aiguës des parties molles des membres et de leurs articulations, à savoir : indurations suites d'abcès chauds ; fistules causées par une masse ganglionnaire enflammée ; contractures musculaires ; exfoliations tendineuses et symphyses vagino-tendineuses ; œdèmes persistants ; arthralgies ; raideurs articulaires ; algies ; troubles trophiques, sont en général des affections complexes dans leurs causes, elles intéressent des tissus et des organes dissemblables.

Si le massage,à cause de l'infime variété de ses applications,peut rendre service dans la plupart de ces cas, il est le plus souvent nécessaire de lui adjoindre d'autres agents physiques.

(1) Communication au Congrès de Physiothérapie de Rome.

Dans les recherches cliniques que j'ai entreprises sous la direction du professeur Tuffier sur cette question, je me suis attaché à n'employer que des agents physiques d'application facile et d'instrumentation peu compliquée, l'usage du massage, de l'air chaud, de l'hyperhémie par stase, de l'hyperhémie par aspiration, L'ionisation, m'a fourni une gamme d'action suffisamment riche pour s'appliquer à tous les cas que j'ai énumérés plus haut, le massage restant dans tous les cas la base du traitement. Sous la rubrique massage, je comprends aussi les mouvements de gymnastique active.

D'ailleurs toutes les combinaisons de ces agents peuvent, au point de vue des résultats, se grouper en trois types de traitement, suivant celle de leurs actions qui doit être prédominante, ce sont :

Un traitement à action analgésiante ;
Un traitement à action sclérotique ;
Un traitement à action trophique.

Comme chacun de ces résultats peut être obtenu par des agents différents et qu'il y a intérêt, suivant l'affection considérée, à employer dans le même but, tel ou tel de ces moyens, je me suis efforcé de déterminer les indications cliniques précises de chacune de ces associations thérapeutiques, et en même temps les modifications que doivent subir les applications de ces agents du fait de leur combinaison l'un avec l'autre.

Voici sommairement les résultats de ma pratique.

1° Parmi les affections douloureuses :

α) Les raideurs articulaires douloureuses d'origine inflammatoire à *douleur diffusée dans tout l'article* seront traitées par l'hyperhémie veineuse par ligature, suivie du massage des régions juxta-articulaires et de la mobilisation précoce de l'article.

β) Les douleurs articulaires (reliquats d'arthrite aiguë) à douleur *assez étroitement localisée*, par l'ionisation de l'ion salicylique, puis après dispa-

---

inscrire la tuberculose dans la liste des maladies à déclaration obligatoire.

Je cite le rapport Josias ;

« Nous savons tous que la tuberculose ouverte est un danger continuel, un péril social. Et cependant nous n'osons pas inscrire cette maladie dans l'art. 4 ; pourquoi ? »

Et plus loin :

« Nous arrivons à cette conclusion qu'en présence des difficultés pratiques et des conditions morales désastreuses qu'elle créerait, la déclaration de tuberculose, ne peut pas être obligatoire à l'heure actuelle. »

Mais.,

« Si les mesures radicales sont impossibles, il est permis de souscrire à des mesures de transition qui améliorent l'état actuel et préparent les réformes de l'avenir. »

La faculté est donc un acheminement vers l'obligation. Et maintenant faut-il déclarer ? Devons-nous obéir à la loi qui nous oblige à violer ce secret professionnel que toutes les générations médicales qui nous ont précédés avaient inscrit dans leur concience comme un dogme absolu et intangible dans toutes les matières touchant à leur vie professionnelle?

La question a été discutée et l'est encore et je la porte devant vous. On a dit : « La loi est la loi : tout bon citoyen doit lui obéir ». (Monod).

Distinguons. Je consens en principe que la conscience n'est pas une Rome intangible placée au-dessus ou à côté des lois.

Mais quel est le médecin qui, appelé auprès d'un blessé, au cours d'une guerre civile, je ne dis pas obéirait, mais oserait obéir à la loi qui lui enjoindrait de lui dénoncer ce malheureux, de le livrer au bras séculier. Il y a donc quelque chose au-dessus des lois et notre conscience domine parfois la loi de toute la hauteur du droit méconnu ou violé.

Si le devoir est ainsi diversement compris, interrogeons les faits qui sont l'expression brutale de la vérité.

Eh bien ! les faits ne témoignent guère en faveur de la déclaration. Et d'abord notre diagnostic est souvent hésitant, incertain et troublé. J'ai eu tout récemment une enfant atteinte de troubles graves où dominaient les trois phénomènes suivants : hyperthermie, délire et convulsions,quand elle a été guérie,après 40 jours d'angoisses, l'ami Féré, qui est un grand clinicien et un grand cœur et qui était accouru dès la première heure, m'a demandé: « Somme toute qu'est-ce qu'elle a eu? » Et je lui répondis ! « J'attendais que tu me l'apprisses ». Notre savant et distingué confrère M. Meunier aurait pu nous le dire, mais il n'était pas là.

Et que d'ennuis la déclaration entraîne pour le praticien ! Notre diagnostic porté, notre déclaration faite, il n'est pas rare de trouver un bon confrère pour contredire ce diagnostic, pour mettre rougeole où nous avons mis scarlatine, et vice-versa, voir de l'angine quelconque ou nous redoutions la diphtérie, d'où comme résultat matériel, attendu peut être par le confrère, froissement et peut être abandon du client.

J'étais appelé récemment à observer, dans une maison séparée de l'école communale par la largeur d'un chemin public,un cas de scarlatine importée

rition de la douleur, par le massage des muscles adjacents.

γ) Les douleurs irradiant *hors de l'articulation* ou revêtant un *type névralgique*, par l'air surchauffé, 111°-120°, le pétrissage lent des parties profondes et le massage des éléments nerveux de la région.

2° Dans les affections nécessitant un traitement sclérotique :

α) Les *œdèmes durs peu étendus*, les *symphyses vagino-tendineuses*, suite d'un traumatisme ou d'une inflammation de voisinage par l'ionisation de l'ion chlore ou de l'ion soude, suivie d'un massage très complet, très profond, de l'articulation et d'une mobilisation énergique.

β) Les *œdèmes durs peu étendues*, les *symphises vagino-tendineuses*, les *cicatrices vicieuses adhérentes aux plans profonds* avec l'hyperhémie par aspiration poussée assez loin, associée au pétrissage minutieux des lésions et à la mobilisation des différents plans atteints.

γ) Les *œdèmes chroniques étendus*, les *cicatrices vicieuses superficielles*, au moyen de l'air chaud appliqué en douche avant une séance de massage comprenant les différentes manœuvres classiques moins celles de percussion.

3° Un dernier groupe d'affections, comprenant les *plaies atones*, les *troubles trophiques*, les *atrophies musculaires*, sera traité par l'air chaud appliqué avec modération (comme température 90° et comme durée 1/4 d'heure) suivi d'un massage de tout le membre avec prédominance des manœuvres vibratoires pour les troubles atrophiques. On remplacera ces dernières par des mouvements actifs avec résistance graduée dans le cas d'atrophie musculaire

N. D. L. R. — Il est hors de doute que les praticiens peuvent avoir souvent intérêt à se servir des agents physiques, du moins de ceux dont l'application est aussi simple qu'efficace dans les traumatismes du travail, parce que dans l'intérêt de toutes les parties en cause, il faut autant que possible associer le « tuto » au « cito », le « jucunde » vient ensuite tout naturellement.

THÉRAPEUTIQUE

Comment il faut traiter les localisations pulmonaires de la grippe.

Il n'y a pas de traitement antigrippal, il n'y a que des médications spéciales aux diverses formes cliniques de la grippe. Évidemment, la quinine ou l'opium sont utiles dans presque tous les cas, surtout au début, quand la fièvre est intense et la courbature pénible.

Un principe fondamental domine la pathogénie des localisations grippales. C'est l'état antérieur du malade. L'infection, presque toujours bénigne chez les sujets vigoureux, indemnes de toute tare, devient souvent fort grave chez ceux qui déjà, autrefois, ont présenté des troubles pulmonaires ou intestinaux. Le pronostic s'aggrave encore si le malade est un débile, un asthénique, car son système nerveux sera vite épuisé. De plus, il est peu d'affections qui soient aussi traînantes que la grippe. Les bronches et le parenchyme pulmonaire auront-ils souffert de l'affection ? Vous assisterez longtemps encore à des recrudescences de toux, à des retours de bronchites, et si, plus tard, le malade est à nouveau grippé, alors que ses séquelles inflammatoires ne sont pas tout à fait résorbées, c'est la bronchopneumonie qui est à craindre avec ses conséquences rapidement mortelles.

Car de toutes les localisations grippales ce sont celles du poumon qui doivent tout d'abord retenir notre attention, et quand le praticien aura abattu la fièvre par la quinine, calmé la toux par l'opium, facilité l'expectoration par les balsamiques, aura-t-il véritablement accompli toute sa

---

naturellement d'un établissement de l'Etat. Nous étions à deux jours près des vacances. D'accord avec l'instituteur, je ferme l'école ; nous ne faisions qu'avancer les vacances de deux jours. Un confrère voisin trouva que la scarlatine n'existait que dans mon imagination. A la rentrée, l'inspecteur, dans une conférence pria l'instituteur de ne pas recommencer la plaisanterie d'avant les vacances, Et c'est l'épidémie qui a recommencé, encore contestée, du reste. Et les parents des enfants soumis à 40 jours d'isolement m'en gardent peut-être rancune.

Le *Concours médical* du 29 juillet 1906 apprécie ainsi le règlement d'administration publique sur la désinfection obligatoire :

« Si longue qu'ait été la gestation, elle n'a pas suffi à écarter les mille et mille niches à conflits que nous apercevions dès 1902 comme à peu près inévitables. Nulle part on n'y voit signalée l'intervention du médecin traitant dans les opérations à prescrire c'est étrange ; car, en pratique, tout le monde, depuis le maire et ses agents jusqu'au malade, à la famille, se voudra couvrir de ses indications et le tiendra sans cesse entre l'arbre et l'écorce. Il y aura encore de beaux jours pour les petites tyrannies municipales derrière l'interprétation arbitraire que prévoient les articles 17, 18, 19. Et que de sous-entendus à signaler comme prétexte de chicane ! La jurisprudence ne va pas manquer d'ouvrage.... si on applique tout cela. »

Pourra-t on appliquer tout cela ?

Et d'abord l'a-t-on appliqué dans le département ?

Je lis dans un journal local: 9 avril 1907 :

Monsieur Abadie Tourné présente son rapport sur l'importante question de la désinfection obligatoire départementale en exécution de la loi du 15 février 1902 et par application de l'article 4 du décret du 10 juillet 1906.

M. Ferré combat le premier les conclusions de la commission et du rapporteur et critique le principe même de la loi. Il déclare que son application causera une véritable gêne aux populations qui ne seront d'ailleurs pas suffisamment protégées par des agents de désinfection trop souvent inexpérimentés ; il critique également la liste des maladies à déclarer et prétend que la désinfection de ces maladies, dont les germes sont parfois inconnus, ne sera pas effectuée ; il fait enfin remarquer que bien des dépenses n'ont pas été prévues par la commission et que les frais nécessités par l'application de la loi seront très élevés.

M. Reclus s'associe aux critiques de M. Ferré et craint lui aussi que, dans certains cas les agents *desinfecteurs mal instruits* ne deviennent des agents d'infection.

M. Abadie Tourné fait remarquer l'inanité de ces critiques qui s'adressent au principe d'une loi impérative.

M. Becq, préfet, développant la même idée, déclare qu'il y a pour le conseil une obligation légale et une obligation morale de voter le projet. Nonobstant, malgré son caractère impératif, le conseil général a renvoyé à l'année prochaine l'application de la loi.

Doit-elle, pourra-t-elle être appliquée ?

J'estime que oui.

La loi, en somme, indique et fixe un idéal.

tâche ? Nous ne le pensons pas. Il se sera produit une amélioration symptomatique, mais le bacille et ses toxines n'auront pas été touchés, ils continueront à produire des zones congestives, et s'il faut attendre que le temps ait atténué leur virulence, on laisse s'installer une chronicité rebelle, et on abandonne au hasard les malades. Est-ce là le rôle du médecin ?

Et cependant quand on a l'expérience des médications antigrippales, on arrive à reconnaître qu'il est vraiment facile d'instituer un traitement *curatif*. L'action antiseptique pulmonaire indispensable, l'action béchique, anti catarrhale, et reconstituante existent à la fois dans un même remède : le Thiocol Roche. Les comprimés de Thiocol Roche et le Sirop Roche sont l'un des rares médicaments qui soient sans action nuisible sur l'estomac et l'intestin. Ils produisent même, en peu de temps, un retour manifeste de l'appétit. Ce fait a été constaté maintes fois par les auteurs et par nous-mêmes, dans la tuberculose, où les voies digestives sont généralement atteintes. De plus, par le gaïacol qu'ils renferment, gaïacol sulfuré, et par conséquent non toxique et non caustique, les remèdes sont pour les poumons et les bronches de puissants antiseptiques. Ils peuvent, et dans la grippe, ils doivent être donnés à doses suffisamment élevées (6 à 8 comprimés par jour, 3 à 4 cuillerées à soupe de sirop Roche), pour imprégner nettement de leur principe actif, le parenchyme pulmonaire et les ganglions lymphatiques.

Ils détruisent alors le bacille de Pfeiffer luimême, et surtout *ses adjuvances bactériennes*, et comme en même temps, ils activent — le fait a été plusieurs fois démontré — les défenses organiques locales, il en résulte que la toux se calme, l'expectoration diminue, la fièvre tombe et les complications ne sont plus à craindre.

Comme les années précédentes nous avons donc utilisé cette médication dans les cas de grippe pulmonaire, survenus dans notre clientèle, et maintenant que nous avons de très nombreuses observations favorables, nous pouvons attirer sur elle l'attention des praticiens. Nous devons reconnaître aux comprimés de Thiocol et au Sirop Roche deux actions distinctes, en apparence, mais qui se confondent en clinique. Un pouvoir directement curatif pour les infections pulmonaires grippales, un pouvoir préventif de ces affections quand le traitement a pu être institué de bonne heure, dès les premiers accès de toux.

Dans le premier cas, en effet, qu'il s'agisse de trachéite, de bronchite aiguë, de congestion pulmonaire (fluxion de poitrine) nous constatons en quelques jours, une fluidification des crachats, et une diminution de la toux. Au bout d'une semaine l'expectoration est à peine sensible et les râles muqueux s'éloignent. C'est une régression très nette de tous les phénomènes congestifs, et quelques jours après les malades entrent en convalescence.

Fait intéressant à signaler : un bon état digestif persiste dans le cours du traitement, les malades voudraient se nourrir comme d'habitude, et bien souvent, nous les avons laissé faire sans inconvénient. L'état général, au début affaibli, se relève bientôt, et nous n'observons plus ces longues convalescences dont la neurasthénie est parfois l'aboutissant.

Mais ce qu'il faut en outre signaler, c'est la rareté excessive des complications broncho-pulmonaires. Les associations microbiennes ne peuvent évoluer quand le malade absorbe un nombre suffisant de comprimés, et le streptocoque lui-même se développe mal. Mais il ne faut pas craindre, dans les cas menaçants, d'ordonner 8 comprimés et même 10, pendant 2 ou 3 jours. C'est pour avoir, au début de notre expérimentation, laissé deux vieillards atteints de bronchite grippale intense, à la dose journalière de 4 à 5 comprimés, que nous n'avons pu éviter l'apparition d'une bronchite capillaire mortelle. Avec cette

---

Cet idéal, il est réalisable, il doit être réalisé entièrement, rigoureusement à Pau, la ville des étrangers, la station climatérique si fréquentée, qui a un intérêt capital, pour attirer et retenir sa riche clientèle à réaliser le maximum d'hygiène et de prophylaxie.

Mais son application présentera des difficultés dans nos campagnes où elle rencontrera d'une façon générale des personnes hostiles ou indifférentes ; les particuliers, dont la loi grèvera plus ou moins la bourse ; le médecin, dont les intérêts pourront être gravement lésés par la mauvaise foi d'un confrère, la rancune d'un client, et qui se trouve troublé dans sa conscience par une loi qui après lui avoir imposé un devoir plein de dangers et d'ennuis, le met à l'écart dans les mesures qui en sont la sanction et cela d'autant plus injustement que lorsque ces mesures paraîtront vexatoires, — et il est fort probable qu'avec le système employé elles le deviendront souvent, c'est lui, le médecin, qui en aura toute la responsabilité.

Mais il y a une tangente à la loi, c'est l'art. 17 ainsi conçu.

« Sauf le cas d'urgence constatée par un arrêté, du maire ou, à son défaut, par un arrêté du préfet les personnes énumérées à l'art, 12 du présent décret ou les héritiers peuvent exécuter par leurs soins la désinfection à la condition... »

Et voilà pourquoi on pourra échapper au personnel nombreux et aux procédés coûteux de l'administration, pourquoi celle-ci devra se contenter de moyens plus simples et tout aussi efficaces du reste.

Voilà aussi ce qui explique sans doute que l'application de cette loi ait eu pour adversaires nos si estimés confrères, les D[rs] Ferré, et Reclus, si attachés pourtant à tout ce qui intéresse la santé publique.

Voilà pourquoi, si le médecin s'abstient de déclarer il se pourrait que la loi, dans les campagnes, aille rejoindre les vieilles lunes.

Mais l'article 18 permet à l'Etat de sévir contre ceux qui résisteront.

L'article 18 est ainsi conçu : S'il résulte *des constatations faites par les agents* que les engagements pris en vertu des articles 14 et 17 du présent décret n'ont pas été tenus ou que la désinfection a été opérée par les particuliers ou par leurs soins d'une façon insuffisante, *le maire* prescrit immédiatement l'exécution par le service public des mesures indispensables.

Ceci vous explique, Messieurs, cette appréciation du *Concours* que je viens de citer : « Il y aura encore de beaux jours pour les petites tyrannies municipales. Service des épidémies. »

Heureux les peuples qui n'ont pas d'histoire : N'en faisons pas au service des épidémies dont j'apprécie fort les intentions honnêtes.

Sur le conflit médico-mutualiste, je serai bref et je n'envisagerai pas les cas particuliers sur lesquels j'aurais cependant beaucoup à dire.

C'est au désintéressement du corps médical, disons-le mot, à sa charité, que les mutualistes doivent en grande partie leur fortune, qui est considérable, comme vous le savez. Cela ne pouvait durer. Faire la charité aux riches, est un geste don quichottique, indigne de celui qui le reçoit et qui témoigne chez

dose en effet, l'imprégnation antiseptique est insuffisante pour atténuer la virulence des germes que des conditions organiques favorables ont rendus très infectieux.

En proportionnant la dose à prendre du remède à l'intensité des symptômes, il nous semble toujours possible de maîtriser l'infection ; et c'est aussi par ce moyen que l'on débarrasse entièrement l'appareil respiratoire de toutes traces congestives, et que l'on guérit entièrement une bronchite ou une congestion pulmonaire d'origine grippale. N'oublions pas ce point fort important : les comprimés de Thiocol et le Sirop Roche n'ayant aucune toxicité, doivent selon les cas être utilisés sans crainte, à haute dose.

Mais le triomphe de la médication thiocolée sur la grippe, s'observe surtout quand on l'utilise au début : alors elle a des réels effets prophylactiques. Si dès le 1er ou 2e jour, quand le malade est courbaturé, fébrile, sans appétit, qu'il a du coryza, de l'angine et quelques accès de toux sans expectoration, vous lui faites prendre par 24 heures 6 comprimés de Thiocol ou 3 cuillerées à soupe de sirop Roche, il est presque de règle que les phénomènes infectieux ne s'étendent pas, et qu'il ne se produise pas de bronchite véritable avec râles muqueux et expectoration. La congestion pulmonaire n'évolue pas davantage et la grippe disparaît sans laisser de trace au bout de 6 à 8 jours. Cette action préventive est tout à fait remarquable en clinique infantile, et il faut donner une cuillerée à café de sirop Roche au Thiocol par année d'âge.

Il n'existe pas à notre avis une autre médicament ayant sur l'évolution grippale d'aussi énergiques effets.

C'est donc par une inconcevable habitude, en vérité routinière, que beaucoup de médecins continuent encore à traiter les localisations pulmonaires de la grippe par des méthodes palliatives toujours les mêmes et dont les résultats sont très approximatifs.

A maladie infectieuse et asthéniante doit correspondre un traitement antiseptique et reconstituant ; or le Thiocol est aussi un dynamogénique. Il ne s'agit pas en effet, de diminuer la toux et l'expectoration en jugulant le réflexe tussigène, en obturant les orifices excréteurs glandulaires, il faut atteindre la cause même de ces symptômes et cette cause est représentée par l'agent infectieux spécifique avec ses adjuvances secondaires. Et c'est pourquoi, notre expérience nous autorise à préconiser dans la grippe pulmonaire le traitement thiocolé régulier et méthodique.

Nous avons aussi employé cette médication dans plusieurs cas de grippe gastro-intestinale. La question est assez intéressante pour que nous en fassions l'objet d'une prochaine communication aux praticiens du *Concours Médical*.

Dr Abel MORLY.

LA RÉFORME DES ÉTUDES MÉDICALES

Le dentiste doit être docteur en médecine

La revision de la loi médicale de 1892 qui a créé le diplôme spécial de chirurgien-dentiste, fera certainement l'objet des délibérations de la Commission des réformes médicales.

Une solution s'impose : l'obligation pure et simple du doctorat en médecine pour l'exercice de l'art dentaire, de la *stomatologie*. La question de l'*enseignement spécial* doit être subordonnée à cette réforme primordiale.

Les dentistes doivent être médecins, c'est-à-dire docteurs en médecine pour les raisons suivantes brièvement résumées :

1° La création du diplôme spécial de chirurgien dentiste en 1892 fut toujours considérée comme provisoire, même au moment du vote de la loi. Il suffit, pour s'en rendre compte, de se reporter

---

celui qui le fait plus d'orgueil ou d'ambition que de bon sens et de raison.

Sans doute, les besoins des mutualistes sont considérables mais se mettre à la diète, se serrer le ventre pour donner du superflu aux autres, est stupide et grotesque. Or tout don de nous est actuellement du superflu pour les mutualités !

Mais on ne se passe jamais d'un privilège sans débat, sans lutte. La lutte à ce sujet a donc été vive, d'autant plus vive qu'une partie du corps médical encore férue de sentiments chevaleresques, hantée des grands mots : philanthrophie, dévouement, altruisme, seulement compréhensibles aux âges héroïques, ou bourrée d'ambitions jamais lassées, avait pris parti pour les mutualités.

Elle n'a été vive peut-être que parce qu'il y a des exagérés dans tous les partis et sur toutes les questions.

Tout, — disait l'un. — Rien, répondait l'autre.

La vérité et la justice ont triomphé qui tiennent en ces deux principes ;

1° Tout travail mérite salaire ;

2° Le salaire doit être en rapport avec le travail du salarié et la fortune de l'employeur.

Et pour que la vérité et la justice ne puissent plus être obscurcies, oblitérées, il a été décidé, le 23 novembre dernier, dans un accord intervenu entre les représentants des sociétés de secours mutuels et ceux du corps médical :

1° Qu'il ne sera rien changé à l'organisation des secours médicaux et pharmaceutiques tels qu'ils existent ;

2° Qu'il y aurait lieu à arbitrage toutes les fois qu'il y aurait conflit ;

3° Qu'il sera créé dans chaque département un conseil d'arbitrage pour juger des différends.

N'oublions pas que c'est à M. Loubet, qui présidait la commission mixte médico-mutualiste et à son intervention personnelle comme président du conseil des ministres, que les syndicats doivent leur existence légale. Je salue respectueusement cet homme de bien. Si, grâce à des concessions réciproques, le conflit médico-mutualiste a pu être apaisé, c'est que notre générosité à l'égard des mutualités a toutes sortes de bonnes raisons de leur rester ouverte et que leur cause a le droit d'émouvoir dans une large mesure notre sentimentalité toujours béante pour le bien.

Mais la lutte continue ardente, inflexible, avec les sociétés anonymes qui ne désarment pas et espèrent toujours triompher du droit qu'à l'ouvrier blessé de choisir son médecin.

Ainsi je lis encore dans un grand quotidien, à la date d'hier et sous la signature d'un député :

« Les abus que j'ai cités continuent à se produire. Les médecins marrons qui exploitent les accidents du travail n'ont pas cessé d'exercer leur métier lucratif, et tel syndicat de garantie enregistre pour les huit années d'application de la loi une progression de frais médicaux de 25 % . Il existe des agences de racolage et la profession est si bonne que quelques médecins et pharmaciens vont jusqu'à offrir des primes, soit en argent, soit en nature, aux ouvriers qui acceptent de se faire soigner par eux. Ils se rattrapent largement sur la note des frais. »

aux discussions de la Chambre et aux discours du Commissaire du Gouvernement, M. le Dr Brouardel, doyen de la Faculté de médecine. On fut généralement d'accord qu'il était absolument désirable que les dentistes fussent médecins, le nombre insuffisant de ceux qui exerçaient la spécialité (40 ou 50) fut seul invoqué pour justifier le titre spécial et inférieur de chirurgien-dentiste ;

2° Or, à l'heure actuelle, près de 600 docteurs en médecine (dont liste nominative peut être établie) exercent l'art dentaire en France, tant à Paris qu'en province. Chaque jour ce nombre s'accroît et il augmenterait dans des proportions inattendues le jour où l'obligation du doctorat serait un fait accompli. De 50 par année (chiffre actuel), il passerait rapidement à 100, 150 et même 200, c'est-à-dire que, du même coup l'encombrement médical, d'abord, et l'encombrement dentaire, devenu intolérable, seraient supprimés ou atténués dans une large mesure ;

3° La réforme est demandée, presque exigée par l'opinion médicale, par un grand *nombre de chirurgiens-dentistes* et des plus qualifiés, par l'immense majorité des stomatologistes (Société de Stomatologie, Société Médicale des Dentistes des Hôpitaux). Le bon sens l'impose ;

4° On est médecin ou on ne l'est pas. La médecine est un tout qui ne se scinde pas. On ne peut connaître isolément l'anatomie ou la pathologie d'une région ou d'un organe sans avoir des connaissances suffisantes en médecine générale. Or, il n'y a qu'un titre, en France, qui assure ces connaissances synthétiques du médecin, c'est le titre de docteur en médecine. Tout titre inférieur constitue un danger pour la sécurité publique. C'est pour cela qu'on a supprimé les officiers de santé ;

5° Les dentistes font des opérations de toute espèce ; emploient les mêmes anesthésiques, les mêmes médicaments et toxiques que les chirurgiens et les médecins. Leurs moyens et leurs méthodes sont semblables. Leurs clients courent les mêmes risques des mêmes accidents (hémorrhagies syncopes, etc.), demandant les mêmes secours et la même thérapeutique. Tout cela est l'évidence même. Les dentistes, aujourd'hui, sont donc des médecins et des chirurgiens ;

6° Un diplôme spécial, c'est-à-dire inférieur, pour les dentistes, est dangereux et illogique. Illogique, car limitatif quant aux connaissances exigées, il ne l'est pas, il ne peut l'être quant aux opérations ou interventions thérapeutiques ; dangereux, parce qu'en laissant croire au public que l'art dentaire est inférieur, il persuade faussement que les soins de la bouche et des dents ne sont pas aussi importants que ceux des autres régions ou organes. Il est de plus immoral, car il ne donne que des garanties fausses et illusoires ; il trompe le public qui n'a pas affaire au médecin qu'il demande ;

7° Il est une dangereuse erreur de croire qu'un dentiste est complet parce qu'il fera une opération technique (aurification, appareil) suffisante, C'est prendre la partie pour le tout, l'apparence pour la réalité ; la simple habileté manuelle pour le savoir nécessaire et les connaissances médicales ;

8° Seule, l'obligation du doctorat en médecine pour les dentistes rétablira l'unité si indispensable dans la profession, mettra fin à toutes les discussions stériles, amènera l'*enseignement rationnel de la spécialité*, assurera à toutes les classes la même qualité de soins et les mêmes garanties, c'est-à-dire la véritable égalité ;

9° Sur tous ces points, qui demanderaient de larges développements, la Société de Stomatologie, par ses délégués, est prête à donner à la *Commission des réformes médicales*, si elle le juge utile, les explications nécessaires et à présenter des documents.

Dr Cruet.

Il faut des faits, n'est-ce pas, à l'appui de telles affirmations. Les accusations les plus étonnantes n'émeuvent plus personne, et pour ne parler que des députés, nous pourrions ramasser à la pelle celles qui couraient à leur encontre bien longtemps avant l'affaire du Panama.

On a mieux qu'un fait, on a un jugement. « Il s'agit d'un jugement, je cite encore, du tribunal de paix de Cette, je répète du *tribunal de paix* de Cette, relatif à un relevé de pharmacie pour un simple effort dorsolombaire ayant occasionné au blessé une vingtaine de jours d'incapacité de travail, durant lesquels, son médecin lui prescrivit pour 219 fr. 75 de médicaments et produits pharmaceutiques parmi lesquels 2 ceintures de flanelle, onze bandes de flanelle de 17 mètres de long — on ne parle pas de la largeur, — ce qui est heureux, 7 bandes de toile, 17 paquets de coton hydrophile d'un poids de 3 kilogs 850 gr. on ne dit pas si c'est chaque paquet, — 17 bandes de gaze hydrophile, 2 kilog, de liniment et 13 litres de vin de coca. Il est bon de relire les attendus du jugement : Attendu que » :

Ah mais non, il n'est pas bon de relire les attendus d'un jugement, d'un juge, pardon, d'un tribunal de Paix qui frappe de pareilles malpropretés.

Résumons plutôt.

Nous étions déjà des assassins dans l'opinion publique, nous sommes de plus en plus des voleurs,

Et alors ?

Et alors, nous ne sommes plus bons qu'à faire des fonctionnaires.

Vous croyez que je plaisante ?

Voyez-vous mêmes. Je cite le même article du même auteur : « J'ai indiqué le système qui consisterait à soustraire les médecins chargés d'examiner et de soigner les blessés du travail et à l'influence patronale et à l'influence ouvrière en en faisant des spécialistes assermentés, de véritables agents de l'Etat.

Mais le procédé doit paraître trop brutal à l'inventeur, car il ajoute :

« Je ne tiens pas outre mesure à cette idée. »

Il n'y tient pas trop. Et vous ?

Passons.

Passons et disons-nous que les Syndicats sauront défendre les intérêts de la corporation et l'honneur médical contre toutes les accusations et toutes les calomnies et que nous n'avons à redouter ni d'être obligés d'aller à Canossa, c'est-à-dire de nous livrer aux compagnies, ni de chercher un abri dans la Confédération générale du travail, cette Mecque de la solidarité prolétarienne, notre Mecque à nous étant tout simplement l'idéal de vérité et de justice inscrit dans nos consciences.

Contre l'exercice illégal de la médecine la lutte sera, je le crains, éternelle, comme sera éternelle la bêtise humaine, son bouillon de culture. Nous ne devons cependant nous lasser de combattre celle-ci et celui-là.

Si l'Etat, les départements et les communes ont consenti des sacrifices pour l'application des lois que je viens de dire, si même, ils ont pris conseil de nous, si un accord est intervenu entre nous et les mutualités,

Si nous avons triomphé du capital,

Si notre indépendance professionnelle est restée entière,

LE SERVICE MILITAIRE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE

La nouvelle loi militaire impose aux étudiants en médecine l'obligation d'accomplir deux années de service, mais elle leur permet de les faire en deux fois.

Un certain nombre de médecins ont protesté énergiquement contre ce privilège, demandant que les étudiants en médecine subissent le sort commun.

Nous ne devons pas oublier que nous-mêmes nous avons été militaires, et que nous étions fort aises alors de profiter des avantages que pouvait nous donner notre situation d'étudiants en médecine. Nous ne devons pas être égoïstes et refuser à ceux qui nous ont succédé à la caserne, et qui y resteront deux fois plus longtemps que nous, une faveur qui, en somme, ne peut que servir utilement l'instruction professionnelle des médecins et le bon fonctionnement du service de santé en campagne.

A ce propos, nous sommes heureux de rappeler les paroles qu'a prononcées M. le médecin inspecteur Antony, directeur du service de santé du 6e corps d'armée, à la séance de rentrée de l'Ecole de médecine de Reims.

Voici ses propres paroles :

« Je ne crois pas inutile de faire ressortir ici certaines dispositions de la loi de recrutement de 1905 dont la connaissance importe à Messieurs les étudiants. Elle les autorise à accomplir en deux périodes les deux années de service auxquelles ils sont astreints.

« Pendant la première année, qui précèdera d'habitude leurs études médicales, ils recevront l'instruction militaire, mais, en outre, nos médecins leur enseigneront les éléments de la petite chirurgie et les connaissances administratives jugées indispensables pour obtenir le certificat d'aptitude au grade de médecin auxiliaire.

« Je n'ai nul besoin de vous rappeler que déjà cette instruction administrative est l'objet de conférences faites par les médecins de l'armée dans vos écoles, en vue de permettre aux étudiants ayant douze inscriptions de subir sans difficulté cet examen d'aptitude.

« Munis de ce certificat, vous pourrez accomplir la deuxième année de service comme médecin auxiliaire, c'est-à-dire avec un grade correspondant à celui de l'adjudant.

« Or, il ne faut pas perdre de vue que tous vos jeunes camarades de recrutement destinés à devenir officiers de réserve ne peuvent obtenir que le grade de sergent.

« La loi accorde aux médecins, comme vous le constatez, Messieurs, une faveur dont je vous engagerai à profiter, car elle apporte un adoucissement à l'obligation de servir pendant deux ans.

« Quels que soient vos sentiments à cet égard, soyez persuadés que vos camarades, les médecins de l'armée, s'efforceront, comme par le passé, de vous aider, de vous guider, pendant ces années d'initiation à vos devoirs militaires. Notre armée y gagnera d'avoir des médecins mieux préparés à leur tâche, au jour du danger ».

Nous ne saurions trop engager les étudiants à méditer les sages conseils de M. le Dr Antony et à les mettre en pratique.

(*Année Médicale de Caen*). H. L.

C'est par une entente confraternelle intime, c'est en nous soumettant à une discipline sévère d'autant plus facilement acceptable qu'elle est librement consentie et facilement résiliable.

C'est par l'association, en un mot, par les syndicats.

Mes chers confrères Palois,

Tous, vous êtes à l'abri des nécessités les plus immédiates de l'existence ; tous, vous êtes matelassés contre les chocs des passions et des intérêts. Si vous travaillez, si vous luttez, c'est la tête haute, l'âme ouverte aux belles aspirations de la vie ; l'esprit dégagé de la crainte des contingences humaines mauvaises, c'est que vous détestez l'oisiveté ; c'est aussi en vue d'augmenter votre bien-être ; c'est enfin et surtout pour faire le bien, par amour de l'art, par amour de notre profession, qui est une des plus belles, des plus attachantes que je connaisse, mais aussi une des plus douloureuses, des plus poignantes. Oui, des plus douloureuses, sous un masque non pas d'impassibilité, mais de calme philosophique, sous une sérénité d'apparat, nous sommes obligés souvent de cacher des émotions très vives et il n'est certainement aucun de nous qui, au spectacle de certaines douleurs, n'ait senti ses yeux se mouiller de larmes.

Eh bien ! dites-vous qu'il en est parmi nous qui sont obligés d'ajouter aux larmes de leur vie professionnelle les larmes de leur labeur inutile, impuissant ou méconnu, toute la détresse d'un travail improductif.

Dites-vous, que ces larmes proviennent souvent d'injustices qui peuvent être réparées, de rivalités qu'on peut faire cesser, de la mauvaise foi qui peut être surprise et condamnée.

Dites-vous que, par le Syndicat, vous serez à même de connaître ces douleurs, de les consoler peut-être, même de les guérir et vous le bénirez d'avoir donné un tel emploi à votre activité professionnelle et confraternelle.

Quant à moi, je vous le dis franchement, je considère ma tache comme terminée, mon rôle d'initiateur comme épuisé. Mon éloignement du chef-lieu, les difficultés que j'ai à m'y rendre, l'attachement inflexible à ma besogne quotidienne nécessaire à la vie matérielle de ma famille, mille autres raisons que je ne puis dire, m'obligent à arrêter ici mon effort pour le syndicat que je remets entre vos mains. Sa santé n'est pas brillante et je serais tenté de porter sur lui un pronostic fâcheux. Ah ! nous sommes loin de l'élan enthousiaste, de l'entente cordiale qui a poussé tous les confrères de certains arrondissements, voire même de certains départements, à faire bloc du premier jour pour la défense des intérêts professionnels. Est-il plus admirable exemple de solidarité que celui du corps médical tout entier du Lot-et-Garonne créant avec les ressources de l'assistance médicale gratuite une caisse de retraite pour ses vieillards et ses infirmes ? Ici, une bonne moitié du département reste immobilisée dans une impassible indifférence ; une partie de l'autre regimbe ou se réserve. Sauvez le syndicat ; c'est le cri du cœur de son père qui rentre dans le rang avec la fierté de vos sympathies.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

Fédération des Syndicats médicaux de l'Eure

Compte rendu de l'Assemblée générale du 21 *juillet* 1907.

La réunion a eu lieu à Evreux, à 3 heures du soir, dans une des salles de l'Hôtel-de-Ville, sous la présidence du docteur Martelli.

Etaient présents : MM. Agut, Clément, Couderc, Couraud, Delamarre, Dimey, Dussac, Etable, Gauvry, Goupil, Harou, Lahaye, Lerat, Le Tellier, Monique, Oursel, Poinot, Poussin Rebulet, Régimbart, Santelli, Stéphanini, Thirard, Veslin.

Excusés. : MM. Adeline, Boutard, Duchesne, (d'Evreux), Gayman, Moisson, Raoult.

Après l'adoption du procès-verbal de la dernière séance (du 25 novembre 1906) le secrétaire rend compte :

1° Des pourparlers et des démarches qui ont eu lieu au sujet de la *vaccination* gratuite et obligatoire, ainsi que des conditions acceptées par le bureau, à la demande de l'administration préfectorale.

Le tout est approuvé à l'unanimité.

2° La *révision* du tarif d'honoraires des accidents du travail donne lieu à une discussion prolongée, à la suite de laquelle il est décidé qu'on demandera à nos représentants de défendre à la Commission officielle du ministère du commerce les modifications suivantes, lors de la prochaine révision :

a) Supprimer le paragraphe 3 de l'article 1er c'est-à-dire la visite à 1 fr. 50.

b) Modifier l'article 2 de façon que la consultation au cabinet du médecin soit payée 2 francs.

c) Modifier le paragraphe 2 de l'article 8 comme il suit : « les distances kilométriques seront comptées de la résidence du médecin au domicile du blessé » : en reconnaissant que cette indemnité ne pourra excéder celle attribuable au médecin le plus rapproché.

d) Supprimer le paragraphe 4 de l'article 8, qui réduit l'indemnité kilométrique des trois quarts lorsque le médecin utilise son passage dans la résidence du blessé, sans se déplacer exclusivement pour lui.

e) Modifier le paragraphe 1 de l'article 9 comme *il suit* : « *le certificat médical initial* constatant la nature de la blessure et le pronostic probable donne droit à une indemnité spéciale de cinq francs ».

f) Supprimer le paragraphe 2 de l'article 9 qui accorde 5 francs pour le certificat initial, en cas de blessures multiples, etc......

g) Modifier le paragraphe 4 de l'article 9 comme il suit : « le certificat de guérison donne « droit à une indemnité de cinq francs. »

h) Demander aux commissions administratives des hôpitaux, de prélever sur « le tout compris » une somme par tête et par jour variable suivant les cas, destinée à rémunérer les praticiens attachés au service de l'hôpital, ainsi que la circulaire préfectorale, concernant le prix de la journée dans les hôpitaux pour soins donnés aux accidentés du travail, en reconnaît la possibilité et la légitimité.

i) Unifier le tarif des interventions pour les praticiens des villes et des campagnes.

3° Sur le rôle des *Fédérations*, il est admis que la Fédération départementale seule est appelée à jouer un rôle utile dans notre région.

4° Le trésorier expose que la cotisation statutaire d'un franc ne peut suffire aux dépenses de la Fédération, et il est voté une modification aux statuts, portant cette *cotisation à* 3 francs par tête et par an.

5° Le docteur Mesnil, de Bernay, est nommé comme *délégué de la Fédération* à l'assemblée générale de l'Union des syndicats médicaux de France.

6° Il est décidé que les statuts de la Fédération seront déposés à la mairie conformément à l'article 4 de la loi du 31 mars 1884.

7° Le *remplacement* du docteur Couderc par le Président de la Fédération, pour assister le président de l'Association à la commission de vérification des mémoires de l'assistance médicale gratuite, est voté: et il est convenu que ce remplacement sera demandé à M. le Préfet.

8° L'*étude des deux affaires* d'intérêt professionnel du syndicat de Bernay conduit aux conclusions suivantes :

a) Pour l'affaire (X), instituteur à Bernay et étudiant en médecine, un compte rendu complet de l'affaire avec protestation sera adressé, à l'Union des Syndicats médicaux, à la commission de vigilance du Congrès des Praticiens et au Professeur Pinard.

b) Quant au confrère (V), de la Barre, il est décidé de le prier de se rendre à la prochaine réunion de la Commission fédérative, pour entendre ses explications.

9° Au sujet des moyens à employer pour assurer à l'accidenté du travail le libre choix effectif du médecin il est fait état du vœu émis par le docteur Boudin, au Congrès des Praticiens, qu'on modifie ainsi :

« L'hôpital appartient aux indigents ; les « blessés du travail ne seront reçus dans les hô- « pitaux qu'à la condition que le médecin trai- « tant aura le droit de toucher des honoraires « conformément au tarif des accidentés du tra- « vail ».

10° Cherchant les moyens de développer chez les praticiens l'esprit syndical, l'assemblée prend en considération un vœu qui demande que, dans un temps plus ou moins rapproché, les statuts de nos grands syndicats soient modifiés de façon à être rendus plus sévères ; et il est convenu qu'une circulaire sera adressée aux confrères isolés, pour leur montrer les avantages de l'union.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée à 5 heures 1/2, et rendez-vous est pris au buffet de la gare pour notre banquet annuel. Il est inutile de dire que la plus franche gaieté n'a cessé de régner à ces agapes confraternelles et que le dernier vœu formulé a été de nous compter plus nombreux l'an prochain.

Le secrétaire de la Fédération,

Dr THIRARD.

Syndicat des médecins de la Haute-Garonne.

SECTION DE SAINT-GAUDENS.

Extrait du procès-verbal de la séance du 25 juillet 1907.

Présidence de M. le Dr SOUBDE, président.

Le jeudi 25 juillet a eu lieu, à une heure après-midi, dans une salle de la mairie de Saint-Gaudens, la réunion trimestrielle du Syndicat à la-

quelle étaient convoqués tous les médecins de l'arrondissement.

L'ordre du jour portait :

1° Election du président ;

2° Assistance médicale gratuite ;

3° Questions diverses.

Etaient présents : MM. les Drs Azéma, Baqué, Barès, Bosc, Bize, Borderes, Carbonneau, Chanfreau, Chopinet, Dufor, Lafage, Lafaille, Rivière, Saint-Martin, Soubde, Soueix.

Excusés : MM. Estradère fils et Fabre.

La séance est ouverte sous la présidence du Dr Soubde, vice-président, qui manifeste, au nom de l'Assemblée, les regrets provoqués par la décision de M. le Dr Azéma qui a donné sa démission de président de la section de Saint-Gaudens. M. Soubde insiste auprès de M. Azéma pour lui faire retirer sa démission et reprendre une place qu'il occupait si bien et depuis si longtemps.

M. Azéma opposant une volonté formelle, il est procédé à son remplacement.

Après deux tours de scrutin qui n'ont donné à aucun confrère la majorité absolue exigée par les statuts,un troisième tour a lieu, qui désigne M. le Dr Barès comme président, par 8 voix sur 15 votants.

Celui-ci remercie l'Assemblée et prend immédiatement place au fauteuil présidentiel.

On aborde alors la seconde question de l'ordre du jour, et chacun agite et discute la façon dont il entend l'organisation de l'Assistance médicale gratuite dans le département.

Tout le monde est d'accord pour reconnaître que le libre choix du médecin par le malade, tel qu'il existait autrefois, avec abonnement par tête d'inscrit et tarif supérieur pour les inscriptions d'urgence, serait le système le meilleur, tant pour les médecins que pour les malades. Seules, paraît-il, les finances départementales ont eu à souffrir de cette façon d'agir ; mais il serait facile de tout concilier en s'engageant d'un commun accord à ne prescrire aucun appareil, aucun remède cher et la plupart du temps inutile, à ne se servir strictement que des médicaments portés sur le tarif officiel sans jamais modifier des ordonnances pour masquer des dépenses exagérées.

Ces sages résolutions ne font l'objet d'aucune réclamation et tout le monde est prêt à y souscrire.

Sur la fin de la réunion, un confrère se livre à une violente critique au sujet de l'introduction de la politique dans le choix fait, par M. le Préfet et le Conseil général, des médecins qui participent actuellement au service de l'Assistance médicale, et cette discussion provoque des protestations ; un confrère quitte la salle de réunion.

Après cet incident et pour conclure, l'Assemblée *décide* d'adopter les résolutions déjà votées par le récent Congrès des Praticiens et de réclamer au Conseil général le système du *libre choix* du médecin ; elle *décide* aussi de charger un médecin, conseiller général, de soutenir ses vues au sein de l'Assemblée départementale et désigne, à cet effet, M. le Dr Azéma qui veut bien accepter cette mission.

Le Secrétaire,

Dr L. Bize.

REPORTAGE MÉDICAL

La désinfection dans l'armée. — Nous sommes heureux de publier le document officiel ci-après qui vient affirmer de façon éclatante les services rendus déjà à l'hygiène de l'armée par un vieux procédé de désinfection dont nous fûmes des premiers à reconnaître, dans ce journal, les précieux avantages et que bon nombre des dévoués du Concours ont non seulement préconisé dans leur clientèle mais encore introduit dans l'arsenal prophylactique des services départementaux créés en application de la loi de 1902.

Direction du service de Santé ; Bureau du Matériel et de la comptabilité. — N° 72.

Circulaire relative à la désinfection des vêtements

Documents abrogés : Néant.

(Classement : Volume n° 83, du *Bulletin officiel*, édition méthodique, page 151).

Paris, le 11 décembre 1907.

En vue de supprimer dans l'armée les risques de transmission de maladies contagieuses par l'intermédiaire des vêtements usagés distribués aux hommes de l'active, de la réserve ou de la territoriale, le sous-secrétaire d'Etat prescrit que la désinfection préalable est obligatoire pour tous les effets d'habillement usagés :

1° Avant leur réintégration en magasin ;

2° Quand ils doivent passer d'un individu à un autre, sans avoir été réintégrés dans les magasins.

En conséquence, les dispositions prévues par la circulaire du 30 avril 1906, relative à la désinfection par les vapeurs du formol au moyen des cartouches dites « Fumigator », sont applicables, dans les conditions précitées, à tous les effets d'habillement énumérés ci-après : capotes, manteaux, dolmans, vestes, pantalons basanés ou non, coiffures de tout genre (casques, képis, bonnets de police), chaussures et houseaux de cuir.

Pour le Ministre,

Le Sous-Secrétaire d'Etat,

Henry Chéron.

La Maison du médecin. — Un groupement confraternel vient de se constituer à Paris, avec le but précis de créer et d'assurer le fonctionnement d'une Maison de Retraite pour les médecins français.

Depuis longtemps déjà, cette idée est agitée dans les milieux professionnels et au sein des Sociétés médicales. Mais rien de précis encore n'était issu de ces discussions.

Quelques confrères ont pensé qu'il était temps de « passer de la parole aux actes », — le mot est du Dr Huchard. — Un certain nombre de convocations ont été adressées aux médecins qui, par leurs écrits ou leurs paroles antérieurs, paraissaient ne pas devoir rester indifférents à cette initiative.

L'appel a été entendu. A côté de personnalités comme Huchard, Hutinel, Rénon, Triboulet, Régnier, Lepage, Launois, Béclère, Jacquet, etc., de nombreux confrères ont décidé la création de la Société, avec la ferme intention d'aboutir.

L'entreprise est considérable.Elle ne peut réussir qu'avec l'appui de tout le corps médical français et le concours de toutes les associations et de tous les syndicats de Paris et de la province. C'est donc à tous les médecins, à tous les groupements que nous demandons d'abord une *adhésion de principe*, qui n'engage à rien.

Nous leur adressons un chaleureux appel. Jamais œuvre plus généreuse n'a sollicité leur dévouement. Jamais la solidarité confraternelle ne pourra mieux s'exercer.

Les statuts de la nouvelle société seront bientôt discutés et adoptés. Tous ceux qui auront adhéré en principe seront appelés à participer à leur élaboration.

Adresser toutes les communications au siège provisoire, 32, rue Notre-Dame-des-Victoires, Paris.

Le Bureau provisoire :

Dr Courtault.	Dr L. Nass,	Dr Kolbé,
Président.	*Secrétaire-général.*	*Trésorier.*

Faculté et Hôpitaux.

Un cours complémentaire et pratique, première série d'anatomie pathologique, par M. Alquier, chef des travaux anatomiques de la clinique des maladies du système nerveux, a commencé le lundi 13 janvier 1908, à 5 h. de l'après-midi, au laboratoire d'anatomie pathologique de la clinique (Salpêtrière) et se continue tous les jours à la même heure. Les pièces anatomiques, réactifs et instruments, seront fournis gratuitement aux élèves qui ne devront apporter que les lames et lamelles. S'inscrire au secrétariat de la Faculté, les mardis, jeudis et samedis, de midi à 3 heures (guichet n° 3).

— Un laboratoire de technique histologique est ouvert, salle Ranvier, au laboratoire d'histologie de l'Ecole Pratique, à partir du 6 janvier 1908, sous la direction de M. Mulon, agrégé et préparateur.

Les élèves y accompliront des manipulations histologiques complémentaires de celles de première et de deuxième année et pourrait s'y familiariser avec les méthodes de recherches. Ce laboratoire sera ouvert tous les jours.

Le droit à verser est de 50 francs par trimestre. Le nombre des places est limité.

— M. Petit a commencé un cours pratique d'histologie pathologique, le dimanche 12 janvier 1908, à 10 h. 30 du matin, et le continuera les jeudis à 5 h. 30 et dimanches à 10 h. 30 au laboratoire de la Terrasse (Necker). Chaque auditeur est exercé à la lecture des coupes et reçoit une collection personnelle. S'inscrire au laboratoire, ou par mandat-carte. (60 francs).

— *M. Nageotte*, médecin du service des enfants, fera le mardi à 3 h., à l'hospice de Bicêtre, une consultation pour les maladies nerveuses et mentales des enfants. Tramway électrique du Châtelet; durée du trajet : 25 minutes.

— Ecole de psychologie (49, rue Saint-André-des-Arts). — Hypnotisme thérapeutique. M. le Docteur Bérillon, professeur. Objet du cours : 1° Psychothérapie générale : le rôle prépondérant de l'hypnotisme dans la psychothérapie ; 2° L'hypnotisme et l'orthopédie mentale : les enfants et les adolescents anormaux : retardataires, instables, timides, indociles, pervers et nerveux.

Les jeudis à 5 h. à partir du jeudi 9 janvier.

— Hypnotisme expérimental. — M. le docteur Paul Magnin, professeur. Objet du cours, les traitements de l'hystérie. Les jeudis à 5 1/2 à partir du jeudi 9 janvier.

Conférences sur les accidents du travail. — Une série de 15 conférences publiques et gratuites seront faites à l'hôpital des accidents du travail, 136, r. Championnet, du 17 janvier au 31 mars 1908, à 4 h. du soir. Cet hôpital est ouvert à tous les blessés où les médecins librement choisis par eux peuvent les opérer et leur continuer leurs soins.

Programme des 15 conférences : vendredi 17 janvier, M. J. Lucas-Championnière ; Les hernies accidents du travail. — Vendredi 24 janvier, M. Georges Brouardel ; Le médecin et les accidents du travail. — Mardi 28 janvier, M. Terrien : Les traumatismes du globe de l'œil et de ses annexes ; leurs conséquences au point de vue des accidents du travail. Valeur d'un œil blessé réduction de capacité. Détermination de l'acuité visuelle physiologique et professionnelle. — Mercredi 5 février, M. Dagron. Valeur de la rééducation circulatoire rapide dans les accidents du travail. — Lundi 10 février, M. Richelot : Métrite et états non néoplasiques de l'utérus ; étiologie et évolution. — Samedi 15 février, M. Raymond Petit : Traitement hydrominéral dans les accidents du travail. — Lundi 17 février, M. Richelot : Métrites et états non néoplasiques de l'utérus : traitements. — Vendredi 21 janvier, M. Martha : Affections des oreilles et accidents du travail. — Jeudi 27 février : M. Ozenne : Accidents du travail et maladies générales et constitutionnelles. — Mardi 3 mars : M. Terrien : Exagération et simulation chez les accidentés du travail. Moyens de les déceler. Hystérotraumatisme oculaire. — Prophylaxie de l'ophtalmie sympathique et des accidents oculaires. Révision après les blessures du globe oculaire. — Lundi 9 mars Me Touret-Piallat, avocat : Rôle général du médecin en matière d'accidents du travail. — Vendredi 13 mars, M. J. Lucas-Championnière : Fractures du radius accidents du travail. — Mercredi 18 mars, M. Dagron : Entorses graves accidents du travail. — Mardi 24 mars, M. Raymond Petit : Accidents du travail et phlegmons des gaînes tendineuses. — Mardi 31 mars, Me Tourey-Piallat, avocat : Accidents du travail et maladies devant la jurisprudence.

— Pendant le semestre d'hiver jusqu'en avril, M. le Dr Mathieu, aidé de ses assistants, fera dans son service à l'hôpital Saint-Antoine, une série de conférences ; ces leçons auront lieu aux jours et heures indiqués ci-dessous, dans le service de la consultation (20, rue de Cîteaux). Le mardi à 10 heures : examen des malades de la consultation externe, par le Dr Mathieu. Le mercredi à 10 h. 1/2 : conférence de M. le Dr J.-Ch. Roux. Le jeudi à 10 h. 1/2 : conférence de M. le Dr Mathieu. Le vendredi à 10 heures ; conférence de M. le Dr Laboulais, sur les méthodes d'exploration gastro intestinale ou de M. le Dr Moutier sur l'anatomie pathologique de l'appareil digestif. Le lundi à 10 heures : visite dans la salle Chomel, conférence et présentation avec projections, présentation de malades.

— M. Kolbé, de Châtel-Guyon, fera, à partir du 27 janvier 1908, à 6 h. du soir, à l'Hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente, une série de conférences avec projections, présentations de préparations microscopiques et d'appareils sur la bioscopie médicale de l'estomac et de l'intestin par les rayons X, l'examen coprologique et la recto-sigmoïdoscopie.

— M. Scrini fera, à partir du mercredi 5 février, à six heures du soir, à l'Hôtel des Sociétés savantes, une série de conférences sur les nouvelles médications et les indications thérapeutiques dans les maladies les plus fréquentes des yeux.

— M. Lepage, agrégé libre, commencera des conférences de déontologie médicale, à l'amphithéâtre de pharmacologie (Faculté de Médecine), le vendredi 24 janvier 1908, à 5 heures, et les continuera les lundis et vendredis suivants à la même heure. Les docteurs et étudiants en médecine sont admis à ces conférences sur présentation de leur carte.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs Lequibin, d'Oisemont (Somme), Tardif, de Saint-Etienne (Loire) et Desplantes, de Nogent-le-Rotrou (Eure-et-Loir), membres du « Concours médical »

Le Directeur-Gérant : Dr **H. JEANNE**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales

Trentième année — N° 4 — Dimanche 26 JANVIER 1908

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Une maison de cure, de repos et de retraite pour les médecins.

La question de la maison de retraite pour les médecins revient sur l'eau.

L'initiative d'un de nos confrères, membre de la Société locale de Seine-et-Oise, en a, il y a quelque temps déjà, saisi l'Association Générale des Médecins de France ; plus récemment, un groupe de médecins parisiens a constitué des Commissions d'étude et de propagande.

Nous avions, dès longtemps, au Concours, étudié cette question, mais toujours nous avions été arrêtés par deux considérations ;

1° L'énormité des sommes nécessaires à l'établissement et à l'entretien de la maison ;

2° Les services très restreints qu'elle pouvait rendre au corps médical

Il est évident qu'une maison de retraite et de repos coûtera fort cher et ne pourra compter que sur des recettes relativement maigres, telles que la pension de 800 fr. de l'Association Générale, les 1200 fr. que l'Amicale verse à ses chroniques — il faut donc que la fondation possède par elle-même des revenus suffisants et, au taux actuel, des rentes modestes nécessitent un gros capital.

Quant aux services à attendre de l'œuvre, ils ne nous paraissent pas devoir être ce qu'au premier abord, on pourrait croire. On cite toujours la *Maison des Comédiens*—, la situation n'est pas du tout la même. Le comédien, bien souvent, est un nomade, un déraciné ; il n'a ni foyer, ni famille, tandis que le médecin, sauf de très rares exceptions, conserve, dans le pays où il s'est fixé, des attaches difficiles à rompre, auxquelles il tient. Il a souvent, dans sa détresse, quelques petites ressources qu'il tire d'un champ, d'une vigne, etc., il a quelques amis, il a des habitudes — et, le plus souvent, il préfèrera recevoir dans son pauvre *home* les quelques secours que sa prévoyance lui aura assurés.

Voilà ce qui nous a arrêtés toutes les fois que nous avons voulu aborder la création de la Maison des Médecins.

La tentative actuelle aura-t-elle plus de succès ? Nous voudrions le croire, car, si nous sommes quelque peu désillusionnés, nous ne nous désintéresserons pourtant pas.

Nous savons qu'il est toujours des situations exceptionnelles que nos moyens de secours actuels ne peuvent soulager et auxquelles conviendraient mieux sans doute la Maison des Médecins. Quelque rares qu'elles puissent être, elles méritent de retenir l'attention.

Mais, pour réussir, si la réussite est possible, nous estimons qu'il faut avoir le feu sacré. Des hommes nouveaux nous paraissent plus qualifiés que nous-mêmes pour marcher de l'avant. Nous leur laissons donc l'initiative et l'honneur, les assurant que nous suivrons leurs travaux avec intérêt et leur répétant ce que nous disions à leurs prédécesseurs en 1896 ;

Audaces fortuna juvat.

VÆ SOLIS !!!

Tout Médecin a le devoir :

— De s'affilier au *Syndicat Médical de sa région*, groupement de défense professionnelle.

— De poursuivre le rattachement de celui-ci, à l'*Union des Syndicats Médicaux de France* (Dr NOIR, secrétaire général, 28, rue Serpente, Paris), soit directement, soit par l'intermédiaire des Fédérations régionales.

— De faire partie de l'*Association générale des Médecins de France* (5, rue de Surène, à Paris).

— Pour cela, il suffit de se faire admettre dans la société locale de son département. Les médecins qui résident dans les départements suivants : Basses-Alpes, Hautes-Alpes, Ariège, Cantal, Corrèze, Indre-et-Loire, Lozère et Rhône, peuvent demander leur admission dans la société d'un département voisin ou dans la *Société centrale*, à Paris.

Tout Médecin a intérêt :

— A faire partie du «*Concours Médical*», 23, rue de Dunkerque, à Paris, et du «*Sou Médical*» (renseignements: Dr DE GRISSAC à Argenteuil), puissants groupements de défense inter-confraternelle.

— A adhérer aux *Œuvres de Prévoyance* (indemnité-maladie, retraite, etc.), patronnées par ces groupements et par l'Association Générale des Médecins de France. Renseignements au *Concours Médical*, 23, rue de Dunkerque, à Paris.

Nous nous ferons un plaisir et un devoir de mettre ceux de nos Confrères qui le désireraient en rapport avec ces diverses œuvres de solidarité médicale.

N. D. L. R.

LA SEMAINE MÉDICALE

Le cancer de la langue.

Le cancer de la langue ne se généralise heureusement que peu par la voie sanguine ; il se propage surtout par la voie lymphatique.

Les ganglions, les plus souvent atteints, sont les carotidiens d'abord, les sous-maxillaires, ensuite. Les examens histologiques montrent qu'il faut admettre la possibilité de l'envahissement lymphatique bilatéral, même si la tumeur est limitée à un des côtés de la langue, d'où le grand intérêt du curage bilatéral.

« On doit opérer le cancer de la langue, dit M. le Dr Louis CAPETTE dans sa thèse, le plus tôt possible. Les procédés qui s'offrent à l'opérateur sont des plus nombreux; actuellement, trois surtout se partagent les faveurs des chirurgiens. L'un, procédé préconisé par M. Morestin, emprunte la voie sus-hyoïdienne et carotidienne unilatérale et enlève le plancher de la bouche.

L'autre, employé par Kocher, comporte pour l'ablation de la langue, la section du maxillaire inférieur ;

Le troisième fut préconisé par M. le Professeur Poirier, procédé mixte, combinant la voie buccale pour l'extirpation de la tumeur linguale, aux voies sus-hyoïdienne et carotidienne bilatérales pour l'ablation des ganglions.

On ne peut songer à employer toujours et dans tous les cas la même méthode ; le siège de la tumeur et la plus ou moins grande étendue des lésions présentent des variations très nombreuses et doivent entrer en ligne de compte.

Les cas où la voie buccale est insuffisante sont rares ; cependant, pour les cancers de la base, si souvent propagés aux tissus voisins, pour les tumeurs occupant toute la langue et surtout dès que le plancher de la bouche ou, à plus forte raison, le maxillaire sont envahis, la voie sus-hyoïdienne latérale est indiquée. En dehors de ces cas, on emploiera le procédé mixte de M. le Professeur Poirier, le danger de laisser subsister le plancher de la bouche étant en réalité des plus minimes.

Les opérations auxiliaires les plus recommandables sont, d'une part, les ligatures des artères carotides externes ou des linguales, et, d'autre part, la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne temporaire.

La récidive est surtout fréquente dans les ganglions ; une seconde intervention peut donner d'excellents résultats et elle est indiquée si les ganglions ne se sont pas pris simultanément, s'ils sont mobiles et si l'état général du malade n'est pas trop altéré.

Le traitement chirurgical palliatif se résume aux ligatures artérielles (artères linguales ou carotides externes) et à la section du nerf lingual ; il peut procurer au malade un très grand soulagement.

Le traitement chirurgical des diverses lésions précancéreuses, notamment de la leucoplasie, est des plus intéressant, et est fécond en résultats heureux.

L'espoir de la Chirurgie en ce qui concerne le cancer de la langue réside, d'une part, dans la prévention, d'autre part dans l'intervention précoce qui comprendra toujours l'ablation des relais lymphatiques les plus souvent atteints.

Les psychoses traumatiques.

M. le Dr Joseph GUIRONNET, de Lyon, a étudié dans sa thèse les manifestations psychiques de l'hystéro-traumatisme.

« A la suite d'un accident du travail, dit-il, on admet, à peu près unanimement, que consécutivement au traumatisme et surtout, sous l'influence des inquiétudes morales, des lenteurs de la procédure, de la misère, il se produit souvent des troubles mentaux graves allant jusqu'à nécessiter l'internement.

Parmi ces troubles mentaux, on note des types de mélancolie anxieuse, de délire de persécution et de mélancolie suicide, troubles qui sont nettement dus aux conséquences physiques et morales d'un traumatisme antérieur.

On peut admettre, au point de vue scientifique, le rapport de cause à effet, entre un traumatisme et une psychose ultérieure. Si, dans un cas particulier, ce rapport apparaissait, en fait, il serait légitime d'en faire bénéficier la victime de l'accident ;

Dans l'état actuel de la jurisprudence, quand le rapport de cause à effet est établi, les tribunaux admettent, en général, l'incapacité totale pendant la durée des troubles psychiques. Par contre, ils n'admettent pas qu'il y ait diminution de valeur pour l'avenir quand le malade a été *déclaré guéri* d'une première maladie mentale ;

Les Compagnies d'assurances et les patrons ont, en général, intérêt à régler rapidement les litiges quand apparaissent des troubles nerveux bien qu'un trouble psychique puisse guérir avant toute décision judiciaire ;

L'examen des ongles, la constatation d'un sillon unguéal fournit un signe objectif d'une valeur sérieuse dans les cas de troubles nerveux ou mentaux liés aux accidents.

L'auteur rapporte avoir vu un cas de paralysie générale éclater après un accident de travail ; ce cas vient à l'appui de l'opinion qui n'accorde au traumatisme qu'un rôle révélateur, ou tout au plus aggravant, dans l'évolution de la paralysie générale.

A côté de ces intéressantes constatations, il

nous paraît indiqué de placer les conclusions de M. le Dr Louis MONTHELIE, de Paris, en ce qui concerne les difficultés du règlement de l'indemnité chez les neurotraumatiques, car la névrose traumatique occasionne le plus souvent une incapacité de travail complète d'une durée illimitée, ne prenant fin que rarement avant la solution définitive du procès. Diverses solutions ont été proposées.

a) Le sursis, qui prolonge inutilement l'état d'incertitude.

b) Le demi-salaire, ou une rente provisoire pendant un temps déterminé, mais qui ne coïncidera pas fréquemment avec celui de la maladie.

c) Une indemnité en capital, dont le chiffre est difficile à évaluer justement.

d) Une rente viagère, d'un taux peu élevé, en escomptant l'amélioration probable, mais qui est insuffisante pour permettre à l'ouvrier de vivre, pendant la période d'incapacité absolue.

e) La rente prévue pour l'incapacité absolue et permanente, le patron pouvant demander la révision en cas de changement dans l'état de la maladie ; c'est la solution qui semble préférable.

Pour les formes graves, la difficulté est moindre ; la maladie ayant une durée fort longue doit pratiquement être considérée comme la cause d'une incapacité absolue et permanente.

La névrose traumatique aboutit parfois au suicide, qui peut en être jugé comme une conséquence directe, donnant droit à l'allocation d'une rente viagère à la veuve.

N. D. L. R. — Nous soumettons ces conclusions de deux thèses récentes à M. le prof. Brissaud, dont l'humour en matière d'expertise des accidents du travail nous a dotés, dernièrement, de la « Sinistrose » en la présentant sous des traits un peu trop semblables à ceux de la vulgaire « carotte ».

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

CLINIQUE MÉDICALE

Polyclinique des maladies cutanées et syphilitiques.

HOPITAL SAINT-LOUIS : M. le Prof. GAUCHER.

Traitement du lupus ulcéré par l'alcool phéniqué

L'alcool phéniqué est le meilleur des topiques recommandés dans le traitement du lupus ulcéré. On emploie une solution forte de phénol dans l'alcool, avec laquelle on fait, tous les trois ou quatre jours, un badigeonnage de la partie malade. Il faut avoir soin de se servir uniquement de phénol synthétique pur et d'alcool éthylique également pur, à 95°. On recommandera, d'une façon particulière, au pharmacien qui préparera la solution, de vérifier la qualité du phénol et de l'alcool ; celui-ci ne doit pas titrer moins de 95°. Ces conditions sont de rigueur si l'on veut éviter la production d'eschares et les phénomènes d'intoxication. En effet, l'acide phénique, mais *l'acide phénique en solution dans l'eau*, peut provoquer de la gangrène. M. Monod a vu un cas de gangrène déterminée, par des pansements avec une préparation phéniquée aqueuse au centième. Par contre, dissous dans l'huile ou dans l'alcool, l'acide phénique n'est plus gangrénigène.

Ce qui est dangereux, c'est le phénol hydraté. Aussi, dans le traitement du lupus ulcéré par le phénol, est-il nécessaire d'éviter toute intervention de l'eau. Le malade en sera prévenu et il s'abstiendra de lavages, d'ablutions, d'applications humides quelconques sur la plaie. Dans l'intervalle des cautérisations, on badigeonne la lésion avec de l'huile phéniquée.

Ainsi mis en œuvre, le traitement phéniqué n'entraîne ni absorption, ni intoxication. Il est supérieur même à la cure par le permanganate de potasse. Ce traitement ne s'adresse qu'au lupus *ulcéré*, le lupus non ulcéré restant justiciable des cautérisations ignées.

Langue noire et eau oxygénée.

Les lavages de la bouche avec des liquides contenant de l'eau oxygénée peuvent colorer la langue en noir. Chez certaines personnes, l'eau oxygénée brunit les épithéliums : c'est là un détail de clinique thérapeutique intéressant à connaître,

Caractères différentiels des croûtes dans l'herpès, l'impétigo et l'eczéma

Quand l'herpès se présente avec des vésicules non encore desséchées, son diagnostic est facile. Lorsqu'il n'existe plus que des croûtes, celles-ci peuvent prêter à confusion avec les croûtes de l'impétigo et de l'eczéma. Il est bon de savoir les distinguer les unes des autres.

Les croûtes de l'herpès sont généralement brunes, sèches, sanguinolentes ; celles de l'impétigo sont jaunes ; celles de l'eczéma sont molles. Les croûtes de l'herpès sont assez adhérentes ; celles de l'eczéma et de l'impétigo sont soulevées par la sécrétion sous-jacente. Couleur et adhérenc sont les deux caractères particuliers à la croûte de l'herpès.

Causes occasionnelles et cause efficiente de l'eczéma.

L'eczéma qui s'observe chez certains professionnels (cuisinières, blanchisseuses, maçons, etc.) tient à une prédisposition générale, mise en action par des causes locales occasionnelles. Pour avoir de l'eczéma, il faut être prédisposé. Les irritants externes agissent seulement chez les sujets capables d'y répondre. Tous les maçons, toutes les cuisinières, toutes les blanchisseuses, tous les manouvriers n'ont pas de l'eczéma. Seuls, en ont, ceux chez lesquels existe une prédisposition générale.

Traitement de la glossite scléreuse d'origine syphilitique.

Le traitement de la glossite scléreuse, comme celui du tabès et des accidents similaires, se règlera de la manière suivante (Gaucher) :

On fait d'abord 30 injections de benzoate de mercure ; puis, après 15 jours de repos, 15 nouvelles injections ; puis, 15 jours de repos, 15 injections, et ainsi de suite pendant une année. Dans la deuxième année, on fait les piqûres un tiers du temps, soit dix jours de traitement, vingt jours de repos. Quand il s'agit de manifestations qui supportent l'iodure, on prescrit ce médicament pendant les repos, 15 jours par mois, durant la 1re année. Durant la 2e année, on alterne ainsi : 10 jours de mercure, 10 jours d'iodure et 10 jours de repos chaque mois.

Les glossites d'origine syphilitique ne doivent pas être toutes traitées par l'iodure. S'il y a leucoplasie et menace de transformation épithé-

liale, il ne faut pas faire prendre d'iodure, qui peut précipiter ces lésions.

Chancre cutané. Chancre du méat.

Le chancre syphilitique *cutané* est, en général, étendu. C'est un chancre habituellement de grandes dimensions, qu'il siège au fourreau de la verge, à la cuisse, à toute autre partie du corps.

Le chancre *du méat,* assez rare d'ailleurs, est toujours syphilitique, même quand il n'est pas induré. Ne pas oublier la signification du mot « toujours », en médecine. Dans le langage médical, « toujours » veut dire : toujours.... sauf exception. La clinique n'a rien à voir avec les mathématiques et ses règles supportent des réserves.

Tout chancre du méat sera donc considéré jusqu'à preuve du contraire comme syphilitique. S'il a l'aspect d'un chancre mou, demandez à revoir votre malade. Ne diagnostiquer chancre mou, en pareil cas, que si l'on ne peut faire autrement.

Signification générale des chéloïdes.

Les malades faisant des chéloïdes à propos d'une affection cutanée quelconque (traumatisme, dermatose) sont des sujets chez lesquels existe une vulnérabilité spéciale de la peau. Cette vulnérabilité se traduit, chez un syphilitique par exemple, par le retour fréquent d'accidents spécifiques à la peau.

Syphilis non traitée.

Malade soigné pour un chancre il y a treize ans. Le chancre en question n'ayant pas paru caractéristique, le traitement mercuriel n'a été ni recommandé, ni suivi. C'est là une conduite thérapeutique défectueuse. En pareille matière, on doit dire : « dans le doute, ne t'abstiens pas ». La cure spécifique bien dirigée n'a pas d'inconvénient. L'abstention, par contre, en a. Pendant plusieurs années, ce malade n'a pas eu d'accidents. Mais en 1902, il a commencé à se plaindre de gêne respiratoire, de coryza avec ozène. En 1905, il eut une atteinte de troubles cérébraux (délire, hallucinations) qui furent traités à l'hôpital de la Pitié, au moyen de piqûres d'huile grise. En août dernier, une perforation palatine s'établit subitement. Quand il s'agit d'une perforation du voile, celle-ci se produit souvent brusquement, sans douleur, sans avertissement notable. Quand il s'agit de la voûte palatine osseuse, il n'en est plus de même. La perforation n'est plus aussi insidieuse. La lésion débutant par le plancher du nez, on observe des troubles du côté des fosses nasales. C'est le nez qui commence et cela doit attirer l'attention : on peut et on doit prévenir, dans ces conditions, une telle perforation.

Exostose syphilitique lombaire.

Malade syphilitique depuis 9 ans. Il s'est soigné à peine 6 mois. Il est venu en 1906 demander conseil pour un point douloureux localisé au niveau de l'apophyse épineuse de la première vertèbre lombaire. On diagnostiqua une exostose syphilitique probable et, effectivement, le traitement a beaucoup amélioré la lésion. Toutefois, les exostoses syphilitiques des vertèbres lombaires étant exceptionnelles et la règle, en pareil siège, étant la tuberculose, le mal de Pott, on a conseillé au malade, par mesure de prudence, de porter un corset. En face d'une semblable affection vertébrale, étant donné que, dans la généralité des cas, on a affaire au mal de Pott, il convient de pratiquer toujours l'immobilisation. Si l'on a des doutes, on y associe le traitement spécifique d'essai qui, bien dirigé, est inoffensif.

Leçon recueillie par le Dr P. LACROIX.

PHTISIOLOGIE

Le Sanatorium

Peu partisans, on le sait, d'un culte irréfléchi pour la mode en matière de thérapeutique, nous avons, en revanche, des convictions très arrêtées sur certains moyens de traitement que l'expérience a consacrés, malgré des oppositions systématiques souvent intéressées ou au moins illégitimement établies au point de vue scientifique.

De ce nombre est le sanatorium bien employé pour la cure de la tuberculose. L'extrait suivant d'une leçon de M. le Dr Le Gendre faite à l'hôpital de Lariboisière sera un plaidoyer de plus en faveur de notre opinion. Il nous semble utile de le présenter au moment où tous les gogos demandent les miracles que produit le sanatorium à des sérums Quinton ou autres panacées du même genre placées sous des patronages qui n'ont rien de médical.

Ces établissements, dit M. Le Gendre, sont, à mon avis, indispensables à un grand nombre de tuberculeux. Pourquoi ? Parce que c'est là seulement qu'ils peuvent recevoir l'éducation particulière qui leur est nécessaire. Le plus signalé service que vous puissiez rendre à un individu qui commence à entrer dans la tuberculose est de l'envoyer dans un sanatorium, dût-il n'y faire qu'un séjour de quelques semaines, deux mois, par exemple, car c'est là qu'il apprendra à se soigner, qu'on lui expliquera la portée de recommandations qu'il n'avait pas toujours très bien comprises, et qu'il prendra l'habitude d'une discipline précise dont l'exemple se sera répété quotidiennement sous ses yeux. Car l'hygiène du tuberculeux consiste en une multitude de détails concernant et la façon dont il doit manger, et celle dont il doit respirer, etc.

Le sanatorium a une autre utilité, c'est de soustraire le malade pendant un temps plus ou moins considérable à l'influence plutôt funeste de son entourage : on ne saurait croire jusqu'à quel point ! Tantôt c'est par un abus de sollicitude affectueuse qui ne sait pas assez sévèrement prescrire ceci et imposer cela. Trop de condescendance, dans certains cas, dans d'autres trop d'égoïsme, ou même seulement l'impossibilité de renoncer aux plaisirs, aux distractions mondaines, et le fâcheux effet que produisent alors sur le moral du malheureux tuberculeux les conversations relatives à toutes ces occupations auxquelles il lui est défendu de prendre part.

On a dit quelquefois que les malades entrant dans un sanatorium perdaient courage, désespéraient de guérir interrogez-les ; ils vous diront qu'à partir de ce moment leur orientation psychique a changé, ils ont vu la vie sous un aspect moins triste ; et cela se conçoit aisément. Au dehors, ils étaient comme un rebut de la société qu'ils ne pouvaient suivre dans ses travaux ni dans ses plaisirs. Dans le sanatorium, ils ne sont plus isolés, mais entourés de malades comme eux, vivant de la même vie, et nullement inquiétés par le spectre de l'épuisement fatal : tout au contraire, ils voient les guérisons s'opérer, et eux-mêmes, réconfortés moralement et physiquement, ne tardent pas à engraisser, à reprendre des forces, à voir leurs sueurs nocturnes disparaître, leur respiration s'améliorer, etc. Certes, je n'en dirais pas autant s'ils étaient

condamnés à partager les salles de nos tuberculeux à la dernière période dont la terminaison fatale à brève échéance est inévitable et dont le spectacle constitue évidemment un exemple encourageant pour les nouveaux venus. Mais, on ne soigne dans les sanatoriums que les tuberculoses initiales et curables, ou tout au moins ceux dont la survie plus ou moins longue est assurée.

Enfin, il y a dans cet établissement une action salutaire exercée par le médecin toujours présent, dont l'autorité est infiniment plus grande que celle du médecin de la famille et qui peut exercer une psychothérapie efficace dont celui-ci serait incapable par suite de ses rapports trop espacés avec ses malades. Cette influence psychique du médecin, qui doit être à la fois doux et ferme a tout autant d'importance chez les tuberculeux que chez les hystériques, les alcooliques et les neurasthéniques. Ces malades ont besoin d'un tuteur moral qu'ils ne sauraient trouver ailleurs que dans les sanatoriums.

Si la tuberculose est la maladie dont le traitement préoccupe le plus vivement l'attention du public, c'est précisément parce qu'on se rend très bien compte que, par son énergie, par sa volonté, par sa connaissance profonde de l'évolution du mal, le médecin peut rendre d'énormes services, car les tuberculeux guérissent beaucoup plus fréquemment qu'on ne le pense, et j'ai la conviction que notre rôle n'a pas été indifférent dans ces cas-là.

La question du sanatorium appliqué à la classe indigente ne vise pas seulement l'isolement destiné à remédier à la contagion, mais vise également la cure hygiéno-diététique chez les sujets pris de bonne heure, à la période initiale de la tuberculose. Plusieurs sanatoriums populaires ont été installés en divers pays. Personnellement, nous avons collaboré à la création d'un de ces établissements, aux environs de Paris, où chaque année, nous enregistrons de nombreuses guérisons ou des améliorations assez notables pour permettre aux malades de reprendre l'exercice de leur profession et d'avoir une survie d'un plus ou moins grand nombre d'années.

THÉRAPEUTIQUE

Le sanguinal en thérapeutique.

Par Edouard Bube.

On connaît la composition chimique du sanguinal. Il contient 10 % d'hémoglobine cristallisée, chimiquement pure, 46 % de sels naturels du sang, 44 % d'albumine musculaire peptonisée, traîchement préparée, et des traces de manganèse. Le sanguinal se distingue fort avantageusement des préparations ferro-hématiques similaires en ce qu'il renferme, en plus de l'hémoglobine, d'autres éléments constituants du sang, indispensables à l'hématopoïèse.

C'est particulièrement le cas des sels sanguins dont le rôle important fut, dans ces dernières années, mis en évidence par Cœnen, Bienacki, Gurber, von Moraczewska, Rumpf et d'autres.

L'albumine musculaire peptonisée qui entre, ainsi qu'il l'a été dit, dans la composition du sanguinal, s'est trouvée être également un agent thérapeutique précieux. Le sanguinal agit surtout par son hémoglobine ; il permet d'introduire dans l'organisme, sous une forme directement assimilable et résorbable, le fer hématique dont le sang du malade a si grand besoin.

Pour ce qui en est du manganèse, dont le sanguinal renferme des traces, il y a lieu de rappeler que les préparations manganiques furent employées, de tout temps, dans le traitement de divers états morbides, en particulier des troubles de la sécrétion hépatique, de la lithiase biliaire, des affections rhumatismales, scrofuleuses, névralgiques, etc.

Le sanguinal est employé, de préférence, sous la forme pilulaire. Il serait superflu de s'arrêter aux avantages de ces pilules d'aspect appétissant, sucrées et indéfiniment stables. Une préparation martiale, administrée sous cette forme, exclut toute action nuisible du fer sur les dents. Cela se rapporte, en particulier, aux pilules de sanguinal. Leur usage, même prolongé pour des mois, ne provoque jamais de troubles digestifs ni aucun effet secondaire fâcheux, à l'encontre de ce qu'on observe avec d'autres préparations ferrugineuses.

La teneur de chaque pilule de sanguinal correspond à 5 grammes de substance active de sang humain.

On emploie le sanguinal chez les anémiques, plus particulièrement contre les manifestations si variées de la chlorose à l'égard desquelles l'effet thérapeutique de ce produit est aussi complet que possible.

L'action thérapeutique du sanguinal se manifeste rapidement, dans tous les cas, par l'amélioration du facies, en même temps que se modifie favorablement l'état subjectif qu'augmente le nombre des hématies et que s'accroît le poids du corps.

L'idée s'imposait d'elle-même de combiner le sanguinal à d'autres médicaments pouvant le seconder dans son action spécifique.

Dans les troubles digestifs, on aura avantage à associer le sanguinal à l'extrait de rhubarbe.

Les pilules de sanguinal et arsenic ont aussi une action thérapeutique spéciale. L'association du sanguinal avec l'acide arsénieux est indiquée dans la neurasthénie, l'impaludisme chronique, la chorée, les névralgies diverses, le psoriasis, les eczémas invétérés, le diabète, les lymphomes et les états leucémiques.

Les pilules de sanguinal et iode trouvent un emploi étendu, notamment contre les vomissements incoercibles de la grossesse, les fermentations gastro-intestinales, l'entérite, la dysenterie et les adénites scrofuleuses des anémiques.

Dans les cas d'anémie extrême, après les hémorrhagies graves (post-partum ou autres), dans les états d'affaiblissement par abus d'exercices sportifs ou par excès sexuels, l'association du sanguinal au chlorhydrate de quinine a donné, dans ces derniers temps, les résultats les plus encourageants. Les pilules de sanguinal et quinine sont, d'autre part, un tonique et un roborant d'un effet sûr et rapide ; elles rendent de signalés services aux convalescents.

Les pilules de sanguinal simples (sans adjonction d'autre médicament), tout comme les pilules de sanguinal composées (additionnées de rhubarbe ou d'arsenic, d'iode ou de chlorhydrate de quinine) sont prescrites, d'habitude, à la dose de neuf pilules par jour, ingérées en trois prises de trois pilules chacune.

Pour une cure, 200 à 300 pilules suffisent généralement.

NOTES D'HYGIÈNE

(Réponse).

Dans ses notes d'hygiène sur « Le vin » publiées dans le *Concours*, du 3 novembre, notre estimé confrère le Dr Viand, d'Agon-Coutainville, me

met en cause avec Triboulet. Je ne suis pas fâché de l'occasion qui se présente pour répondre au nom des médecins abstinents.

Ceux-ci, dans leur propagande de pure hygiène générale, ont toujours tenu à s'abstraire de tous intérêts locaux. On est mal placé pour parler de tempérance, pour la définir, pour condamner l'abstinence, quand on habite un pays viticole où tant de nos confrères, et non des moindres, sont propriétaires et viticulteurs. Il n'y a pas de mal à faire valoir son bien et à en tirer profit. — Vous êtes orfèvre, Monsieur Josse. — C'est toujours vrai. Les croisades provinìques des confrères du Midi n'ont jamais produit et ne peuvent produire l'effet qu'ils en attendent, malgré une sincérité à laquelle je me fais scrupule de rendre hommage. Certes, il est toujours permis à un médecin, même viticulteur, de proclamer les bienfaits du vin, mais il est tenu alors à une rigueur scientifique bien plus grande que tout autre dans ses déclarations, et dame, ce n'est pas précisément la marque des déclarations que je connais, lesquelles sont d'un caractère beaucoup trop général, trop traditionnel, trop convenu, pour être acceptées notamment par les confrères abstinents, qui, fort nombreux dans tous les pays (sauf chez nous), ont créé en faveur de l'abstinence un véritable monument scientifique. J'aimerais, si le *Concours* n'était pas aussi surchargé de copie, y faire, à l'adresse des confrères qui le lisent avec tant de fruit, connaître cette *Science* antialcoolique, que l'on ignore faute de temps et de documents.

Je n'ai pas l'honneur de connaître M. Viaud et, ce que j'ai dit ci-dessus ne vise personne à titre privé, cela va de soi. Mais, j'avoue que ses notes d'hygiène où il fait état, avec tant d'enthousiasme de travaux ou déclarations tels que ceux de Doléris, Sabrazès, Mauriac, etc., m'ont laissé l'impression qu'il ne connaît pas assez l'argumentation adverse.

Il me semble, en me plaçant sur un terrain plus général encore, qu'il n'appartient pas au médecin de prendre en mains la défense du vin, pas plus que de la bière, du pain ou du sulfate de quinine. Dans une affaire si mélangée d'intérêts, de traditionnalisme, et de tant de choses encore qui n'ont avec l'hygiène qu'un rapport éloigné, le médecin perd forcément de sa belle sérénité d'homme de science, parfaitement indépendante.

Qu'il prenne en main la cause de la tempérance, soit, c'est son devoir. Mais, qu'il se montre provinique, c'est une autre affaire. Il est conduit fatalement à inventer ces deux énormités « que le vin est l'antidote de l'alcool » et « que l'usage régulier du vin est le meilleur remède à opposer à l'alcoolisme ». De pareilles affirmations contredisent si fort l'observation journalière et la vérité scientifique que, seuls, les journaux à la solde des négociants osent s'en servir. Craignons, pour notre renom, de pareilles aventures.

Au demeurant, que veulent les médecins abstinents ? Ils veulent déclarer tout simplement que le régime alimentaire de l'eau est supérieur au régime vinique, et qu'en ce temps d'alcoolisme à outrance, que personne ne nie, même parmi les proviniques, c'est jouer avec le feu que de jouer avec le vin. Quant à s'évertuer à trouver des vertus alimentaires à cette boisson fermentée, personne n'ignore qu'on en trouvera facilement davantage et à meilleur compte dans le moindre des aliments ; qu'il vaut cent fois mieux déguster le raisin que le vin, qu'il serait cent fois préférable que le commerce et l'industrie s'ingénient à vous donner en tout temps et à bon compte nos raisins admirables, qu'un vin, dont le moindre défaut sera toujours, et quoi qu'on en dise, d'être une boisson *alcoolique*.

Puissions-nous ici rompre des lances courtoises en faveur d'une cause dont la victoire pourrait faire tant d'honneur au médecin.

Dr Legrain.

CHRONIQUE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Réflexions dédiées aux délégués à la commission du tarif Dubief.

Mon cher Rédacteur en chef,

Permettez-moi de libérer ma conscience au sujet du Tarif des accidents du travail.

Est-ce à dessein qu'à notre dernière Assemblée générale vous avez borné votre habituelle communication en cette matière à ces deux points seulement : *Résultat de l'enquête sur les chiffres proposés par les Syndicats en vue de la révision prochaine et création des commissions mixtes entre assureurs, médecins et pharmaciens* ?

Si j'avais pu assister aux séances j'aurais pris la liberté d'attirer en outre votre attention, ainsi que celle de MM. Pédebidou et Dubuisson, sur quelques autres questions qu'il est encore temps de signaler à nos sociétés. Faites-moi, à cet effet, je vous prie, place suffisante dans les colonnes de notre *Concours médical*, si vous estimez que mes observations ont une portée assez haute et assez générale pour pouvoir peut être intéresser votre attitude future.

Examinons d'abord, si vous le voulez bien, d'une part ce que devait être le Tarif, d'autre part ce qu'il est devenu à l'usage qu'on en a fait.

M. le Sénateur Gourju et M. le Directeur de l'assurance et de la prévoyance sociales, qui en firent voter le principe, d'après ce que j'ai su, avaient bel et bien donné comme raison à cette grave innovation législative *la nécessité d'empêcher la fantaisie et l'arbitraire des tribunaux de paix en liant ceux-ci par un texte formel et précis.* C'est ce que nous avons tous lu dans l'*Officiel* et dans nos *Bulletins* comme aussi dans le *Concours Médical.* J'ai même sous les yeux le langage tenu alors par M. Gourju devant le Conseil de l'Union des Syndicats médicaux.

Or, le Tarif une fois voté, avez-vous eu connaissance qu'une circulaire ait été adressée aux Juges de Paix pour leur faire part de l'intention formelle du législateur et du gouvernement sur la manière de l'appliquer ? Quant à moi, si elle existe, je l'ai cherchée sans la trouver. N'eût-il pas été sage que nos délégués en fissent la demande au Ministre ? Je réponds : « Oui » sans hésiter, car on eût de la sorte rendu inutiles ces nombreuses expertises (souvent à cent francs l'une pour des notes qui n'atteignaient pas cinquante francs), ces fameuses expertises au cours desquelles nos gloires (?) de la médecine légale se sont disqualifiées en substituant des interprétations aussi personnelles que parfaitement absurdes aux conclusions de la Commission ministérielle, si bien que la suspicion la plus légitime atteint aujourd'hui ces spécialistes en expertise en même temps que les magistrats qui les ont requis et n'avaient pas à les requérir car ils étaient au moins tenus, me semble-t-il, de savoir lire et comprendre le français. On eût de plus évité tout ce fatras de jurisprudence tendancieuse destiné à discréditer le tarif ministériel jusque dans ses précisions les plus réfléchies et les mieux établies. On eût ensuite épargné à certains parlementaires les compromissions qu'entraînent inévitablement ces louches campagnes menées contre des méde-

cins, dont plusieurs, m'a-t-on dit, entendent relever l'épithète de *marrons* et veulent la faire retirer à ceux qui, par pure philanthropie et parfait désintéressement sans doute, les en ont qualifiés au nom de la vertu, de la déontologie et de la solidarité sociale.

On eût, pour tout dire, empêché enfin l'*arbitraire* que MM. Gourju, Paulet, Trouillot, et avec eux tous les Sénateurs de 1905, redoutaient pour le corps médical et que l'interprétation anarchique du Tarif, par des juges aux qualités professionnelles insuffisantes est précisément en train d'organiser.

Puisque nos trois délégués paraissent n'avoir point prévu ce qui arrive aujourd'hui et qu'ils peuvent désormais s'autoriser de cette triste expérience, je me permets du moins de leur conseiller de réclamer les garanties nécessaires, dès qu'il se retrouveront en présence de M. Gourju et de M. Paulet et de s'efforcer de les obtenir avant d'aborder toute étude de révision. Il faut en effet prévenir et empêcher une fois pour toutes ces contestations sans fondement et ces abus criants dont le corps médical ne cesse d'être victime. Si telle ne devait pas être leur tâche, qu'iraient-ils faire dans les salons ministériels, si ce n'est perdre leur temps à recevoir « l'eau bénite de cour » ?

De celle-là, mon cher Confrère, en ce qui concerne la deuxième question dont je veux aujourd'hui vous entretenir, vous fûtes tous trois, j'en suis convaincu, très largement aspergés et c'est sans doute pourquoi vous avez pu commettre, sans vous en douter, l'erreur d'interprétation sur laquelle je suis maintenant à mon grand regret obligé d'insister. Il s'agit, vous le devinez, des décisions qu'a prises en 1906 la commission qui devait procéder aux relèvements prévus par l'article 1er du Tarif.

Voici dans quels termes vous avez à l'époque rendu compte des travaux de cette commission.

« Il s'agissait de se prononcer sur les relèvements ou abaissements du prix de la visite dans certaines localités, après les enquêtes prévues par l'arrêté tarif du 30 septembre 1905, en son article premier.

La Direction de l'assurance et de la prévoyance sociale s'était livrée à l'examen de tous les dossiers au préalable.

Pour la très grande majorité de ceux-ci, elle avait constaté l'accord des médecins, des assureurs et de l'Administration à reconnaître le prix de 2 fr. ou plus, pratiqué dans ces localités avant 1901, quel que fût le chiffre de la population.

La Commission à l'unanimité, proposa donc de trancher la question, en ce qui concernait ces localités, par le *Vu* que, dans le décret, nous reproduisons en italiques. *Il assigne le prix de 2 francs en réponse aux demandes des communes dont les noms ne figurent pas dans la triple énumération qui constitue les trois articles de l'arrêté.*

La Commission examina ensuite, espèce par espèce, le cas des localités où les résultats de l'enquête paraissaient discordants. *L'arrêté les désigne nominativement mais en bornant son énumération aux noms des communes où réside le médecin demandeur, le même prix s'appliquant aux communes qu'il visite avec l'indemnité kilométrique en plus suivant la distance.*

Nous prions nos confrères de bien retenir ces observations et d'en conserver soigneusement le texte, pour être mis s'il y a lieu sous les yeux des juges non informés ou mal informés en même temps que celui de l'arrêté nouveau.

Il va sans dire que les prix nouveaux ne sont applicables qu'aux sinistres survenus après le 26 juillet 1906, de même que les précédents visaient les sinistres postérieurs au 30 novembre 1905 ».

Nul de nous ne soupçonna alors qu'en vous exprimant ainsi vous commettiez une erreur. Nous trouvions naturel, logique, que l'Administration accordât elle-même le relèvement aux demandes non contestées et qu'elle ne soumît à la commission que les cas litigieux. Nous admettions même quoique avec restrictions, les décisions prises pour abréger l'énumération du décret, quand elles étaient suffisamment indiquées par le « Vu » ci-contre :

Vu les avis de la Commission instituée par arrêté du 20 mai 1905, et spécialement celui par lequel, à l'unanimité, *elle estime que, dans l'esprit qui a dicté les dispositions transitoires susénoncées, il serait désirable d'élever à 2 francs le prix de la visite dans les localités de moins de 5.000 habitants visées au paragraphe 1° du troisième alinéa de l'article 1er* POUR LESQUELLES IL A ÉTÉ RECONNU QUE LE PRIX COURANT DE LA VISITE ÉTAIT SUPÉRIEUR A 1 FR. 50 ANTÉRIEUREMENT A 1901 ;

Il n'est venu à l'idée de personne que vous inventiez cette interprétation et que vous la lanciez effrontément dans le public que la question intéressait, sans qu'elle eût été vraiment discutée, acceptée et certainement consignée dans les procès-verbaux de la Commission... s'il y en a eu. Aussi, lorsque les assureurs, par l'intermédiaire de leurs agents, se sont élevés dans nos justices de paix contre cette interprétation, lorsqu'ils ont soutenu qu'elle était erronée et fantaisiste, mon Syndicat a voulu savoir de source sûre quelle avait été l'attitude réelle de la Direction de l'Assurance dans cette question où vous vous montriez si affirmatifs et si précis. J'ai alors échangé avec M. le Ministre du Travail les lettres suivantes dont je dois communication publique à mes Confrères du Syndicat et que je puis par conséquent vous livrer pour l'édification de MM. Pédebidou et Dubuisson et la vôtre même, mon cher Confrère.

Valence, le 13 décembre 1907.

Monsieur le Ministre du Travail et de la Prévoyance sociale, Paris.

Par lettre du 2 octobre, adressée à Monsieur le Ministre du Commerce, j'avais, au nom du Syndicat médical de la Vallée du Rhône, exprimé le désir de connaître les raisons pour lesquelles certaines localités du département de l'Ardèche n'avaient pas été comprises au nombre de celles pour lesquelles l'arrêté du 26 juillet 1906 avait élevé le prix de la visite médicale en matière d'accidents du travail.

Par lettre en date du 16 octobre, vous avez bien voulu me répondre que les documents produits à votre administration n'ont pas paru de nature à permettre une élévation de tarif qui, dans l'esprit de l'arrêté du 30 septembre 1905, ne pouvait être consentie qu'à titre transitoire et exceptionnel.

J'ai transmis votre réponse aux membres du Syndicat médical de la Vallée du Rhône dans leur réunion du 5 novembre 1907. Ils m'ont chargé, Monsieur le Ministre, de vous faire respectueusement remarquer que le motif invoqué par votre administration pour justifier le rejet de certains documents parmi ceux que nous avons fait tenir à Monsieur le Ministre du Commerce, ne saurait être exact, attendu que les mêmes documents recueillis et transmis en même temps dans les mêmes conditions ont permis de relever le tarif dans certaines communes de l'Isère et de la Drôme. Ces documents consistaient tous, en effet, dans des certificats de notoriété délivrés par les maires et établissant qu'antérieurement à 1901 le prix de la visite médicale pour les ouvriers était dans leur commune de...... francs. Ils s'appliquaient aux localités suivantes :

Annonay	Arlebosc	Cornas
Tournon	Bozas	Guilherand
Sarras	Lafarre	Soyons
Saint-Félicien	Saint-Péray	

pour le département de l'Ardèche.

Le Grand-Serre	Morax	Crozes
Saint-Donat	*Saint-Sorlin*	Mercurol
Saint-Vallier	Tain	Ponsas
Anneyron		

pour le département de la Drôme.

Vienne	*Le Péage*	Sablon
Meyzieu	Chanas	Saint-Alban
Roussillon		

pour le département de l'Isère.

Condrieu	Sainte-Colombe

pour le département du Rhône

Seules les localités dont les noms sont imprimés en italique ont bénéficié du relèvement du tarif. Nous nous demandons pourquoi ce qui a été possible pour certaines communes a été dans des conditions identiques jugé impossible pour les autres.

D'autre part si nous considérons qu'à l'exception de Vienne, les communes pour lesquelles ont été relevés les prix du tarif sont des communes presque exclusivement agricoles où ne surviennent que rarement des accidents du travail, nous sommes obligés de constater combien gravement ont été sacrifiés les intérêts du corps médical.

Pour défendre ces intérêts dont nous avons la garde, il nous est nécessaire de connaître les motifs qui ont fait rejeter la plupart de nos documents justificatifs, présentés conformément aux dispositions de l'arrêté du 30 septembre 1905.

Vous avez bien voulu, il est vrai, me faire remarquer que cet arrêté ministériel du 30 septembre 1905 ne s'imposait pas aux médecins. C'est vrai en théorie, mais dans la pratique nous n'avons aucun moyen de faire accepter des honoraires supérieurs.

En raison des pénalités de l'article 30, il n'est aucun patron qui puisse reconnaître en justice nous avoir demandé nos soins pour ses ouvriers victimes d'un accident du travail. En fait, nous sommes donc toujours considérés comme ayant été librement choisis par l'ouvrier. Il suffit dès lors que l'assureur conteste nos honoraires, et il ne s'en fait pas faute, pour que le juge de paix ayant à fixer la contribution patronale, nous fasse l'application du tarif ministériel, qui seul peut lui servir de base. Pouvons-nous réclamer au blessé lui-même la part d'honoraires dont nous sommes ainsi privés ? Un pareil recours serait entièrement illusoire, s'il nous convenait de l'exercer.

Et c'est parce que nous sommes ainsi nécessairement obligés de subir le tarif ministériel qu'il nous importe de le voir relever dans toutes les localités où les prix pratiqués avant 1901 autorisent ce relèvement. Nous avons cru pendant longtemps que ce relèvement était de droit dans toutes les communes pour lesquelles il avait été justifié de prix supérieurs antérieurement à 1901. Puisqu'il n'en est pas ainsi, il nous est indispensable en vue des protestations que nous avons à formuler, comme des démarches à poursuivre pour obtenir des prix plus élevés, de connaître les raisons précises qui ont fait rejeter la presque totalité de nos documents justificatifs.

En insistant respectueusement auprès de vous Monsieur le Ministre, pour qu'il nous soit donné satisfaction, je vous prie d'agréer l'assurance de mes sentiments distingués

Le Président,
Dr Rocheblave.

MINISTÈRE DU TRAVAIL et de la PRÉVOYANCE SOCIALE — RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Direction de l'Assurance et de la Prévoyance Sociale

CONTROLE des Sociétés d'assurance contre les Accidents du Travail

Paris, le 7 Janvier 1908.

Monsieur le Dr Rocheblave,
Président du Syndicat médical de la Vallée du Rhône à Valence (Drôme).

Par lettre du 13 décembre 1907, faisant suite à celle du 2 octobre, vous m'avez fait remarquer que les membres du Syndicat médical de la Vallée du Rhône, auxquels vous avez communiqué ma dépêche du 16 octobre, ne sauraient tenir pour justifié le maintien du tarif général des frais médicaux et pharmaceutiques en matière d'accidents du travail, pour certaines communes des départements de l'Ardèche, de la Drôme, de l'Isère et du Rhône

J'ai l'honneur de vous informer que l'arrêté du 26 juillet 1906, fixant le tarif transitoire prévu par l'arrêté du 30 septembre 1905, a été pris conformément aux avis émis par la Commission spéciale visée à l'article 4 de la loi du 9 avril 1898 modifié par celle du 31 mars 1905 et que ladite commission a délibéré, tant sur le vu des documents qui lui ont été soumis, que d'après les résultats de l'enquête administrive à laquelle il a été procédé.

Je ne puis donc que vous confirmer les termes de ma dépêche du 16 octobre, et j'ajoute que je fais prendre note de votre réclamation au dossier spécial sur la matière, pour la soumettre en temps utile à l'examen de la Commission susvisée.

Recevez, Monsieur, l'assurance de ma parfaite considération.

Le ministre du Travail et de la Prévoyance sociale,
Par autorisation :
Le conseiller d'Etat, Directeur de l'Assurance et de la Prévoyance sociales,
Georges Paulet.

Quelles réflexions cette correspondance suscite-t-elle dans votre esprit ? Pour moi, mon cher Confrère, elle a fait mon opinion. La cause est entendue comme on dit au Palais et ce n'est que par acquit de conscience que pour obtenir une précision superflue j'ai cru devoir répliquer par la lettre suivante :

Valence, le 18 janvier 1908,

Monsieur le Ministre du Travail et de la Prévoyance sociale,

Par votre lettre du 7 janvier 1908, vous avez bien voulu m'informer, Monsieur le Ministre, que si, contrairement à l'article 1er, du décret-tarif du 30 septembre 1905, nos demandes de relèvement ont été presque en totalité rejetées malgré les documents justificatifs que nous avions fournis c'est parce que la Commission spéciale visée à l'article 4 de la loi du 9 avril 1898 modifié par celle du 31 mars 1905 en avait ainsi délibéré.

Je vous remercie d'avoir bien voulu me donner la preuve que si les intérêts du corps médical ont été sacrifiés, ils l'ont été du moins après avis conforme de la Commission compétente, mais comme d'autre part les raisons que nous avons de vouloir connaître les motifs pour lesquels nos certificats de notoriété ont été repoussés et que vous exposait ma lettre du 13 décembre persistent avec toute leur force, j'ai l'honneur de vous prier de vouloir bien me faire communiquer la partie des procès verbaux de la dite Commission et la partie des résultats de l'enquête administrative à laquelle il a été procédé, qui intéressent mon

CORRESPONDANCE
HEBDOMADAIRE

Dr V... de C. à *Concours.* — Rien encore à ce sujet. La circulaire promise par M. Mirman n'a pas, à notre connaissance du moins, passé à l' « *Officiel* », et réparation n'a pas été accordée aux deux victimes de révocation arbitraire auxquelles nos Sociétés s'étaient intéressées. Si rien ne vient, il faudra bien songer au Conseil d'Etat.

Dr D. à T.. — La combinaison D de l'Amicale ne sera définitive que fin avril, après l'assemblée générale de l'Association générale des médecins de France.

A ce moment, une étude spéciale sera publiée au journal pour éclairer les intéressés.

Dr M. à S. R. — Aucune modification de la combinaison B n'est possible, elle reste ce qu'elle était pour les anciens adhérents mais n'en admet plus de nouveaux.

Dr C. à B. — Evidemment, le fait d'avoir touché une annuité de pension supprime la possibilité du remboursement, en cas de décès, des cotisations versées et des primes de contre-assurance. Il n'est pas possible qu'il en soit autrement.

Dr F. de B.. à P. — Notre confrère B... n'avait pas, malgré nos instances, adhéré à l'Association générale, il nous est donc impossible de faire accorder un secours à sa veuve.

Dr L. B à D. — Le service de l'inspection médicale des écoles ne fonctionne encore que dans peu d'endroits, nous croyons qu'il est question d'organiser ce service obligatoirement partout en exécution de la loi sur la Protection de la santé publique. Des renseignements ont été demandés dans les préfectures — mais la question en reste là jusqu'à présent.

Dr P. à H. — Faisant une piqûre hypodermique à un épileptique alcoolique, vous avez cassé votre aiguille qui est restée dans la plaie et qui n'a pu être retirée que plus tard avec difficulté et le malade vous demande 5000 fr. de dommages-intérêts. Vous pourrez, ce nous semble, prouver qu'il n'y a pas faute de votre part, mais voyez combien, si vous faisiez partie du « Sou médical », votre sécurité serait plus grande ; il se chargerait du procès et couvrirait votre responsabilité civile.

Dr C. à E. A., à *Concours.* — Je vous serais infiniment

Suite page VIII.

Correspondance hebdomadaire

(*Suite*).

reconnaissant de vouloir bien me donner une réponse le plus tôt possible dans les colonnes du *Concours médical* sur le fait suivant.

Il y a 7 ou 8 ans, M. le Préfet de Constantine me mandait à le Préfecture pour me prier d'autoriser sous mon couvert et sans boutique ouverte un nommé X... homme d'âge ; sans diplôme d'aucune sorte, mais ayant exercé à titre d'élève pendant de nombreuses années chez un pharmacien. L'autoriser dis-je, à délivrer sur ordonnances de moi ou de mes confrères, des médicaments.

Il était stipulé qu'il ne pouvait confectionner *aucune potion sans ordonnances*, mais il pouvait délivrer les sels de quinine ainsi que l'antipyrine. J'ajouterai qu'en Algérie les communes, souvent très éloignées des pharmaciens délivrent toutes des sels de quinine.

M. X... ayant quitté la localité, un nommé Y... fils de pharmacien, sans diplôme également, mais ayant manipulé pendant des années chez son père pharmacien, se présente chez moi et, muni d'une demande signée *de tous les habitants* de la commune où exerçait X.... me demande à continuer la pharmacie aux mêmes conditions.

La Préfecture n'y voit aucun inconvénient, si moi-même j'y consens, et mon avis lui ayant été favorable, elle lui adresse une autorisation dans les mêmes conditions qu'au sieur X...

Il s'installe et après 2 ans d'exercice, un huissier d'une localité assez éloignée vient lui demander 1 gr. d'antipyrine pour, dit-il, dissiper le mal de tête dont il souffre, il le lui délivre.

Immédiatement il fait constater le délit, car il est envoyé par le Syndicat des pharmaciens de Constantine et est poursuivi à 6.000 de dommages-intérêts, 500 fr. d'amende, pour exercice illégal de la pharmacie.

J'ai été appelé à déposer aujourd'hui même et ai fait au tribunal l'historique que je viens de vous conter relatif à son autorisation. Le tribunal a remis à quinzaine le prononcé du jugement. Il va être condamné à de légers dommages intérêts à 500 fr. d'amende (c'est un minimum) et à la fermeture de la pharmacie.

Voici maintenant le point important sur lequel je voudrais être fixé.

Il est probable que le Préfet va me prier d'avoir un dépôt de pharmacie dans la localité où X. et Y. ont exercé pour y distribuer, mes jours de visite (2 fois

Suite page XI.

Brochures et Échantillons). M. REINICKE, 39, Rue Ste-Croix-de-la-Bretonnerie, PARIS.

Syndicat et ont entraîné le rejet des demandes que nous avions formulées.

J'espère, Monsieur le Ministre que mieux que quiconque, vous comprendrez que si nous devons être condamnés, nous ne pouvons du moins le rester sur le vu seul de pièces secrètes. Je fais en conséquence un pressant appel à vos sentiments d'impartialité et de haute justice pour qu'en donnant satisfaction à ma demande vous nous permettiez de connaître et de discuter les raisons qui ont empêché d'aboutir nos demandes de relèvement.

Veuillez agréer, Monsieur le Ministre, l'assurance de ma considération très distinguée.

Dr ROCHEBLAVE,
Président du syndicat de la Vallée du Rhône.

Dans l'intérêt de tous, il ne me reste plus qu'à souhaiter que cette correspondance ministérielle, qui, je le disais tout à l'heure, a fait mon opinion, fasse aussi celle de nos délégués. Les voilà maintenant, solidaires qu'ils sont des autres membres de la Commission, déclarés responsables du passe-droit dont nous sommes victimes, *puisqu'ils en avaient délibéré* et les voilà par surcroît sous l'accusation d'avoir travesti les décisions de 1906 ! C'est assez réussi comme machination et il eût été sans doute difficile de produire mieux, même par collaboration accidentelle de l'Assurance et de la Politique, toutes deux maîtresses ès-combinaisons imprévues... pour les naïfs mortels. Mais telle est à mon grand regret la situation qui vous est faite devant l'opinion médicale. Qu'en dites-vous, mes chers confrères ?

Il me reste enfin une troisième observation à vous soumettre.

Puisque vous allez bientôt essayer de remettre à neuf ce pauvre Tarif, réduit dès maintenant et à la barbe même d'un ministre aveugle et sourd, à l'état de loque lamentable, par tout un personnel prenant sans doute le mot auprès des richissimes Compagnies, ne serait il pas d'une élémentaire prudence d'obtenir la promesse que les procès-verbaux de vos futures délibérations seront ultérieurement mis à votre disposition ?

Quand le Parlement vote une loi, on publie le compte rendu de ses travaux : rapports, discussions etc. Plus tard, lorsque surgissent les difficultés pour l'interprétation du texte légal le plus clair, les magistrats du plus haut degré trouvent dans ces « annexes » tous les moyens de s'éclairer. Vous préparez, vous, en Commission, un tarif *légal* (voir article 4 de la loi de 1905) ; la tâche est particulièrement ardue, scabreuse, la question obscure par suite des arguments et considérations *techniques* qui entraînent tels chiffres plutôt que tels autres, et lorsque le moment est venu d'appliquer vos décisions, sans doute parce que le soin de les interpréter est laissé à des experts d'occasion et à des juges de compétence restreinte, on ne leur fournit aucun des éléments d'appréciation qui vous ont permis de former votre opinion pourtant éclairée et qui leur permettrait sans doute de juger avec plus d'équité ! Ne voyez là, mon cher Confrère ni un oubli de l'administration, ni une mauvaise plaisanterie commise à la légère. Nos syndiqués y trouvent comme moi et avec tristesse le *fait du prince* mis au service non seulement des millions que les Compagnies consacrent annuellement à la Chicane, mais aussi des capitulations de conscience qu'elles pourraient ainsi provoquer et de l'attaque sans cesse renaissante du pot de fer contre l'humble pot de terre qui à l'effronterie de ne pas vouloir se laisser briser.

Tout a été dit sur ce que vous devez revendiquer pour nous en matière de chiffres : je l'ai lu, je n'y reviens pas plus que vous ne l'avez fait vous-même le 17 novembre. Mais, puisque vous avez paru, en rappelant les notes d'honoraires détaillées et expliquées, en prônant les commissions mixtes pour le règlement de celles-ci, en réclamant la rencontre plus fréquente du médecin patronal et du médecin du blessé, préoccupé de donner toutes garanties et tous gages à des intéressés certainement moins scrupuleux que nous, j'ai tenu à vous crier bien haut :« Vous aussi prenez vos précautions, celles surtout que l'élément neutre et arbitre qui siège dans la Commission, (députés, sénateurs, techniciens officiels) n'a pas le droit de vous refuser sans devenir immédiatement suspect de partialité. »

Cette longue lettre que j'adresse à vous mon cher Confrère, parce que rédacteur en chef du *Concours Médical* est en réalité destinée aux trois délégués des Syndicats médicaux. Il me répugnerait, les entendre encore qualifiés de dupes après leurs prochains travaux.

En même temps, qu'à vous je leur envoie l'expression de mes sentiments les plus confraternels en les priant de nous armer pour l'application loyale de la loi accidents à tous ceux qu'elle vise et à ceux qu'elle visera prochainement, c'est-à-dire à la majeure partie de notre clientèle. Nous n'avons pas de goût pour la guerre sociale du capitaliste contre le travailleur, du fort contre le faible, de la tyrannie collective contre l'individu libre et maître de sa personne. Il faut qu'on sache partout et particulièrement en haut lieu, par nos délégués que nous ne fournirons une collaboration utile à l'effort de philanthropie sociale que si on nous garantit le gagne-pain dans un milieu de paix et d'indépendance assurée. Les loyales précautions que je réclame n'ont pas d'autre raison d'être.

Veuillez agréer, etc.

Dr ROCHEBLAVE,
Président du Syndicat médical de la Vallée du Rhône.

N. D. L. R. Nous ne pouvions refuser l'insertion de cette lettre qui, pour contenir autre chose que des compliments à nos délégués, n'en paraît pas moins dictée surtout par le souci de l'intérêt général. M. le Dr Jeanne nous a déclaré être incapable de contester le bien fondé des observations de M. Rocheblave. MM. Pédebidou et Dubuisson auront toute *liberté de réponse s'ils le désirent*.

Dr D.

ASSOCIATION AMICALE MALADIE

(26 *décembre* 1907.)

Présents : MM. les Dr Maurat, Lepage, Gassot, Cézilly, Mignon et Jeanne.

Le Président donne la parole à M. Mignon, secrétaire-général qui s'exprime ainsi :

Messieurs,

Sur 140 demandes de statuts environ que nous avons reçues depuis deux mois et auxquelles nous avons régulièrement répondu par l'envoi d'un dossier complet prêt à être rempli, 80 ont été suivies des candidatures que vous allez avoir à examiner.

Jamais pareil chiffre n'avait été encore approché dans un trimestre. Les autres confrères n'ont pas encore répondu et pour la plupart, le silence vient certainement de ce qu'ils ne connaissent pas encore bien le mécanisme de notre Association et les services qu'elle peut rendre.

En effet, la correspondance de ces derniers temps prouve que beaucoup de confrères désirant s'assurer l'indemnité maladie n'ont pas trouvé dans les statuts ou les commentaires qui les suivent, un certain

nombre de renseignements qu'ils ne pourraient en effet trouver que dans la petite correspondance du Concours, (que beaucoup ne lisent guère, hélas !) ou dans la collection des procès-verbaux des différentes Assemblées générales.

C'est pourquoi nous croyons bon de revenir sur les principaux points mal compris.

Et d'abord, au sujet des services rendus, je ne signalerai que le nº 49 du Concours, page 869, où l'on verra que 22.800 francs de primes ont donné droit à plus de 150.000 fr. d'indemnités — pour ne citer que ce seul exemple aujourd'hui.

Beaucoup de candidats demandent si l'Amicale garantit « aussi » les *accidents* de bicyclette, auto, voiture, etc.

Certes, oui ! Les statuts le disent formellement.

D'autres s'inquiètent du paragraphe 3 de l'article 32. « Pour le médecin qui n'exerce plus la médecine, l'incapacité de travail s'entend de l'obligation de garder la chambre ou le lit ».

Il est bien évident que les mots « qui n'exerce plus la médecine » visent non pas le médecin que la maladie empêche d'exercer momentanément, mais le médecin rentier qui ne veut plus vivre de sa profession, ne voit plus de malades, ne fait plus de médecine. Celui-là, malgré tout, a acquis des droits en entrant à l'Amicale ; si, un jour, il lui plaît de vivre de ses rentes, (*rari nantes* !), il n'en conserve pas moins ses droits. Mais alors, ici, il y a une restriction. Pour qu'il ait droit à l'indemnité, il faut que la maladie lui interdise ses occupations habituelles, promenades, visites aux amis, café, billard, etc. etc ; il faut qu'il soit cloué à la chambre ou au lit. C'est de toute logique, tandis que le pauvre chronique atteint d'hémiplégie, d'ataxie, de surdité, de cécité, lesquelles sont la cause unique de son incapacité, conserve tous ses droits, même s'il va se promener, prendre l'air. Ce n'est pas un rentier, celui-là !

Enfin un point sur lequel il nous faut sans cesse revenir est celui de l'affiliation à l'Association Générale des Médecins de France ou à l'une des Sociétés locales qui y sont agrégées.

Une quantité considérable de confrères confondent le Syndicat, association de défense professionnelle, et la Société locale, société de prévoyance. C'est tout à fait différent.

Les Sociétés locales sont les associations d'arrondissement ou de département dont l'ensemble forme l'Association Générale des Médecins de France.

Un contrat vieux de 6 ans lie cette Association Générale et l'Amicale ; une des conséquences de ce contrat est que l'Amicale ne peut se recruter que parmi les membres de l'Association Générale, ou (ce qui est la même chose) d'une Société locale affiliée à cette Association Générale.

Voilà pourquoi le questionnaire envoyé à tous les candidats demande si l'on est adhérent à une Société locale « agrégée », car il reste encore en France deux de ces Sociétés locales, celle du Rhône et celle d'Indre-et-Loire qui ne sont pas affiliées.

Pour le contrat légal, l'adhésion à ces dernières Sociétés locales ne compte pas. Aussi, quand, dans la région d'un candidat, n'existe pas de Société locale « agrégée », sommes nous obligés de renvoyer le candidat soit à une Société voisine, soit à la Société Centrale de Paris qui est la Société locale du département de la Seine.

Nous recommandons vivement à tous nos correspondants de bien se pénétrer de ces nuances et de donner de vive voix les explications les plus détaillées à ceux qui n'auraient pas compris ou pas lu nos éclaircissements, car j'ai bien peur, aujourd'hui encore, de n'être lu que par les convertis et c'est à ces derniers que je fais encore une fois appel pour m'aider dans ma tâche de professeur de prévoyance et de solidarité.

— Ajoutons que dans quelques endroits les Sociétés locales n'ont encore qu'une vie .... presque végétative. Nous faisons appel à tous nos adhérents et nous leur demandons de donner désormais à leurs Sociétés locales endormies une existence un peu moins virtuelle.

Le Conseil décide que ces indications du secrétariat seront publiées au procès-verbal. Il prononce ensuite les admissions suivantes.

Combinaison A

MM. Nicollet, à Dortan (Ain). — Barot, à Angers (Maine-et-Loire). — Mignot, à Nantes (Loire-Inférieure). — Malherbe, à Nantes (Loire-Inférieure). — Gaillard, à Millau (Aveyron). — Chapoy, à Marboz (Ain). — Montigny, à Clary (Nord). — Vigne, à Lyon (Rhône). — Maurin, à Toulouse (Haute-Garonne). — Pineau, à Paris (Seine). — Larrieu, à Levignac-sur-Save (Haute-Garonne). — Mercier, à la Chapelle-aux-Pots (Oise). — Roginsky, à Saujon (Charente-Inférieure). — Robert, à Lavancourt (Haute-Saône). — Résibois, à Béthisy Saint-Pierre (Oise). — Alamelle, à Valensole (Basses-Alpes). — Hémery, à Lens, (Pas-de-Calais). — Lecomte, à Saint-Quentin (Aisne). — Gargaud, à Cubjac (Dordogne). — Tschudnowsky, à Paris (Seine). — Lautier, à Lormes (Nièvre). — Viaud, à Bordeaux (Gironde). — Léon, à Saint-Gobain (Aisne). — Wagon, à Lens (Pas-de-Calais). — Girard, à Iwuy (Nord). — Balatre, à Condé-en Brie (Aisne). — Brunet, à Levroux (Indre). — Lepaître, à Bessoncourt (Seine-et-Oise). — Valot, à Bécon (Maine-et-Loire). — Berthollet, à Sallanches(Haute-Savoie).—Riou-Kérangal,à Bouglon, (Lot-et-Garonne). — Corcelle, à Aulnay (Charente-Inférieure). — Grenier de Cardenal, à Argelès (Hautes-Pyrénées). — Boudin, à Époisses (Côte-d'Or). — Boulard, à Seurre (Côte-d'Or). — Chalchat, à Lempdes (Haute-Loire). — Texier, à Nantes (Loire-Inférieure). — Valot, à Lure (Haute-Saône). — Costil, à Oran. — Koenig, à Sancheville (Eure-et-Loir). — Bridier, à Pont-du-Château (Puy-de-Dôme). — Pichard, à Chauny (Aisne). — Dalban, à Grenoble (Isère). — Guigne, à St-Genix-sur-Guiers (Savoie). — Dufour-Lamartinie, à Objat (Corrèze). — Cadiergues, La Capelle-Marival (Lot). — Villeneuve, à Moissac, (Tarn-et-Garonne). — Pussacq, à Caresse (Basses-Pyrénées).— Le Tellier, à Claville (Eure). — Desbordes, à Civray (Vienne). — Vigen, à Montlieu (Charente-inférieure). — Bignat, à Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme). — Long, à Courthézon (Vaucluse). — Tassin, à Dijon (Côte-d'Or). — Guillaud, aux Echelles (Savoie). — Fayard, à St-Etienne (Loire). — Millot, à Maignelay (Oise). — Molly, à Bourbonne-les-Bains, (Haute-Marne). — Coumet, à Briare (Loiret). — Guillois, à Ploermel (Morbihan).—Pileux, à Corbigny (Nièvre). — Gourion (Finistère). — May, à Sillans (Isère). — Bordo, à Thuir (Pyrénées-Orientales). — Monier, à Coudekerque-Branche (Nord). — Sénéchal, à Calais (Pas-de-Calais). — Margoulis, à Aubigné (Sarthe).

Combinaison C

MM. Meyer, à Beaumont-sur-Oise (Seine-et-Oise). — Duraud, à Montgiscard (Haute-Garonne). — Grandou, à Bourth (Eure). — Manjot, au Martinet (Gard). — Mollaret, à Grenoble (Isère). — Oudaille, au Cannet (Alpes-Maritimes). — Rousselot, à Vienne-le-Château (Marne). — Rigal, à Janville (Eure-et-Loir). — Jalabert, à Nantes (Loire-Inférieure). — Perrin, à Voiron (Isère). — Massoulard, à Troyes (Aube). — Du Fayet de la Tour, Rochefort (Charente-Inférieure).

Le Conseil autorise le passage de la combinaison A à la combinaison C de MM. Laure, à Tournemre (Aveyron), et Gilbert, à Brégy (Oise); de la combinaison B à la combinaison C de M. Scheydt, à Cette (Hérault).

Le Conseil, avant de procéder au vote des indemnités, décide l'insertion de la note suivante au procès-verbal :

A chaque fin de trimestre (et à chaque fir d'année la chose est encore moins admissible), malgré nos observations et nos objurgations, un certain nombre de sociétaires, malades chroniques, et presque toujours les mêmes, oublient de nous donner de leurs nouvelles. Jusqu'à ce jour, le Conseil a bien voulu ne pas user des foudres prévues aux statuts, acceptant les excuses données. Mais ces retards ou oublis deviennent de plus en plus une habitude, et nous, au Conseil, ne pouvons pourtant pas accepter les mêmes excuses indéfiniment : « C'est un examinateur voisin qui a oublié le certificat de quinzaine » ; « C'est la poste qui est fautive » ; « C'est le confrère qui est trop souffrant pour se rappeler les règlements », etc.

Pour la bonne marche de l'administration nous nous trouvons obligés de devenir plus sévères. Il ne nous est plus possible de rappeler individuellement à l'ordre tous les retardataires ; notre correspondance, qui s'est montée à 700 lettres depuis 2 mois et demi, est suffisamment lourde et onéreuse sans être surchargée par un inutile surcroît de travail. Que les confrères chroniques intéressés fassent eux-mêmes un petit effort en nous envoyant de leurs nouvelles au moins toutes les 6 semaines et surtout avant la fin des trimestres ; que leurs familles ou leurs représentants en prennent l'habitude à leur défaut. Quant à nous, nous ne pouvons admettre plus longtemps ces irrégularités onéreuses pour la Société et vraiment peu confraternelles à notre égard.

Nous ne nous proposons pas encore, pour cette fois, d'appliquer l'amende statutaire à tous ceux dont nous n'avons pas le dernier bulletin de quinzaine, ils seraient trop ! Nous décidons seulement de surseoir, sans autre avertissement, au vote des indemnités de tous ceux dont nous n'avons rien reçu depuis deux mois, par exemple.

Nous attendrons leurs réclamations, puis leurs explications, et nous verrons au prochain trimestre si nous devons appliquer l'amende aux plus coupables.

Que nos camarades insouciants ne s'étonnent donc pas de ne pas voir leur numéro sur la liste qui va suivre. Comme nous ne savons même pas s'ils sont encore de ce monde, nous attendrons qu'ils nous donnent signe de vie.

Ceci a l'air d'une boutade. Et pourtant il nous est arrivé de voter une indemnité à un confrère décédé sans que nous en soyons avertis.

Que cette note serve donc de dernier avertissement, et surtout que les sociétaires malades comprennent mieux leur devoir à l'avenir — ne serait-ce qu'en reconnaissance de l'argent touché, du service rendu.

Indemnité du 4e trimestre 1907.

5	27 jours chr.	89 90
25	60 j. à 10 fr. + 1 mois et 1 j. chr.	703 30
29	9 jours	90 »»
40	6 jours	60 »»
49	59 jours	590 »»
51	2 mois + 5 jours chr.	216 65
62	60 jours à 10 fr. + 6 jours chr.	620 »»
74	28 jours	280 »»
80	3 mois	300 »»
128	2 mois + 23 j. chr.	276 60
137	3 mois	300 »»
147	3 mois	300 »»
154	3 mois	300 »»
173	3 mois	300 »»
179	3 mois	300 »»
186	3 mois	300 »»
237	46 jours	460 »»
238	3 mois	300 »»
332	3 mois	300 »»
334	3 mois	300 »»
346	3 mois	300 »»
359	12 jours	120 »»
372	3 mois	300 »»
373	14 jours + 60 jours + 23 jours	816 60
384	38 jours	380 »»
421	3 mois	300 »»
472	11 jours	110 »»
480	3 mois	300 »»
492	14 jours	140 »»
498	3 mois	300 »»
504	Cure thermale + 19 jours	290 »»
509	3 mois	300 »»
592	60 jours à 10 fr. + 4 jours chr.	613 30
601	21 jours	210 »»
685	13 jours	130 »»
695	7 jours	70 »»
700	24 jours	240 »»
731	34 jours	340 »»
737	16 jours	160 »»
758	60 jours à 10 fr. + 3 jours chr.	610 »»
765	10 jours	100 »»
833	11 jours	110 »»
844	Cure thermale	100 »»
849	27 jours	270 »»
856	14 jours (½ B)	70 »»
892	1 mois + 4 jours chr.	113 30
957	3 mois	300 »»
958	2 jours chr.	6 65
1062	21 jours	210 »»
1070	19 jours	190 »»
1094	13 jours	130 »»
1115	14 jours	140 »»
1126	11 jours	110 »»
1140	18 jours	180 »»
1154	3 mois	300 »»
1176	Cure thermale	100 »»
1181	15 jours	150 »»
1199	3 mois	300 »»
1212	10 jours	100 »»
1219	13 jours	130 »»
1233	17 jours	170 »»
1275	3 mois	300 »»
1283	27 jours	270 »»
1301	18 jours	180 »»
1310	7 jours	70 »»
1373	10 jours	100 »»
	Total	16.616 30

Le Conseil termine la séance en constatant le résultat si remarquable obtenu dans la propagande depuis la dernière assemblée générale. Il en remercie chaleureusement secrétaire-général, correspondants du « Concours », bureaux des Sociétés locales, Conseil général de l'A. G. Il constate en même temps le peu de portée de certaines campagnes dirigées contre les œuvres médicales mutuelles à cotisation fixe, telles que la Caisse des Pensions, l'Amicale-Maladie, l'Association Générale marchant toutes trois d'accord, avec un succès toujours croissant, à la conquête de la sécurité pour le praticien français.

M. le Dr Gassot fait approuver à ce sujet les dispositions qu'il projette pour la propagande au cours de l'année 1908.

La séance est levée à cinq heures.

Le Président, Dr Maurat. *Le secrétaire des séances,* Dr Jeanne.

LA RÉFORME DES ÉTUDES MÉDICALES

L'Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris

Dimanche dernier nous avons assisté à l'inauguration officielle de cette œuvre d'importance capitale.

Si, en Allemagne, il a fallu le patronage d'une impératrice pour réaliser la première création analogue (1900-1901), il est permis de constater que le Conseil municipal de Paris, le représentant du Ministre de l'Intérieur, le Directeur de l'Assistance parisienne, le président du Conseil supérieur de l'Assistance, le président de l'Académie de médecine, le président de la Commission de réorganisation des études médicales, les représentants les plus qualifiés de la Faculté de médecine de Paris, le Directeur de l'Institut Pasteur, entouraient dimanche de leur sollicitude le berceau du nouveau-né que nous présentait avec son autorité d'apôtre toujours persuasif, M. le Dr Lucas-Championnière.

L'allocution familiale et un peu émue du père, les discours de MM. Strauss, Ambroise Rendu, Mesureur et autres parrains, nous apprirent la longue gestation du projet aujourd'hui réalisé. Il ne fut fait, cela va sans dire, que des allusions courtoises et discrètes à la cause des difficultés rencontrées. Toutefois, par le soin que prenait chacun des orateurs de déclarer qu'il ne s'agissait pas « d'opposer un autel à un autel », on reconnaissait manifestement que l'obstacle à une réalisation plus prompte avait dû être le rouage officiel « Madame la Faculté », et que, peut-être, certains de ses membres, professeurs ou agrégés, n'étaient pas encore acquis sans réserve à la création de MM. Championnière, Variot, Babinski, etc...

Elles nous ont fait sourire ces réserves-là, nous, les fidèles de ce Congrès des Praticiens dont le souffle puissant, inspiré par le seul intérêt général, a déjà pénétré dans la Commission de réforme des études pour y rayer définitivement les privilèges condamnés et pour gagner toute sympathie à l'enseignement élargi par des créations comme celle d'hier.

Par une discrétion que nous comprenons mais que nous ne sommes pas rigoureusement tenus d'imiter, M. Lucas-Championnière n'a pas dit que le Ministère dont relève l'enseignement médical était absolument favorable à l'œuvre d'organisation qu'il venait de réaliser. Il ne l'a pas dit, mais il l'a appris au moins une fois, le même jour que nous, et dans des circonstances qui permettent de conclure que le courant d'opinion créé par le Congrès des Praticiens, entretenu par le Comité de vigilance, canalisé par la Commission de réforme des études, a fait naître ce moment psychologique dont il faut profiter pour lancer un projet, en obtenir l'adoption et en assurer l'avenir.

Il convient maintenant de rendre justice à tous les efforts qui ont convergé et permis d'atteindre le but dimanche dernier ; aux initiatives municipales de 1890, à celles de l'Assistance publique, à celles des pionniers isolés dont on a cité les noms à la séance d'inauguration, MM. Variot, Huchard, Lucas-Championnière, Strauss, etc., mais en se gardant d'oublier les campagnes de la presse médicale et surtout celles de nos Sociétés de défense professionnelle qui ont abouti au Congrès proposé par le Dr Coppens et à ses conséquences, parmi lesquelles nous rangeons l'accueil enthousiaste fait à l'*Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris.*

Oui, c'est bien là le premier *acte* à rattacher aux vœux du Congrès : d'autres suivront, c'est entendu, mais il convient de saluer particulièrement l'aîné de cette famille parce qu'il fut, comme il arrive presque toujours, le fait de l'initiative privée. Aide-toi, le Ciel t'aidera.

Seulement, si nous tenons tous à être quelque peu les parents du nouveau-né il faut se rappeler que ce rôle-là comporte quelques devoirs ; on doit élever et faire vivre cet enfant.

Afin de nous faire une idée de ce qu'il y a derrière ces obligations, il faudrait lire les pages du rapport qu'adressait l'an dernier à l'Académie Belge, M. le Dr Firket, pour exposer ce que sont en Allemagne et ce que coûtent les organismes dits « Académie de médecine pratique » (*Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique, IVe série, tome XXI*, no 4, *séance du* 27 *avril* 1907, *Hayez imprimeur*, 112, *rue de Louvain*, *Bruxelles*). Le Conseil d'administration de l'Association nouvelle y verra que, croyant n'avoir qu'à grouper aussi des éléments existants dans tels ou tels centres, nos confrères d'Outre-Rhin se sont bientôt vus forcés, pour faire bonne figure, et pour exécuter leur programme, de recourir à des concours de toute sorte et même à des concours pécuniaires importants.

Il en sera de même à Paris, c'est fatal, c'est à prévoir. Bornons-nous à dire aujourd'hui aux hommes d'initiative cités plus haut que nous serons à leur disposition pour les aider dans la recherche de ces concours quand ils en auront choisi les formes.

Et terminons en leur renouvelant nos félicitations.

Le Conseil de direction du « Concours Médical ».

STATUTS DE L'ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL DES HOPITAUX DE PARIS.

But et composition de l'Association.

ARTICLE PREMIER

L'Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris, fondée en 1907, a pour objet d'utiliser de la manière la plus efficace pour les étudiants et pour les docteurs en médecine français et étrangers, et la plus profitable pour les progrès des Sciences médicales, les ressources que fournissent les hôpitaux parisiens. Sa durée est illimitée. Elle a son siège à Paris.

ARTICLE 2.

Les moyens d'action de l'Association sont, d'une part, l'enseignement fait par ses membres, sous forme de leçons et d'exercices cliniques, d'exercices techniques de laboratoire dans les hôpitaux de Paris, ou de cours et de conférences qui seront organisés dans un local central ; d'autre part, une large publicité faite au moyen d'affiches murales et d'insertions dans les journaux médicaux, tant à Paris qu'en France et à l'étranger.

ARTICLE 3.

L'Association se compose de membres titulaires et de membres honoraires. Pour être titulaire, il faut et il suffit que l'on soit médecin, chirurgien, accoucheur, rhino-laryngologiste ou ophtalmologiste des hôpitaux de Paris ; médecin ou médecin-adjoint du service des aliénés de Bicêtre et de la Salpêtrière, et qu'en demandant à être admis dans l'Association par une lettre adressée au secrétaire général, on fasse adhésion aux statuts.

Le comité dirigeant l'Association prononcera l'admission du nouveau membre. En cas de difficultés concernant cette admission, un vote de l'Assemblée générale sera provoqué.

L'admission sera prononcée à la majorité des voix.

Association Amicale des Médecins Français

pour l'indemnité maladie.

Fondée en 1894, cette Association s'adresse à tous les médecins français ou naturalisés français, diplômés dans une Faculté française, et a pour but d'allouer une indemnité pécuniaire à ses membres qui, par accident ou par maladie, sont dans l'impossibilité d'exercer leur profession d'une manière temporaire ou définitive.

L'indemnité quotidienne est de dix francs par jour, pendant soixante jours à partir du cinquième jour de la maladie, puis de cent francs par mois pendant les mois qui suivent, quelle que soit la durée. Faculté est donnée de souscrire demi-prime pour recevoir demi-indemnité.

Pour être admis dans l'Association Amicale, tout candidat doit justifier qu'il est membre d'une société locale affiliée à l'Association générale des Médecins de France, présenter un certificat médical délivré par un médecin que désigne le Conseil d'administration et payer, chaque année, une prime invariable fixée, au moment de son entrée dans l'Association, d'après son âge et d'après la combinaison qu'il a choisie. — Il n'y a pas de droit d'entrée, mais le droit à l'indemnité commence seulement six mois après l'admission.

Les combinaisons entre lesquelles les sociétaires peuvent choisir sont actuellement au nombre de deux :

La combinaison A, dans laquelle la participation cesse à 65 ans. A cet âge, le sociétaire est rayé de l'Association : il ne paie plus de prime et n'a plus droit à aucune indemnité.

La combinaison C, dans laquelle le sociétaire a droit à l'indemnité maladie comme dans la combinaison A, mais avec cette différence qu'arrivé à 65 ans, il entre en jouissance d'une pension de retraite annuelle de 1.200 francs. Il ne paie plus de cotisation et ne reçoit plus d'indemnité maladie à ce moment.

Dans cette dernière combinaison, le sociétaire peut contre assurer ses versements de telle sorte que, s'il venait à mourir avant d'avoir touché sa première annuité de pension, les sommes versées par lui en vue de la constitution de cette retraite soient restituées à ses ayants-droits.

Il existe une troisième combinaison, la combinaison B, qui ne comprend que d'anciens membres et n'en admet plus de nouveaux : la prime y était plus élevée qu'à la combinaison A, mais le droit à l'indemnité durait pendant toute la vie du sociétaire. Cette combinaison, fermée en raison des aléas qu'elle pouvait présenter, a fait place à la combinaison C.

L'inventaire général au 31 décembre 1895, fait par un actuaire, avait montré la situation très satisfaisante de l'Association.

Au 31 décembre 1906, l'Association amicale comptait 1.158 membres. Depuis sa fondation, elle avait encaissé 756.688 fr. 43 de recettes et payé 439.079 fr. 85 d'indemnités maladie ; ses réserves étaient de plus de 285.000 fr.

Au cours de l'année 1906, elle a versé 70.302 fr. 65 d'indemnités à 185 de ses membres.

....

ASSOCIATION AMICALE DES MÉDECINS FRANÇAIS

pour la délivrance de l'indemnité maladie.

Le Docteur (noms et prénoms) ______________________________

résidant à ______________________ *Département de* ______________________

né à ______________________ *Département de* ______________ *le* ______________

*prie M. le Docteur Mignon, secrétaire général de l'***Association Amicale**, *de vouloir bien lui adresser tous documents concernant cette Association sur laquelle il désire être éclairé.*

A ______________________ *le* ______________________ *190* .

SIGNATURE

Détacher et envoyer ce bulletin affranchi à M. le Dr Mignon, secrétaire général de l'**Association Amicale**, Villa des Pages, au Vésinet (Seine-et-Oise).

Ressources de la Société.

ARTICLE 4.

Le droit d'entrée dans l'Association pour les médecins, chirurgiens, accoucheurs, spécialistes, titulaires de services, est de deux cents francs et la cotisation annuelle de cent francs.

Le droit d'entrée pour les médecins, chirurgiens, accoucheurs, spécialistes, non encore pourvus de services, est de cent francs et la cotisation annuelle est de cinquante francs.

Le titre de membre d'honneur peut être donné par l'assemblée générale aux personnes qui rendent ou qui ont rendu des services signalés à l'Association. Ce titre confère aux personnes qui l'ont obtenu le droit de faire partie de l'assemblée générale et du conseil d'administration, sans être tenues de payer une cotisation annuelle.

ARTICLE 5.

La qualité de membre se perd :

1° Par démission ;

2° Par la radiation prononcée pour non-paiement de la cotisation, ou pour des motifs graves par l'assemblée générale sur le rapport du conseil d'administration.

ARTICLE 6.

L'Association est administrée par un conseil de douze membres élus pour trois ans par l'assemblée générale,et choisis de telle sorte,que les diverses catégories dont elle se compose (médecins, chirurgiens, accoucheurs, spécialistes titulaires) soient représentées dans le conseil.

En cas de vacances, le conseil pourvoit au remplacement de ses membres, sauf ratification par la plus prochaine assemblée générale.

Le renouvellement a lieu par tiers.

Les membres sortants sont rééligibles.

Le conseil choisit parmi ses membres un bureau composé d'un président, de deux vice-présidents, d'un secrétaire général, d'un secrétaire-général adjoint et d'un trésorier.

Le secrétaire général adjoint sera choisi parmi les membres de la Société non pourvus de services.

ARTICLE 7.

Le conseil se réunit tous les mois et chaque fois qu'il est convoqué par le Président ou sur la demande du tiers de ses membres.

La présence de la moitié des membres du conseil d'administration est nécessaire pour la validité des délibérations.

Il est tenu procès-verbal des séances.

Les procès-verbaux sont signés par le président et le secrétaire.

ARTICLE 8.

Toutes les fonctions de membre du bureau et du conseil d'administration sont gratuites.

ARTICLE 9.

L'assemblée générale des membres titulaires et honoraires de l'Association se réunit, chaque année, au mois d'octobre et chaque fois qu'elle est convoquée par le conseil d'administration ou sur une demande signée du quart de ses membres

Son ordre du jour est réglé par le conseil d'administration. Mais tout membre de l'Association peut, de sa propre initiative, faire mettre une question à l'ordre du jour pourvu qu'il en prévienne le bureau quinze jours à l'avance.

Le bureau de l'assemblée est celui du conseil.

L'assemblée entend les rapports sur la gestion du conseil d'administration, sur la situation financière et morale de l'Association.

Elle approuve les comptes de l'exercice clos, vote le budget de l'exercice suivant, délibère sur les questions mises à l'ordre du jour et pourvoit au renouvellement des membres du conseil d'administration.

Le rapport annuel et les comptes sont adressés chaque année à tous les membres de l'Association.

ARTICLE 10.

Les dépenses sont ordonnancées par le Président.

L'Association est représentée en justice et dans tous les actes de la vie civile par le secrétaire général.

Le représentant de la Société doit jouir du plein exercice de ses droits civils.

ARTICLE 11.

L'organisation de l'enseignement est déterminée par un règlement intérieur préparé par le conseil d'administration, approuvé par l'assemblée générale.

ARTICLE 12.

Les fonds sont placés dans une banque sous la responsabilité du Trésorier

ARTICLE 13.

Les recettes de l'Association se composent :

1° Des cotisations et souscriptions des membres ;

2° Des subventions qui pourront lui être accordées;

3° Du produit des libéralités dont l'emploi immédiat a été autorisé, des ressources créées à titre exceptionnel, et s'il y a lieu, avec l'agrément de l'autorité compétente ;

4° Du prélèvement perçu sur les enseignements payants faits par les membres de l'Association.

Modifications des statuts et dissolution.

ARTICLE 14.

Les statuts ne peuvent être modifiés que sur la proposition du Conseil d'administration ou du dixième des membres dont se compose l'assemblée générale, proposition soumise au bureau au moins un mois avant la séance.

L'assemblée doit se composer du quart au moins des membres de l'Association. Si cette proportion n'est pas atteinte, l'assemblée est convoquée à nouveau, mais à quinze jours au moins d'intervalle, et cette fois, elle peut valablement délibérer quel que soit le nombre des membres présents.

ARTICLE 15.

L'assemblée générale appelée à se prononcer sur la dissolution de l'Association et convoquée spécialement à cet effet, doit comprendre au moins la moitié plus un des membres en exercice.

Si cette proportion n'est pas atteinte, l'assemblée est convoquée à nouveau, mais à quinze jours au moins d'intervalle, et cette fois elle peut valablement délibérer, quel que soit le nombre des membres présents.

Dans tous les cas, la dissolution ne peut être votée qu'à la majorité des deux tiers des suffrages.

ARTICLE 16.

En cas de dissolution volontaire, prononcée en justice ou par décret, l'assemblée générale désigne un ou plusieurs commissaires chargés de la liquidation des biens de l'Association.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

La proposition Marc Réville jugée par les profanes.

Marc Réville ? Qui est-ce donc ?

C'est le député du Doubs qui, par une tendresse spéciale pour les gardes forestiers, a mis l'Etat en demeure de forcer les médecins et les pharmaciens de soigner à l'œil, ou pour des médailles, ces intéressants fonctionnaires.

Tous les syndicats médicaux, toutes les Sociétés médicales qui ont délibéré sur la circulaire de l'Administration à ce sujet ont eu pour elle le geste et la réponse que cette énormité imposait.

Le ministre n'a plus d'espoir que dans l'Union syndicale jaune de la Nièvre et autres groupes du même modèle s'il en surgit.

Il n'a peut-être pas tort, car il fallait qu'il connût aux médecins un goût accentué pour les hochets quand il a risqué ses propositions.

Mais ce que nous tenons maintenant à lui faire savoir, c'est l'opinion des profanes sur sa proposition. Nous l'empruntons à l'*Echo de Paris* du 15 janvier, qui la donne en ces termes.

Le prix du Ruban.

Les médecins et pharmaciens en exercice dans les différentes circonscriptions forestières viennent de recevoir, par les soins des inspecteurs des forêts, la circulaire suivante :

« Monsieur le docteur (ou pharmacien),

« Au cours de la séance de la Chambre des députés du 18 novembre dernier, M. le ministre de l'agriculture a pris l'engagement d'étudier les moyens de réaliser le service médical gratuit pour les préposés des eaux et forêts et leurs familles.

« En prescrivant une enquête sur ce que coûterait cette organisation, *M. le ministre déclare qu'il serait disposé à accorder des récompenses honorifiques* (*lettres d'éloges*) *aux médecins et pharmaciens qui se signaleraient par des services rendus et des soins donnés gratuitement au personnel des préposés.*

« Je vous serais très reconnaissant de vouloir bien me faire connaître *d'ici à quelques jours*,

« Si vous êtes disposé à donner vos soins aux préposés et à leurs familles :

« 1° *Gratuitement* ;

« 2° Moyennant..... d'honoraires par année ».

A la bonne heure ! voilà donc, enfin, de la franchise!

C'est la première fois, croyons-nous, que la valeur commerciale des « récompenses honorifiques » et leur véritable signification sont établies avec une netteté aussi tranquille et aussi complète par le gouvernement :

« Donne-moi de ce que tu as, je te donnerai de ce que j'ai ! »

Le gouvernement n'a pas d'argent, c'est entendu, — mais il dispose des « récompenses honorifiques », et cela doit valoir quelque chose pour qui sait s'en servir intelligemment

Le ministre de l'agriculture n'arrive pas à trouver au fond de ses poches quarante-quatre sous par jour à donner aux gardes forestiers

Et les gardes forestiers se plaignent, avec raison, de ne pouvoir, avec cela, payer le médecin et le pharmacien quand ils sont malades ?

Attendez, braves gardes ! M. le ministre de l'agriculture va faire quelque chose pour vous : sans hésiter, il va monnayer ses « lettres d'éloge », ses médailles, et ses « poireaux ».

Et vous voyez comme c'est bien simple !

Il n'y aura qu'à dresser un petit barême du prix des médicaments, je suppose, en regard du prix des décorations : tel purgatif bénin vaudra une « lettre d'éloges » ; tel autre, plus violent, ne s'administrera que moyenannt un « mérite agricole ».

Il va de soi que ce n'est là qu'un commencement et que, si le procédé réussit, le gouvernement ne se fera pas faute de l'appliquer à tous ses fournisseurs.

Mais la « récompense honorifique » sera-t-elle longtemps en faveur sur le marché, et jusques à quand la « lettre d'éloges » ministérielle pourra-t-elle se négocier.

Qu'on y prenne garde ! Le temps est peut-être proche où l'on verra les ministres chercher vainement à troquer leur croix de la Légion d'honneur contre un sac de charbon, un bidon de pétrole ou une livre de chocolat. ...

FRANC-NOHAIN.

Si je m'appelais M. Ruau, je n'hésiterais pas, devant un tolle pareil, à retirer de la circulation le papier compromettant qu'y lança l'Administration forestière.

Car il est vraiment des bateaux auxquels on n'est pas fier de donner son nom comme pavillon.

H. J.

L'hospitalisation des malades non indigents

En Allemagne, sous un empereur tout puissant, et en France, sous une République d'âge déjà respectable, le socialisme d'État, grand organisateur de déficits budgétaires, fait une vigoureuse campagne de philanthropie....., sur le dos des médecins. On en connaît les incidents journaliers.

A leur tour, nos confrères belges sont obligés de suppléer de leur poche au défaut de charité de leur nomade souverain pour ses sujets peu aisés. Et on les y met en demeure avec une courtoisie administrative qui, si les choses continuent chez nous du train où elles sont lancées, ne tardera pas à nous être aussi appliquée par certains ministères.

Préparons-nous aux gaietés de ces futurs beaux jours, en lisant l'extrait suivant de la *Gazette médicale belge*. Mais, surtout, préparons nos syndicats, même ceux qui se créeraient avec des nuances douteuses dans le rose et le jaune, à répondre de la même encre que la *Médico-rurale de Liège*.

Correspondance édifiante

Nous mettons aujourd'hui sous les yeux de nos lecteurs trois lettres édifiantes.

Elles leur montreront une fois de plus les abus de l'hospitalisation, la mauvaise volonté des administrations publiques et leur attitude hautaine, pour ne pas dire insolente, en présence des réclamations du corps médical. L'espace nous manque pour faire les remarques qui s'imposent après la lecture de ces documents. Nous les ajournons à huitaine.

A Messieurs les Présidents et Membres de la Députation permanente du Conseil provincial de Liège.

Messieurs,

Au nom de la Société Médico-Rurale de l'arrondissement de Liège, union professionnelle reconnue, permettez-nous d'attirer votre attention sur des abus qui se produisent à l'hôpital intercommunal d'Esneux, où l'on admet, au même titre que les ayants droit, des personnes étrangères aux communes intéressées, et, qui plus est, non indigentes.

Nous espérons, Messieurs, que vous voudrez bien intervenir auprès de la Direction de cet hôpital pour

que ces abus, préjudiciables aux intérêts de la profession médicale, ne se reproduisent plus à l'avenir.

Veuillez agréer, etc.

Le secrétaire, J. DETHIER, *Le Président,* A. LIMET.

Liège, le 18 septembre 1907,

A Monsieur le docteur Limet, Président de la Société médico-rurale, au Val-Saint-Lambert.

Monsieur le Président,

J'ai communiqué à M. le Gouverneur les explications fournies par la Commission administrative de l'Hôpital intercommunal d'Esneux au sujet de prétendus abus signalés dans la requête que votre Comité a adressée à la Députation permanente.

Ce haut fonctionnaire estime avec moi qu'en recevant à son hôpital contre payement des journées d'entretien, dont le taux est fixé par Arrêté royal, des habitants de localités non comprises dans l'association intercommunale, la Commission administrative use d'un droit accordé aux hospices civils et qu'il y a lieu de s'étonner de ce qu'une société de médecins s'insurge contre une pratique qui permet aux déshérités de la fortune de recevoir dans un hôpital des soins qui, malgré la bonne volonté des médecins, ne pourraient leur être donnés dans leurs familles et qu'au surplus, ils ne pourraient recevoir dans d'autres hôpitaux si l'accès de l'établissement intercommunal leur était fermé.

Comme dans tous autres établissements hospitaliers, certains malades sont admis à Esneux, dans la salle commune, bien que non assistés par les bureaux de bienfaisance. Ces admissions ne sont autorisées que pour autant qu'il y ait des lits disponibles.

Les malheureux traités à Esneux expriment toute leur satisfaction des soins qu'ils reçoivent. Aussi M. le Gouverneur regrette-t-il, avec moi, de voir surgir semblables protestations de la part de médecins et il estime que la réclamation de votre Société n'est susceptible d'aucune suite.

Veuillez bien, Monsieur le Président, en informer votre Comité et agréez l'assurance de ma considération distinguée.

Le Commissaire de l'arrondissement
Alb. DEMARTEAU.

Monsieur le Commissaire d'arrondissement à Liège.

Votre lettre du 18 septembre sera communiquée au bureau de la Médico-Rurale, qui décidera et après lui, l'assemblée de 110 médecins qui constituent l'Union professionnelle reconnue, quelle suite devra être donnée à la fin de non recevoir opposée à une protestation parfaitement légitime et qu'en vertu de nos statuts, nous avons été obligés de transmettre à la députation permanente, à propos d'hospitalisations pour opérations *non urgentes* à des non indigents étrangers à la commune d'Esnneux.

Ou bien les hôpitaux civils et communaux appartiendront, *de droit*, à tous les citoyens et alors, la médecine doit devenir fonction d'Etat, ou les hôpitaux sont le bien *exclusif des indigents réels*, en faveur desquels ils sont fondés, et alors ils ne doivent point recevoir, moyennant un paiement dérisoire, des hernies (par exemple), à opérer chez des gens propriétaires de leur immeuble.

S'il y a lieu de s'étonner, ce n'est pas des protestations légitimes d'une corporation respectable, qui défend ses intérêts de plus en plus sacrifiés, tant par les administrations que par l'industrie ou les mutualités, mais de voir les représentants des corps constitués se faire les défenseurs d'abus tant de fois signalés dans les Congrès et ailleurs. Nos protestations, je puis vous en donner l'assurance, se renouvelleront chaque fois qu'il y aura des abus à signaler, *d'où qu'ils viennent* et vos regrets devant notre attitude sont donc superflus, tout au moins.

Le corps médical est las de voir sans cesse les sacrifices et le dévouement auxquels on fait si généreusement appel, payés de la plus noire ingratitude. Il réclame le droit de vivre des fruits de son travail et il affirme hautement qu'il a conscience néanmoins de ses devoirs d'humanité.

Je vous présente, Monsieur le commissaire d'arrondissement, l'assurance de notre considération distinguée.

POUR LA MÉDICO-RURALE LIÉGEOISE, U. P. R. :

Le Président,
Dr LIMET.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

La pseudo-crise du Syndicat de la Seine

Nombre de confrères parisiens, émus à l'excès de 180 démissions (prévues d'ailleurs), qui sont parvenues au Syndicat de la Seine au moment où il va se donner des statuts syndicaux, sont venus nous dire.

« Où allons-nous, grands dieux ?

« Que dois-je faire moi-même tiraillé entre mes amis des deux camps ?

« Quelle attitude doit prendre l'autre Société à laquelle j'appartiens ? »

Etc., etc.

Et ils ajoutaient que le *Concours Médical*, devait, sous peine de défaillance dans son programme, donner publiquement son avis.

Le *Concours* s'exécute.

Mais il tient à s'abstraire de l'impression causée par les procédés d'attaque personnelle, de dénigrement systématique, de pactisations douteuses, que l'on emploie chez les dissidents pour traverser l'effort que l'*esprit syndical* accomplit un peu trop tardivement à Paris.

Notre réponse sera donc résumée dans l'étude ci-dessous que publiait, il y a trois mois, un président de Syndicat du Midi, dans la *Fédération médicale du Sud-Ouest.*

L'esprit syndical

Alors que tous les états d'esprits professionnels se transforment, suivant l'évolution économique et sociale moderne, il semble que, seul, l'esprit médical ne change pas. Et pourtant la médecine constitue la seule profession libérale ayant légalement le droit de réunir ses adeptes en Syndicats.

Pourquoi les Syndicats n'ont-ils pas su acquérir encore l'influence prédominante qu'ils devraient avoir et qu'ils auront un jour ? Parce que les médecins sont le plus souvent dépourvus d'esprit pratique et surtout parce qu'ils n'ont pas l'esprit syndical.

Nous entendons par esprit syndical la préoccupation constante dans les actes et les écrits professionnels de rehausser le niveau de la profession, d'observer scrupuleusement les règles de la déontologie, de ne rien faire ni supporter d'individus ou de collectivités qui puisse être contraire ou nuisible aux intérêts généraux ou à la dignité du corps médical et, enfin et surtout, la pratique de la solidarité.

N'a pas l'esprit syndical celui qui, pour sa seule satisfaction personnelle, accepte de donner des soins gratuits, ou à des tarifs inférieurs à ceux adoptés par la généralité.

N'a pas l'esprit syndical celui qui ne sait pas dominer ses antipathies confraternelles, celui qui craint de voir diminuer sa liberté d'action, par peur des sanctions morales et matérielles qui pourraient le frapper au cas où il violerait les statuts.

N'a pas l'esprit syndical celui qui, par amour des honneurs ou des rubans, sacrifie l'existence matérielle de ses confrères.

Sans vouloir trop généraliser, on peut cependant affirmer que s'il y a un nombre assez grand de médecins non syndiqués, cela tient à leur orgueil, à leur amour-propre, à leurs antipathies personnelles et le plus souvent à leur ignorance.

L'état d'esprit des non-syndiqués est vraiment déconcertant et plein d'illogisme, car ils sont loin d'être satisfaits de leur sort : certains voient encore... ou feignent de voir dans l'exercice de leur art sacerdoce, une mission quasi-providentielle ; d'autres ignorent le temps présent, les lois qui nous régissent, vivent encore comme en 1850, confondent dans la même réprobation tous les Syndicats qui ne peuvent être que des instruments de trouble et de révolution. D'autres encore... mais essayons de les classer.

Nous avons d'abord les *satisfaits* ; contents de leur situation actuelle, ils ne désirent rien d'autre. Une situation officielle bien rétribuée, une fortune personnelle suffisante sont la caractéristique des peu nombreux médecins de cette catégorie. Leur béatitude et leurs digestions heureuses seraient troublées par la connaissance des positions inférieures d'autres confrères qu'ils préfèrent ignorer.

Nous trouvons ensuite les *méfiants* ; ceux là broient toujours du noir, ils se demandent dans quel guêpier un Syndicat peut les fourrer : que peut-on augurer de bon d'un Syndicat dont font partie X ou Y sur lesquels courent des histoires... qu'ils sont les premiers à savoir fausses. D'ailleurs, n'aliènent-ils pas une part de liberté en signant des statuts qui les enchaînent ?

Nous rencontrons encore les *sceptiques* ; souriants et désabusés, ils haussent les épaules et doutent, avec amertume, de la possibilité d'une amélioration quelconque ; les tentatives désintéressées les font sourire, les situations parfois désespérées de confrères malheureux les font sourire, les attaques incessantes de la presse ou du public les font sourire ; le pli est pris, leur sourire amer est provoqué par tout et par tous.

Puis viennent les *indifférents* ; ils sont doués d'une force sociale considérable : c'est l'inertie. Ils *ne sont* pas d'un Syndicat parce qu'ils s'en moquent (quelquefois ils en sont, mais ils s'en moquent). Ils se moquent de tout, de leurs clients, de leur profession, de la science... d'eux-mêmes.

Nous trouvons, enfin, les *impatients* ; ils composent une partie importante du corps médical. Souvent ils ont fait partie (quelques jours) d'un Syndicat. Ils n'y sont pas restés parce que le Syndicat ne faisait rien. Leur entrée dans une assemblée syndicale aurait dû entraîner des modifications profondes : ils n'ont pu les constater et ils sont partis faisant claquer les portes.

Hélas ! la réalité est tout autre ; la lutte patiente contre les abus est de tous les jours. Les victoires sont difficiles à remporter et, faute d'entente, le terrain conquis est encore plus difficile à garder. C'est avec lenteur qu'on procède aux transformations.

Un Syndicat vivant doit être agissant, c'est entendu ; mais quelle peine on a pour organiser des nouveautés utiles. Nos confrères de Toulouse semblent le comprendre. En moins de deux ans, leur nombre a plus que triplé au Syndicat et nous avons pu essayer deux créations qui ne demandent qu'un peu de bonne volonté générale pour réussir parfaitement.

Dans un lieu quotidien de réunion qui leur sera absolument réservé, ils pourront échanger leurs livres, les journaux et leurs idées.

Un service syndical de recouvrement d'honoraires peu dispendieux et bien organisé a produit, en trois mois d'excellents résultats.

C'est dire que l'esprit syndical doit être toujours de solidarité : il faut qu'il s'ingénie à être pratique et même utilitaire. C'est par des avantages matériels, tangibles que les confrères non syndiqués pourront voir que les Syndicats sont utiles et qu'ils font quelque chose. De quoi ne seraient-ils pas capables si l'union du corps médical arrivait à se faire ?

Dr Clavelier.

Nous inspirant uniquement des idées de notre confrère Clavelier et des expériences faites ailleurs avec moins de tapage, nous n'hésitons pas à dire ceci en réponse directe aux questions qu'on nous a posées.

1. Ceux qui s'obstineront dans la démission ne manqueront pas d'apparaître comme s'étant classés dans une des catégories ci-dessus établies par un syndicaliste qui s'y connaît. Le Syndicat qui les perd se sentira soulagé d'un poids mort et progres sera sans les à coups qui ont retardé sa marche. En supposant même qu'ils se *groupent* contre leur ancien *groupe*, ils bâtiront une cathédrale dans le même milieu que M. Jaurès et seront tout aussi embarrassés que lui pour établir en lignes précises, palpables, le plan de leur Société future, car leurs éléments, leurs matériaux, leurs dessins n'appartiennent qu'à un passé irrévocablement fini.

2. Pas plus que M. Clavelier nous n'admettons pour les hésitants la légitimité des suggestions de la camaraderie ou des antipathies personnelles, c'est à la conscience de chacun de répondre à cette question : « Ai-je peur du Code appliqué par mes pairs après toutes garanties données à la défense. Si oui, je pars ; si non, je reste, j'adhère »

3. Quant à l'attitude que prendront toutes autres Sociétés à l'égard du Syndicat de la Seine, elle est connue et fixée depuis bien longtemps, notamment depuis le Congrès des Praticiens. Il peut compter sur l'entente cordiale de toutes celles de ces Sociétés qui ont résolu de poursuivre l'application du libre choix partout, et il aura droit, de leur part, à d'autant plus de sympathie, qu'il trouve plus de difficultés à remplir sa tâche de ce côté.

Syndicat Médical de l'arrondissement de Meaux

La séance est ouverte à 4 heures par le Dr Charpentier, président.

Etaient présents : Les Drs Charpentier, président ; Vilpelle, fils, secrétaire ; Tabard, trésorier ; Vilpelle, père ; Arnous, Bussat, Gratiot, fils; Moitier, Richon, Rauzy, Bouté, Horcholle, Petitjean, Lambert, Brion, Pigornet, Decourt, Graverry, Delange, de Saligny, David, Lagardère, fils, Moreau, Beuve, fils, Chlémovitch, Mourey, Cabon.

Excusé, le Dr Roux.

Lecture de la lettre de démission du Dr Glindzicz qui n'exerce plus la médecine.

Le procès-verbal de la dernière assemblée générale est lu par le secrétaire et adopté sans observations. Les comptes du trésorier (Recettes et dépenses) sont approuvés (950 francs).

Le président prend alors la parole pour faire le compte rendu moral de la vie du syndicat depuis la dernière assemblée générale.

« *Vaccinations.* — Au mois de juillet 1906, le Syndicat avait émis le vœu que les vaccinations

gratuites ne fussent plus le monopole de quelques médecins. Nous avons écrit à M. Droz, président du Conseil général et à nos confrères conseillers généraux : Dr Delbet, Dr Farny, Dr Lefèvre, Dr Dumée. Le Dr Delbet a seul répondu par de l'eau bénite de cour et le tarif-honoraire a été diminué.

Sociétés de secours mutuels. — Conformément au vœu émis à la dernière assemblée générale, nous avons envoyé une lettre recommandée ; 1° à tous les médecins de l'arrondissement ; 2° à tous les présidents des Sociétés de Secours-Mutuels de l'arrondissement pour les prévenir de la décision adoptée par le Syndicat ; les membres du Syndicat s'engagent à cesser tous rapports avec les Sociétés de Secours mutuels qui n'admettent pas dans leurs statuts le libre choix du médecin et qui refusent de faire honorer par leur trésorier tout médecin demandé par un sociétaire.

La Société de S. M. de la Ferté a seule répondu qu'elle n'acceptait pas ; nos confrères de la Ferté, sauf un, se sont engagés à l'ignorer et depuis traitent les sociétaires comme clients ordinaires.

La Société de S.-M.dite de St-François-Xavier, de Meaux, nous a demandé les conditions que nous prétendions imposer à ses sociétaires appelant un des médecins du syndicat.

Par lettre, nous lui avons répondu :

1° Les sociétaires ont le libre choix du médecin ;

2° Les visites seront payées, non par le malade mais par le trésorier de la Société.

3° Le prix de la visite, et de la consultation est fixé à 2 francs.

4° Pour toutes les autres interventions le tarif de la Participation ci-joint, sera appliqué et soldé également par le trésorier.

—

Les sociétaires ont crié, paraît-il, mais ils ont accepté nos conditions. Et aujourd'hui, les deux sociétés de Meaux, St-Jean et St-François-Xavier, ont dû accepter les conditions du Syndicat.

—

L'Union des Sociétés de Secours Mutuels de Seine-et-Marne a cherché à nous faire revenir sur nos décisions.

Le 29 janvier, son président m'invitait à assister à la réunion du Conseil d'administration à Paris, pour examiner la situation faite par notre délibération. Il comptait sur ma bienveillante attention.

J'ai répondu que je regrettais de ne pouvoir m'y rendre.

Président du Syndicat, c'est-à-dire, d'une assemblée délibérante, je n'étais que son mandataire, son pouvoir exécutif, je ne pouvais ni voulais l'engager en rien, ni prendre aucune décision.

Si l'Union des Sociétés croyait avoir des propositions à faire au Syndicat, elle n'avait qu'à les lui envoyer. Ses propositions seraient mises en discussion, soumises au vote, et le résultat lui serait transmis.

Aucune proposition, ne m'a été envoyée.

Pas contente, l'Union est revenue deux fois à la charge.

Une première fois, en février, j'ai répondu que je ne pouvais assister à leur réunion, ni comme simple médecin, ni comme représentant du Syndicat, sans connaître d'avance ce dont il s'agissait. Je n'aurais pu que leur confirmer de vive voix notre volonté bien arrêtée :

1° De laisser à tout mutualiste le libre choix de son médecin ;

2° De ne plus accepter les tarifs dérisoires précédemment offerts.

Enfin, qu'il fallait s'adresser non à moi, mais au Syndicat en formulant ses offres.

Je n'ai encore rien reçu.

—

Une dernière fois, en avril, j'ai été convoqué à Meaux, la veille pour le lendemain. J'ai répondu que je serais absent, me rendant au Congrès des Praticiens où se traitaient des questions beaucoup plus intéressantes pour nous.

Congrès des praticiens. — Avant le Congrès, l'Association médicale et le Syndicat ont convoqué sans distinction tous les médecins de l'arrondissement.

Quinze étaient présents à la réunion du 9 février, mais nous avons reçu de très nombreuses lettres d'excuses de nos confrères syndiqués et de plusieurs n'appartenant à aucune association.

Dans cette séance, nous inspirant des vœux qui précédèrent et préparèrent l'assemblée constituante de 1789, nous avions discuté et rédigé les cahiers de nos revendications, et nommé des délégués pour les présenter au Congrès.

Nos vœux furent acceptés et fort bien accueillis. Le Dr Leredde, secrétaire-général, à qui ils furent transmis, voyait avec « plaisir que les médecins sont à peu près d'accord au point de vue de la réforme de l'enseignement, ceci est le gage du succès du Congrès ». Il demandait d'adresser « notre lettre au *Concours médical* pour qu'il la publie, elle exprimait d'une manière tellement nette les vœux de nos confrères qu'il y aurait grand intérêt à la faire paraître. »

Nos cahiers ont été utilisés dans les rapports publiés et soumis au Congrès.

Nos idées ont été discutées et les votes ont été conformes à nos demandes.

Je signale, en particulier, une proposition de notre confrère Decourt, sur le repos dominical. Elle a été acceptée et prise en considération.

—

En résumé, l'association d'un très grand nombre de médecins, l'énergie de nos revendications a donné à ce congrès une importance qu'on n'osait espérer. Un certain nombre de professeurs de la Faculté, hostiles le premier jour, n'ont pas dédaigné, le lendemain, d'y prendre part, et de reconnaître en partie au moins le bien fondé des revendications présentées. Un comité de vigilance a été nommé. Les résultats ne tarderont pas incontestablement à s'en faire sentir.

Fédération des Syndicats de Seine-et-Marne. — Il y a en France 40 associations syndicales départementales, soit syndicats, soit fédérations. 15 seulement donnent des signes de vitalité et ont adhéré au congrès des Praticiens.

Nous voudrions former la 16e.

Nous avons l'exemple des fédérations du Nord et du Sud-Est, très puissantes. Ce sont elles qui ont organisé la lutte, et défendu la démocratie médicale dont nous sommes contre les mandarins officiels.

Nous sommes toujours franchement et résolument sacrifiés par l'Administration, et nous le serons tant que nous ne saurons pas nous servir de notre force doublée d'une union parfaite. Nous pouvons former un bloc d'un pouvoir énorme, dans les campagnes surtout. A nous d'employer tous les moyens pour nous défendre et d'attaquer au besoin.

Parlementaires et associations départementales qu'elles soient socialistes ou conservatrices, seraient bien forcées de nous faire rendre justice et de tenir compte de nos réclamations.

M. le Dr Gimeray, président du Syndicat de Melun, inspirateur de la Fédération de Seine-et-

Marne, nous a envoyé un projet de statuts. Vous l'avez tous reçu par lettre, avec prière de le lire à tête reposée, de le méditer et d'envoyer vos réflexions et vos observations au bureau.

En même temps, nous vous demandions à tous votre avis sur la question de l'assistance médicale gratuite.

Nous avons reçu de très nombreuses et intéressantes réponses et nous vous remercions bien sincèrement de l'empressement que vous avez mis à nous donner votre avis motivé.

Après avoir dépouillé et classé cette volumineuse correspondance où nous avons trouvé les mêmes idées exprimées,nous avons répondu : Le Syndicat de Meaux accepte l'idée de fédération et ne voit à apporter aux articles des statuts que des modifications de détails qui seront proposées à la réunion générale où seront convoqués les délégués qui sont les Drs Charpentier, Decourt, canton de Claye ; Beuve, canton de Dammartin ; Lambert, canton de Lagny ; Pigornet, canton de Crécy ; Moitier, canton de Lizy ; Petitjean, canton de La Ferté.

M. le Dr Gimeray m'a répondu, mais ses confrères des autres arrondissements n'avaient pas fait de même à ses lettres. Ne recevant aucune convocation, je suis allé le trouver à Melun. Il m'a avoué que le Syndicat de Meaux seul avait donné signe de vie. Après une longue conversation et un échange d'idées, il me promit de nous convoquer dans un bref délai.

Je viens de recevoir sa lettre. Le 21 juillet, nous nous réunissons à Paris où eurent lieu les premières séances.

L'Assemblée montre par ses murmures approbateurs, que la conduite du bureau dans ces *différentes circonstances* est approuvée par tous les membres présents.

A la demande de plusieurs confrères, la discussion s'engage sur les rapports des médecins avec l'administration à propos de l'assistance médicale gratuite ; il n'est tenu aucun compte de nos légitimes desiderata et, malgré les réclamations des intéressés, les même errements sont toujours suivis à notre grand préjudice.

Sur la proposition des Drs Decourt et Moitier, l'Assemblée émet le vœu que la liste des assistés soit établie à la session de novembre des conseils municipaux ; que cette liste soit communiquée aux médecins avant le 1er janvier ; que, comme cela se fait dans d'autres départements, les membres d'une même famille soient *tous* inscrits sans exception ou qu'il n'y en ait aucun ; que les assistés inscrits dans le courant de l'année ne soient plus soignés à l'abonnement,mais que les médecins soient honorés à la visite comme avec l'ancien tarif.

Plusieurs confrères racontent que,depuis quelques jours, l'administration veut leur faire signer gracieusement des certificats pour tous les décès survenus depuis le 1er janvier ; ils demandent quelle conduite tenir. L'assemblée est d'avis que les médecins ne sont nullement tenus de remplir et de signer ces papiers administratifs ; si l'administration veut des certificats, il est juste qu'elle honore les médecins qui les délivrent.

Le bureau propose de saisir de ces vœux l'Union des syndicats de Seine-et-Marne, qui seule aura compétence, après sa constitution définitive, pour les présenter et les soutenir auprès du préfet ; cependant, si cette Union n'était pas constituée à temps, le bureau seul du syndicat de Meaux s'en chargera.

L'assemblée décide ensuite, sur la proposition du bureau, de se conformer au vœu du Dr Decourt, sur le repos hebdomadaire ; ce vœu,ratifié par le Congrès des Praticiens,sera porté à la connaissance du public par la voie de la presse, par des affiches et des circulaires.

Les pouvoirs du bureau venant à expiration, le Président, Dr Charpentier, le secrétaire, Dr Vilpelle ; le trésorier, Dr Tabard, sont maintenus avec acclamation dans leurs fonctions.

Sur la proposition du président, il est adjoint au bureau un vice-président. Le Dr Beuve, de Dammartin est nommé à l'unanimité. Il remercie ses confrères du grand honneur qu'ils veulent bien lui faire en les assurant de son entier dévouement ; il se consacrera tout entier à ses nouvelles fonctions d'autant plus volontiers qu'il n'exerce plus la médecine.

Les syndics : David (Claye), Arnous (Crécy), Bègue (Dammartin), Petit-Jean (La Ferté-sous-Jouarre), Guillot (Lizy), Brion (Meaux) sont maintenus dans leurs fonctions.

Le Dr Lambert est nommé syndic pour le canton de Lagny, en remplacement du titulaire démissionnaire.

La séance se termine par l'arrangement d'un différend entre les confrères du canton de La Ferté.

L'un d'eux refusait de suivre l'unanimité de ses confrères dans leurs rapports avec les sociétés de Secours Mutuels,sous prétexte que l'un des signataires de l'accord ne faisait pas partie du syndicat.

L'assemblée sans vouloir entrer dans le détail de cette querelle, décide qu'il y a là une question de principe, que tout confrère doit se conformer aux décisions prises par l'unanimité des médecins de sa région. Le confrère dissident prend l'engagement de marcher avec ses confrères si le confrère non syndiqué se fait inscrire au syndicat et les confrères de La Ferté promettent de patronner tous sa candidature.

Rien n'étant plus à l'ordre du jour,la séance est levée à 6 heures 1/2.

CORRESPONDANCE

L'exercice irrégulier de la médecine civile par les médecins militaires.

Monsieur le Rédacteur en chef,

Dans un numéro du *Concours médical* de 1907,à propos de l'exercice de la médecine civile par des confrères militaires, vous citez diverses plaintes de collègues civils motivées par des procédés peu corrects de médecins militaires à leur égard,vous demandez à vos lecteurs de vouloir bien vous signaler des cas types d'exercice en clientèle civile par des médecins militaires.

Passant régulièrement mes étés à Saint-S. j'ai pu constater dans ce village des faits dignes de vous être mentionnés. Saint-S. possède une infirmerie militaire ouverte seulement durant la belle saison, infirmerie près de laquelle est détachée chaque année un aide-major. Les médecins-majors qui se sont succédé ces dernières années ne se sont point fait faute de faire de la clientèle dans le village, malgré qu'il y ait à Saint-S. un médecin résidant là toute l'année.

Au cours de ce dernier été 1907 particulièrement, l'attitude du médecin militaire a été si inconvenante, que je n'hésite pas à vous la signaler. Ce confrère, le Dr C..., aide-major au bataillon de chasseurs de G., ne s'est point gêné de faire *ouvertement* de la clientèle dans un pays possédant à poste fixe un médecin, et en plus un second médecin durant les mois d'été.

Le service médical est donc largement assuré et je ne comprends pas du tout l'immixtion du médecin-major C..., qui a usé de procédés douteux vis-à-vis de mon confrère et de moi et vis-à-vis des malades qu'il a eu à soigner.

Je ne vous dirai point le montant des honoraires du Dr C..., durant les mois de juillet et août, toutes ses notes n'étant pas venues à ma connaissance. J'en sais pourtant quelques-unes et je suis prêt à vous en donner le détail si vous jugez la chose intéressante. Je crois tout de même nécessaire de vous citer certains chiffres : alors que le prix de la visite est normalement fixé à 2 fr. dans le village de Saint-S..., le Dr C..., a exigé 4 à 5 fr., par visite ; il n'a pas craint même de demander 10 fr., à certaines malades, 15 fr., pour une avulsion de dent, suivie de badigeonnage d'iode, 20 fr., pour l'ouverture d'un simple abcès.

Il prenait encore à l'infirmerie militaire les remèdes dont il avait besoin dans sa clientèle civile et ne se gênait nullement pour faire payer ces médicaments qui ne lui coûtaient rien à lui-même.

Ce sont là, Monsieur le Rédacteur, des faits graves qui vont être signalés au directeur du service de santé du corps d'armée par le Dr T..., médecin cantonal à Saint-S... Je dois encore vous dire que, vu le préjudice considérable que lui causent les agissements des majors, le Dr T..., s'était adressé, il y a un an à l'Inspecteur général, et que satisfaction ne lui a pas été donnée puisque ces faits se sont reproduits plus nombreux et plus graves.

J'ai tenu à les porter à votre connaissance pour que la publicité la plus large soit faite autour d'eux et pour qu'enfin interviennent certaines dispositions précises réglant définitivement les attributions des médecins militaires. Il est temps de mettre un terme à de pareils abus et de demander au ministre de la guerre des sanctions contre ceux qui s'en seront rendus coupables.

Le Dr T..., m'autorise à me servir de son nom pour donner plus de poids encore à cette réclamation contre les agissements des confrères militaires. Je tiens à vous dire qu'il est en complet accord avec moi puisqu'il va signer lui-même au bas de cette lettre.

Recevez, Monsieur le Rédacteur, l'assurance de mes sentiments distingués.

Dr M...
Dr T...

Je suis à votre disposition pour tous renseignements que vous jugerez utiles.

Une réponse à un questionnaire de propagande

Mon cher Confrère,

Les idées de solidarité ont très peu pénétré dans les mœurs de mes concitoyens en général et moins encore peut être dans celles du corps médical de mon ex-département. Bien que l'exercice de la profession soit devenu plus difficile et moins lucratif par suite de la pléthore médicale, que, par suite, les soucis de l'existence nous étreignent chaque jour davantage, les médecins du Lot-et-Garonne sont demeurés individualistes.

Il y a bien eu un rapprochement pour organiser le service de l'A. M. G., mais il s'agissait de palper 50,000 fr. du département. Tous se sont approchés de l'assiette au beurre, et on a vu nombre de médecins réfractaires jusqu'alors au « Syndicat » accepter avec empressement cette forme d'association. Nous avons vu plus tard que l'ardeur sacrée de certains envisageait surtout le petit bénéfice à recueillir.

Les mêmes médecins se serreraient-ils les coudes si, au lieu de recevoir tout de suite ou dans un temps prochain une légère subvention il fallait verser à ce Syndicat, pour la défense professionnelle, une simple cotisation de vingt sous par mois ? J'ai été témoin attristé de ce spectacle lorsque nous avons fondé, — il y a longtemps, déjà — le Syndicat de Lot-et-Garonne. Nous étions bien quinze fervents qui avions péniblement recruté chacun deux ou trois confrères. Nous avons vécu tant bien que mal une vie parfois précaire, considérés par les fortunés de la profession comme des parias. Depuis les choses ont bien changé de face et ceux qui nous gratifiaient de leur ironie ou de leur pitié veulent être les seuls et vrais syndicalistes. Il n'y a aujourd'hui rien à débourser mais tout à gagner avec le Syndicat.

Combien sont capables d'un sacrifice pour s'assurer au seuil de la vieillesse, un peu de bien être ? Vous savez très bien vous-même le petit nombre de nos confrères de ce département ayant adhéré à une ou plusieurs des œuvres du *Concours*. Je crains fort, — mais combien je serais heureux d'être mauvais prophète, — que la semence que vous vous proposez de répandre, ne tombe dans un milieu stérile et ne germe pas selon vos espérances. Dans ce pays trop fortuné, nous n'avons pas encore suffisamment souffert pour voir se développer et pratiquer les œuvres de défense et de protection confraternelles.

Mon pessimisme est peut-être outré. Est-ce parce que je suis presque à la fin de ma carière ? Est-ce l'effet produit par la longue pratique de la médecine ? Je crois cependant regarder sans passion les choses du temps présent. Il me semble que nous devrions garder pour notre bien commun, dans notre grande famille, un peu de grandeur d'âme, du désintéressement et de la générosité dont nous sommes parfois prodigues à l'égard des indifférents ou des ingrats. En un mot, l'union par l'estime et le dévouement réciproques au lieu de la division par l'envie et la jalousie professionnelle.

Veuillez oublier ce hors-d'œuvre indigeste, et agréer l'expression de mon admiration pour votre courage et votre ténacité. Je crois pourtant au triomphe de votre bonne cause dont j'ai été un humble propagateur et un membre actif.

Dr X...
Ancien praticien du Lot-et-Garonne.

REPORTAGE MÉDICAL

Bureaux d'hygiène. — Aux termes du décret du 3 juillet 1905 portant réglementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires parmi les personnes reconnues aptes, à raison de leurs titres, par le Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Conformément à cette disposition et aux prescriptions de la circulaire ministérielle du 23 mars 1906 destinées à en assurer l'application la vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour la ville et la station thermale ci-après dans les conditions respectivement déterminées par les arrêtés municipaux :

Dunkerque (Nord), arrêté municipal du 6 décembre 1907 : traitement, 4.000 francs.

Salins (Jura) ; traitement, 500 francs.

Les candidats ont un délai de vingt jours, expirant le 19 janvier 1908, pour adresser au Ministre de l'Intérieur leurs demandes accompagnées de tous titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures ; cette candidature s'applique exclusivement au poste envisagé.

A la demande doit être jointe une copie certifiée conforme des diplômes obtenus ; l'exposé des titres aussi détaillé que possible et accompagné d'un exemplaire des ouvrages ou articles publiés. Les candidats peuvent en outre demander à être entendus par la Commission du Conseil supérieur d'hygiène.

Société médicale des Praticiens. — Dans son assemblée générale annuelle du 20 décembre, cette société a nommé son bureau pour 1908. Ont été élus :

Président : Dr Le Filliatre.
Vice-Présidents: Drs Monnet. A. Morin.
Secrétaire général : Dr P. Barlerin.
Trésorier : Dr Kaminski.

La Société a entendu ensuite une communication très intéressante faite par le Dr Kolbé, ancien professeur à l'université de Buenos-Ayres, sur l'emploi de la radioscopie pour le diagnostic des affections du tube digestif (avec nombreuses projections dessus).

Protestation contre une réclame. — L'annonce suivante a paru dans un grand nombre de journaux politiques :

« Si vous avez des amis ou des connaissances qui « souffrent de l'estomac, faites-leur prendre les Pou« dres de ..... C'est incontestablement le meilleur « remède pour les guérir sûrement et très rapidement, « en voici une nouvelle preuve :

« Dispensaire antituberculeux « Œuvre philanthropique mutualiste « Fondation Nationale Emile-Loubet » « Siège social, 182, rue du Château-des-Rentiers, Paris.

« Monsieur le Directeur de la pharmacie des pou« dres.....

« Tous nos malades qui souffrent de l'estomac étant « toujours plus satisfaits des merveilleux résultats « qu'ils obtiennent chaque fois avec vos excellentes « Poudres de..... vous nous ferez un bien grand « plaisir en renouvelant notre provision aux meil« leures conditions.

« Le délégué de l'Œuvre,
« Le Génissel »

Tous les médecins du Dispensaire Emile-Loubet protestent avec la dernière énergie contre cette annonce qu'ils n'ont pas autorisée et qu'ils défendent de renouveler. Aucun délégué de l'Œuvre n'a jamais été désigné pour écrire une attestation pareille concernant les malades du Dispensaire.

Le président du Dispensaire Emile-Loubet
Emile Collin.

Exposition Franco - Britannique de Londres, 1908.— Le Comité d'installation de la Classe 16 (Médecine, Chirurgie, Stérilisation et Orthopédie) organise à l'Exposition de Londres, une exposition spéciale des principaux instruments de chirurgie, de stérilisation, d'orthopédie et de sciences y afférentes créés par nos Confrères dans ces dernières années. Nos Confrères jouiront de tous les avantages des autres exposants.

Pour tous renseignements d'emplacement et de prix, prière de s'adresser au Secrétaire de la Classe 16, spécialement chargé des instruments et appareils, M. A. Plisson, 68, rue J.-J. Rousseau, Paris, en ayant soin de lui faire savoir les dimensions maxima en tous sens des instruments ou appareils.

Communiqué par le Docteur Lucien-Graux de la Gazette médicale de Paris *et de la* Gazette des Eaux.

Faculté et Hôpitaux.

Un cours sur l'alimentation du nouveau-né, l'allaitement naturel et artificiel, le sevrage, fait par MM. Devraigne, Perret et Terrien commencera le 27 janvier 1908 à 4 h. du soir et se continuera les jours suivants à la même heure. Des démonstrations pratiques seront faites au laboratoire par M. Daunay à la suite des leçons. Le cours sera complet en 12 leçons. Le droit à verser est de 50 francs. Sont dispensés du versement les étudiants et médecins déjà inscrits à l'un quelconque des cours de la clinique Tarnier. Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance du versement du droit. MM. les étudiants devront produire, en outre, la carte d'immatriculation. Les bulletins de versement, relatifs au cours, seront délivrés au Secrétariat de la Faculté, les mardis, jeudis et samedis, de midi à 3 h.

— Un concours pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux de Paris sera ouvert le lundi 23 mars 1908, à midi, dans la salle des concours de l'Administration, 49, rue des Saints-Pères, 49.

MM. les Docteurs en Médecine qui voudraient concourir devront se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, Av. Victoria (service du personnel) de midi à 3 h., du lundi 17 février au samedi 27 février inclusivement.

— M. J. Darier commencera, le samedi 1908, à 10 h. 1/2 une série de Conférences sur les maladies de la peau (présentations de malades et de projections microscopiques), et continuera les samedis suivants à la même heure.

Programme : la séméiologie des affections cutanées expliquées par l'anatomie pathologique.

—M. Bonnaire fera dans son service de l'hôpital Lariboisière, pendant le mois de janvier, un cours pratique d'accouchement avec manœuvres obstétricales, pour les docteurs en médecine français et étrangers.

— Hôpitaux d'Amiens. —M. Victor Pauchet et M. Blondel, assistant de la clinique des voies urinaires, commenceront, le premier lundi de mars 1908, à 10 h., un cours d'urologie pratique qui sera continué les lundis suivants. Examen clinique des malades.

— Sous la direction de M. Pierre Sébileau, directeur de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, MM. Dominici et Rubens-Duval, ont commencé le 15 janvier, une série de conférences sur le tissu conjonctif normal et pathologique. Hématologie et organes hémato-poétiques. L'inflammation et les inflammations chroniques : Syphilis et tuberculose. Les tumeurs ». Les conférences auront lieu les lundis, mercredis et vendredis de 2 h. à 4 h., du 15 janvier inclus au 23 mars inclus. Elles comprennent une leçon théorique et une manipulation pratique. La leçon théorique est gratuite pour les internes des hôpitaux, et le nombre des auditeurs est limité à 30.

Le nombre d'élèves admis aux manipulations pratiques est limité à 12. Le droit d'inscription est de 150 francs pour les internes des hôpitaux, de 300 francs pour les autres auditeurs. Se faire inscrire à l'amphithéâtre d'anatomie, 17, rue du Fer-à-Moulin.

— Les leçons de physiothérapie du Prof. Gilbert, ont lieu au petit amphithéâtre de la Faculté, le jeudi à 5 heures, depuis le 9 janvier. Elles sont faites avec le concours de MM. Beaujard, de Beurmann, médecin de l'hôpital Saint-Louis; Cautru, Dagron, Ducroquet, Pariset, de Vichy ; Albert Weil et Zimmern, agrégé de la Faculté. Leur nombre s'élèvera à 12. Quatre leçons d'électrothérapie ; une leçon d'hydrothérapie ; cinq leçons de kinésithérapie (gymnastique et massage) ; une leçon de photothérapie, une leçon de radiothérapie.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs Richard, d'Isigny (Calvados), et Cellier, de Laval (Mayenne), membres du « Concours Médical ».

Le Directeur-Gérant : **Dr H. JEANNE.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales

Trentième année — N° 5 — Dimanche 2 FÉVRIER 1908

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des Inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Les médecins-policiers.

Mon cher Docteur,

Permettez-moi de vous signaler de nouveaux faits à ajouter à tant d'autres, et qui montrent les procédés et comportements singuliers de certains médecins asservis à des compagnies et sociétés de transports ou d'assurances. On est vraiment stupéfié de constater à quels oublis de la dignité médicale et même de la plus élémentaire correction peuvent être amenés des docteurs en médecine ainsi domestiqués pour montrer leur zèle de vrais employés révocables à des maîtres dont ils attendent leur salaire.

Se rendent-ils vraiment compte du peu de valeur morale de la besogne à laquelle ils se livrent ? J'en doute et je penche plutôt pour l'hypothèse de l'inconscience.

1er *fait*. — Tout récemment, un wattman de la Cie des omnibus était poursuivi devant le tribunal correctionnel de la Seine à la requête du Parquet pour blessures par imprudence. Il avait blessé, en le renversant avec le panneau-avant de sa voiture, un homme qui se trouvait sur la chaussée, très près du rail et demandant un renseignement à un gardien de la paix ; le tribunal l'a condamné pour ce fait à une légère amende. Le blessé s'était porté partie civile pour réclamer des dommages-intérêts. Il avait été transporté sans connaissance dans une pharmacie, puis, de là, à son domicile.

Le médecin du blessé et celui d'une Cie d'assurances avaient constaté dans des certificats, outre des ecchymoses multiples, une contusion des reins et surtout de l'occipital avec légère commotion cérébrale. Le blessé avait dû interrompre son travail du 25 octobre au 8 novembre. Or, au cours des plaidoiries, l'avocat de la Cie a produit une lettre du médecin de cette Cie adressée au directeur et dans laquelle il racontait qu'il s'était présenté au domicile du blessé le 3 novembre à 6 heures du soir, que celui-ci était sorti à ce moment, mais qu'il l'avait vu rentrer portant dans ses bras un enfant. Il narrait alors ce que lui avait dit le blessé, déclarait qu'il n'avait pas vu trace d'une ou de plusieurs des contusions signalées par ses confrères et il concluait que le blessé retardait « dans un but facile à prévoir » l'époque où il aurait pu reprendre le travail. Il est à remarquer que cinq jours après, le malheureux, qui ne touchait point d'indemnité temporaire, reprenait son travail, sans être entièrement guéri, et qu'il ressent encore certains troubles, conséquences de la commotion cérébrale, que son médecin déclare pouvoir persister encore pendant trois mois. Demeurant dans une chambre d'hôtel garni, avec une femme et un enfant, il avait pu être obligé de sortir, ne fût-ce que pour faire prendre l'air à l'enfant, sans pour cela être guéri des étourdissements et maux de tête qu'il éprouvait cinq jours avant la reprise du travail et même depuis.

La lecture de cette lettre a provoqué un mouvement de désapprobation de la part de tous les avocats présents à l'audience. En effet, comment peut-on admettre qu'un docteur en médecine consente à s'abaisser ainsi au rôle *d'agent de police*, s'introduisant chez les gens pour aller raconter d'une façon tendancieuse ce qu'il a vu, et tirer des conclusions plutôt hasardeuses de la conversation qu'a bien voulu lui accorder un homme qui aurait pu refuser de le recevoir ?

2e *fait*. — Un commerçant de la rue de Rivoli est blessé grièvement à l'épaule par la faute d'un cocher. Le médecin de la Cie des voitures se présente chez lui, un dimanche, sans prévenir, après avoir fait cette réflexion : « C'est un bou-

tiquier. Même s'il n'est pas entièrement guéri, il aura profité de son dimanche pour sortir ». Mais il trouve le blessé au lit et en manifeste sa surprise. Il prend le nom du chirurgien des hôpitaux qui donnait ses soins, puis, quelques jours après, va trouver ce dernier et lui pose sur le malade des questions tellement peu discrètes qu'elles ne reçurent aucune réponse et scandalisèrent quelque peu le chirurgien éminent auxquelles elles étaient adressées et qui dut éconduire l'indiscret enquêteur. Quel rapport a-t-il fait à la Cie ? On ne le sait point encore. Mais on s'attend à quelques surprises, lorsque l'affaire viendra devant les tribunaux correctionnels.

Pourquoi les blessés reçoivent-ils ainsi chez eux des médecins qu'ils n'ont pas demandés, quand ils ont confié le soin de leur santé à des médecins de leur choix ? Evidemment, parce que, quand un docteur en médecine se présente dans une maison, on a tout lieu de supposer qu'on a affaire à un homme propre, incapable de s'abaisser à certaines besognes, en tout cas parce qu'on suppose que ce médecin ne s'écartera pas de ses attributions médicales et de contrôle de faits médicaux, ni des règles de la prudence et de la bonne foi. Si l'on savait que parfois, et même trop souvent, on reçoit un policier qui cherche à vous tendre des pièges, qui prépare les éléments, non d'un rapport médical mais d'un renseignement de police officieuse, dont l'adversaire fera usage au dernier moment, sans même qu'il ait été possible de préparer par avance la réfutation des déductions souvent fausses qui y sont contenues, on lui montrerait immédiatement la porte.

Que doit faire un médecin, au service d'une Cie ou d'une entreprise, et qui n'a pas perdu tout respect de lui-même et de sa profession ? Il ne doit pas se présenter à l'improviste chez un malade qui ne l'a pas fait appeler. Pour remplir loyalement sa besogne de contrôle, il doit prévenir par lettre le blessé qu'il a l'intention de visiter, en lui demandant s'il veut bien le recevoir tel jour et à telle heure, et en lui indiquant son désir de se rencontrer, si possible, avec le médecin qui le soigne.

Nous conseillons aux médecins qui donnent leurs soins à des blessés non assujettis à la loi de 1898, dans laquelle du moins, à l'égard des blessés du travail, se trouvent prévues les conditions dans lesquelles peut s'exercer le contrôle du médecin patronal, de mettre en garde leurs clients contre les dangers que présentent pour leurs intérêts l'excès de confiance et de courtoisie qui les fait recevoir les médecins des Cies d'assurances se présentant chez eux à l'improviste.

Il faut leur expliquer que ces médecins sont les agents de leurs adversaires et que les recevoir n'est pas obligatoire ; qu'aucun blessé n'est tenu de se laisser examiner par eux, ni de leur faire des déclarations ; que leur qualité de docteur en médecine n'est pas toujours une garantie suffisante de correction professionnelle, pour qu'ils se livrent à eux sans défiance. Les blessés feront bien de refuser de recevoir tout médecin de Cie d'assurances qui se présentera à l'improviste et ensuite d'écrire par lettre recommandée à ces médecins ou au Directeur de la Société, qui les a envoyés, qu'ils ne consentiront à les recevoir qu'à la condition d'être avisés par avance des jour et heure de la visite, pour pouvoir prévenir le médecin traitant. En tous cas, il ne faut jamais laisser ces médecins toucher à un pansement ou à une blessure puisque c'est le médecin traitant et non eux qui a la responsabilité du traitement.

Une règle très sage de l'ordre des avocats interdit aux membres du barreau de se mettre en rapports directs avec des personnes qui peuvent devenir les adversaires du client qui les a chargés de leurs intérêts, et, en tous cas, quand ces personnes ont un conseil connu d'eux, de ne leur faire aucune proposition, ni d'entamer aucuns pourparlers avec elles, si ce n'est par l'intermédiaire du conseil. Aucun rendez-vous ne peut être pris avec un adversaire qu'à la condition qu'il soit assisté de ce conseil. Pourquoi les médecins ne prendraient-ils pas dans ces règles les dispositions qui sont applicables aux rapports pouvant s'établir entre les médecins défenseurs des intérêts des Compagnies et des blessés qui sont susceptibles de devenir des adversaires de celles-ci ?

Dans tous les cas, le rapport d'un médecin sur la visite faite à un blessé, rapport qui est destiné à renseigner l'administration d'une Compagnie, doit, autant que possible, se borner à l'énoncé des constatations médicales réellement faites et ne jamais affecter la forme des rapports des agents de la police. Si ces derniers font, dans un intérêt public, une besogne utile, quoique à l'aide de moyens d'un ordre peu relevé, ils sont placés en principe dans une situation impartiale à l'égard des personnes et des faits qui ne doivent retenir l'attention des autorités que s'il y a apparence d'infraction à une loi pénale. Mais ces conditions d'impartialité n'existent pas pour un médecin qui est au service d'intérêts particuliers dont il reçoit sa rétribution. Aussi la prudence et la réserve s'imposent-elles au plus haut point à un homme placé dans des conditions aussi spéciales et qui, par sa profession et son éducation, doit avoir à cœur de ne pas tromper la confiance qu'il inspire.

La conclusion de ces quelques observations est qu'il est urgent d'attirer l'attention des médecins sur les abus trop répétés commis par quelques-uns de leurs confrères médecins de Compagnie d'assurances, et de prier les associations, qui sont les gardiennes vigilantes de l'honneur professionnel, de rappeler certains des membres du corps médical au respect de la dignité de leur profession.

Votre tout dévoué,

G. Gatineau,
Avocat à la Cour d'Appel.

25 décembre 1907.

LA SEMAINE MÉDICALE

Traitement de la tuberculose par la paratoxine

MM. les Dr Gérard et Lemoine ont récemment exposé une méthode de traitement de la tuberculose qui paraît appelée à un certain avenir ; c'est l'emploi de la paratoxine, dérivé de la bile, pour combattre la tuberculose. L'idée qui a présidé aux recherches de MM. Gérard et Lemoine est la suivante :

Le foie est le défenseur de l'économie contre les infections et les intoxications. On sait qu'il emmagasine les poisons minéraux et qu'il a la mission d'empêcher leur diffusion rapide ; on sait aussi, comme la démonstration en a été faite par Roger,

qu'il remplit un rôle du même genre vis-à-vis de toxines issues des maladies infectieuses, et vis-à-vis des microbes eux-mêmes. En tout cas, un fait qui semble bien le démontrer cliniquement, c'est que les maladies infectieuses sont, en général, moins graves chez les sujets dont le foie est absolument sain, et fonctionne normalement.

MM. Gérard et Lemoine ont employé la cholestérine pure, puis la *paratoxine*, c'st-à-dire une préparation obtenue en traitant des mélanges de bile par certains procédés et par certains dissolvants, en particulier par l'éther de pétrole. Les auteurs ont obtenu avec la *paratoxine* des résultats remarquables.

Ils emploient la Paratoxine en injections sous-cutanées et en injections intra-laryngées ; ils l'emploient aussi, par la voie buccale.

« Des résultats très probants sont fournis par les injections sous-cutanées ; l'absorption du produit étant ainsi complètement faite. Ces injections ne déterminent aucune réaction inflammatoire, ni même aucune douleur, pourvu qu'elles soient faites d'une façon absolument aseptique. On peut les pratiquer dans n'importe quelle région du corps, mais le point d'élection est la zone interscapulo-vertébrale. Il faut les faire profondément dans le tissu sous-dermique, à la limite de la zone musculaire ; puis, on écrase avec le doigt la boule d'œdème produite, pour faciliter l'absorption et empêcher l'écoulement du liquide, qui se produit quelquefois par la piqûre.

« La dose moyenne à injecter est de 1 cent. cube par jour ; mais, elle peut, selon les cas être élevée à 2, 3 et même 4 centimètres cubes.

« Pour éviter les piqûres multiples, on peut alors injecter 2 et 3 cent. cubes sans retirer l'aiguille. On a les mêmes résultats en injectant seulement tous les deux jours une dose double de la dose journalière, la Paratoxine ne s'accumulant pas dans l'organisme, mais cependant s'y diffusant lentement.

« La Paratoxine est donnée par la voie buccale soit en nature, soit en pilules. On la fait prendre en nature à la dose de 5 à 20 cent. cubes dans des cas d'urgence, tels que la diarrhée tuberculeuse profuse, et cela pendant quelques jours seulement, la diarrhée s'arrêtant très vite. Ordinairement, on la fait prendre en pilules, dans les intervalles des séries d'injections, et même chez les malades plus sérieusement atteints, en même temps que ces dernières.

Le traitement par les injections doit être continué jusqu'au moment où l'on a obtenu le relèvement de l'appétit et du poids, et l'amélioration des signes physiques. On les cesse alors, quitte à les reprendre quelque temps après, pour chercher des résultats plus accentués. En général, le temps nécessaire pour cela est de deux à trois mois.

Les injections intra-laryngées de Paratoxine constituent une médication absolument de choix dans la laryngite tuberculeuse ; elles sont faites avec une dose moyenne de 5 cent. cubes de produit, au moyen de la seringue intra-trachéale ordinaire, et répétées tous les jours ou tous les deux jours.

Sous l'influence du traitement par la Paratoxine, les tuberculeux voient tout d'abord leur état général s'améliorer. L'appétit augmente ; les digestions sont également influencées, les pesanteurs et le pyrosis disparaissent.

Les *sueurs* diurnes ou nocturnes sont heureusement modifiées par ce mode de traitement, et dans bien des cas les auteurs les ont vues disparaître au bout de quelques jours de traitement, pour ne plus se montrer dans la suite.

Les tuberculeux injectés de Paratoxine augmentent de *poids* d'une façon ordinairement rapide. Toutefois, il est des différences suivant les individus. On peut dire que, en général, ceux qui augmentent rapidement de poids dès le début, augmenteront d'une quantité plus considérable que ceux dont la mise en route est plus tardive.

Parallèlement à l'augmentation de poids, on observe l'accroissement des *forces* et la diminution des *oppressions* et des *malaises généraux*. Les tuberculeux incapables de tout travail et de tout exercice quelque peu soutenu ou pénible se trouvent bientôt plus robustes, et demandent souvent trop tôt à reprendre leurs occupations journalières.

La *toux* sèche est quinteuse ou bien très grasse, fort humide et accompagnée d'expectoration abondante, visqueuse, nummulaire, diminue d'intensité et de fréquence. Les malades recouvrent leur sommeil, auparavant troublé par une toux pénible et incessante ; ils reprennent de l'espoir, et reviennent à la vie.

Cependant l'*expectoration* diminue ; les crachats deviennent rares et plus fluides, on ne les retrouve plus que le matin, et peu à peu, ils finissent par être insignifiants.

La *température* tend à décroître et à revenir vers la normale. La descente se dessine vers le deuxième ou le troisième septénaire, pour suivre habituellement une marche régulière, à moins que ne surviennent des complications, si fréquentes au cours de l'évolution de la tuberculose pulmonaire.

Telle est l'évolution des phénomènes généraux que l'on rencontre habituellement chez les tuberculeux du 1er et du 2e degré.

Lorsque les lésions sont plus étendues et lorsqu'il s'est formé des cavernes suppurantes, les effets de la Paratoxine sont bien minimes, même si elle est injectée à fortes doses.

En somme, les cas où l'indication de la Paratoxine est très nette, sont ceux de la tuberculose au premier et au deuxième degré, même avec des signes de ramollissement étendu, mais à marche lente, et avec des températures n'atteignant pas 39°.

Voici les conclusions de MM. Gérard et Lemoine :

« La Paratoxine employée seule, sans autre adjuvant qu'une bonne hygiène permet d'obtenir une amélioration considérable des malades atteints de tuberculose au début et à la seconde période, et les conduit peu à peu à la cicatrisation de leurs lésions.

« Bien entendu, cette médication est d'autant plus active que les cures de repos et d'air, dans un sanatorium ou dans une bonne installation à domicile, sont régulièrement suivies. Mais nous l'avons vue réussir également chez de simples ouvriers qui restaient dans leurs conditions d'existence ordinaires.

« La Paratoxine agit surtout par la voie sous-cutanée, mais aussi par la voie buccale. Son emploi est d'autant plus aisé qu'elle ne provoque aucune réaction, ni générale, ni locale, et qu'elle ne présente aucun danger.

« Elle paraît agir comme une anti-toxine, en neutralisant les toxines bacillaires qui imprègnent l'organisme. »

Le régime sec dans les gastro-entérites infantiles.

Depuis quelques années déjà, les pédiatres recommandent la diète hydrique ou le bouillon de légumes contre la gastro-entérite infantile. Or, M. le Dr Paul Gallois, partant de ce principe

que dans les gastro-entérites, la dyspepsie joue un rôle beaucoup plus important que l'infection et que cette dyspepsie est due presque toujours à la suralimentation, déclare que c'est, avant tout, l'alimentation que l'on doit réduire.

Quand, actuellement, on prescrit comme traitement la diète hydrique, avec l'intention de supprimer aux microbes leurs aliments, c'est, en somme, une réduction de l'alimentation que l'on effectue.

Mais si l'on supprime les éléments nutritifs du lait pour ne donner que de l'eau, on réduit bien la valeur substantielle de l'aliment, mais on lui conserve son volume.

« Chez les enfants, à la période de sevrage de un à deux ans, dit M. Gallois dans la *Clinique infantile*, j'emploie couramment depuis longtemps un régime sec dont la formule est un peu variable avec l'âge de l'enfant, mais dont le type peut être représenté de la façon suivante :

« Une bouillie le matin, deux ou trois petits gâteaux secs à 10 heures, un peu de fromage frais et de purée à midi, deux gâteaux secs à 4 heures et une bouillie le soir.

Ce traitement réussissant très rapidement chez ces enfants déjà un peu grands, j'ai essayé d'adapter aux nourrissons le même principe du régime sec. Mais chez eux, je ne pouvais employer comme aliment qu'un dérivé du lait. Celui que j'ai adopté est le fromage Gervais dit « Petit Suisse ». Le type du repas sec que je préconise peut être résumé dans la formule suivante, facile à retenir :

« Une cuillerée à soupe de fromage Gervais battue avec une cuillerée à soupe de lait et sucrée, de façon à faire une petite crème.

« La dose, évidemment, doit être modifiée suivant l'âge de l'enfant en tenant compte de ce fait qu'un semblable repas, d'un poids de 25 grammes environ, contient autant de caséine que 34 gr. 55 de lait et autant de beurre que 120 grammes de lait. Si l'on prend la moyenne, il équivaudrait donc approximativement à 75 grammes de lait. Il vaut ainsi trois fois son poids de lait.

« Je fais, en général, prendre aux enfants un des repas de fromage ci-dessus toutes les deux heures pendant deux jours, soit sept repas, chaque jour. Le troisième jour, je fais remplacer trois de ces repas par une tétée ou une dose de lait calculée à proportion de l'âge de l'enfant ; le quatrième jour, deux autres repas de fromage sont remplacés par une tétée ou un biberon. Le cinquième jour, l'enfant est remis entièrement à l'alimentation lactée.

« Les enfants, même d'un mois, acceptent d'ordinaire ces petites crèmes sans difficulté. Les résultats sont généralement très rapides ; le jour même ou le lendemain, les vomissements et la diarrhée sont arrêtés, sans que l'enfant soit constipé par la suite. Et, fait extrêmement important, la reprise de l'alimentation lactée se fait sans rechute, tandis qu'à la suite de la diète hydrique, la reprise du lait fait bien souvent reparaître les accidents.

« Le régime sec a en outre un grand avantage : il alimente le malade tandis que la diète hydrique le met en somme à un régime d'inanition ; aussi l'enfant est-il remis très rapidement et retrouve-t-il presque aussitôt son poids antérieur.

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Sur l'étiologie du tétanos médical.

L'étiologie du tétanos médical n'a pas été jusqu'à ce jour nettement établie. Dans bien des cas, il n'existe pas de lésion, de solution de continuité appréciable, ouvrant la voie à la fois au bacille de Nicolaïer et aux bactéries favorisantes (le bacille de Nicolaïer demande, on le sait, pour se développer, des facteurs secondaires, dont le plus important est l'association d'autres espèces microbiennes). Dans ces conditions, le médecin reste assez embarrassé pour remonter aux causes qui ont préparé l'éclosion du germe tétanique.

M. Vincent s'est proposé, dans une série de recherches expérimentales, d'élucider cette question, et il vient de lire à la tribune de l'Académie le résultat de ses travaux.

L'intervention du bacille de Nicolaïer, dit-il, est aussi indiscutable dans le tétanos médical ou spontané qu'elle l'est dans le tétanos traumatique. Sa porte d'entrée réside sans doute dans les plaies minimes, auxquelles tout le monde est exposé, plaies ayant été en contact avec le sol ou les poussières des rues. Ces petites solutions de continuité guérissent facilement, passent inaperçues, et le sujet peut se trouver alors, sans traumatisme reconnu, porteur de spores tétaniques, capables de survivre pendant plusieurs semaines et même plusieurs mois, lorqu'elles ont échappé à la destruction phagocytaire immédiate. Qu'une *condition favorisante* intervienne à ce moment et le tétanos éclate, inopinément en apparence.

Connaît-on les conditions favorisantes qui jouent ainsi un rôle dans la genèse du tétanos médical ? Une des principales, pour M. Vincent, serait l'existence d'une affection hépatique. Les recherches de l'auteur paraissent établir que les lésions du foie, et plus spécialement celles des cellules hépatiques, retentissent défavorablement sur les propriétés défensives de l'organisme. La semence tétanique, en particulier, germe avec facilité chez les sujets dont le foie est gravement lésé.

Arrachement total du membre supérieur.

M. Berger, présente au nom du Dr André (de Péronne) une pièce provenant de l'arrachement total du membre supérieur, avec l'omoplate, par une machine. L'observation du blessé note l'absence d'hémorragie primitive (l'hémostase s'étant produite par le mécanisme connu de l'élongation de l'artère axillaire), la bénignité des suites, la guérison de la plaie en une quinzaine de jours. M. André pratiqua, comme traitement, la ligature de l'artère et de la veine sous-clavières, la résection d'une portion saillante de la clavicule et la suture du lambeau cutané.

Les cas d'arrachement total (omoplate comprise) du membre supérieur sont exceptionnels. Habituellement, dans les faits de ce genre, l'arrachement a lieu au niveau des insertions deltoïdiennes, l'humérus étant fracturé à sa partie supérieure.

Les méfaits de l'alcoolisme en chirurgie.

M. Paul Reynier indique l'importance et insiste sur le rôle néfaste de l'alcoolisme, en pathologie chirurgicale.

L'alcoolisme, dit-il, est à la base d'un grand nombre de tuberculoses externes, chez l'adulte et chez l'enfant.

Passé quarante ans, dans la seconde moitié de la vie, l'alcoolisme est la cause réelle de 90 p. 100 des tuberculoses osseuses, des tuberculoses externes.

Il faut connaître également le rôle de l'alcoolisme des parents, du père surtout, dans la genèse des tumeurs blanches, des coxalgies de l'enfant. Si l'on recherche les antécédents héréditaires de ces petits malades, on ne trouve souvent pas d'autre tare que l'alcoolisme paternel. Et M. Reynier appuie son opinion sur de multiples exemples démonstratifs, souhaitant, en conclusion, que les vœux formulés par l'Académie pour enrayer l'alcoolisme soient écoutés !

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Valeur de l'ophtalmo-réaction comme moyen de diagnostic de la tuberculose.

Les avis sont aujourd'hui moins unanimes sur la valeur qu'il convient d'attribuer à l'ophtalmo-réaction à la tuberculine comme moyen de diagnostic de la tuberculose. Tandis que certains auteurs continuent à lui accorder une entière confiance, d'autres signalent des faits, assez nombreux, où elle aurait été en défaut.

Une question se pose, intéressante pour le praticien : l'ophtalmo-diagnostic, ce procédé si simple, a-t-il ou non une valeur absolue ? La réaction positive est-elle pathognomonique de la tuberculose? Disons-le de suite, cette question n'est pas encore résolue définitivement. Alors que M. Comby, maintenant ses conclusions antérieures, considère l'ophtalmo-réaction comme un procédé de dépistage *sûr* de la tuberculose chez les enfants, la plupart des cliniciens, MM. Lenoble (de Brest), Dufour, Netter, Chauffard, Souques, entre autres, font des réserves sur l'infaillibilité de la méthode.

M. Chauffard a observé une réaction négative chez un jeune homme qui fut opéré, quelques jours après, de tuberculose appendiculo-cæcale. On a vu, d'autre part, de nombreux cas de réaction positive chez des sujets qui, cliniquement, ne paraissaient en aucune façon tuberculeux. Ces sujets pouvaient être, il est vrai, atteints de tuberculose latente ou de tuberculose inactive.

La conclusion à tirer de ces différents travaux est la suivante : l'ophtalmo-réaction, moyen de diagnostic très intéressant, ne semble pas, actuellement et jusqu'à étude plus complète, devoir être considéré comme un signe distinctif infaillible de tuberculose active. Sa recherche ne doit faire négliger aucun des autres moyens cliniques de diagnostic.

Origine rhumatismale de certains goitres exophtalmiques.

M. Vincent a décrit, sous le nom de « signe thyroïdien », un symptôme spécial du rhumatisme aigu, symptôme caractérisé par la tuméfaction du corps thyroïde, accompagnée de douleur provoquée par le pincement de cette glande. Le signe thyroïdien, fréquent chez l'adulte, se rencontre beaucoup plus rarement chez l'enfant. Le professeur Ausset, de Lille, l'a cependant récemment constaté chez de jeunes sujets.

Habituellement, la tuméfaction thyroïdienne se règle sur la marche du rhumatisme. Accentuée à un degré plus ou moins marqué, au début de la maladie et avant toute médication, elle s'atténue dans la suite pour disparaître avant même la fluxion articulaire.

D'autres fois, la réaction thyroïdienne suit une voie anormale. Quelquefois, elle coupe court, disparaît rapidement : pour M. Vincent, cette hypothyroïdie serait souvent le présage d'un retour offensif de l'arthrite, ce qui justifierait en pratique, l'emploi de l'opothérapie thyroïdienne associée à la médication iodée, dans le traitement des formes rebelles du rhumatisme aigu.

Parfois, au contraire, la réaction thyroïdienne persiste après la disparition du rhumatisme. Le fonctionnement de la glande thyroïdienne, mis en branle par le rhumatisme, se maintient à un taux exagéré. Le cou reste gros. Simultanément, on voit se manifester des signes évidents de basedowisme, exophtalmie, tachycardie, tremblement, etc. Ce sont des observations de ce genre que viennent de présenter, à la Société médicale, M. Sergent et M. Vincent.

Ainsi, le goître exophtalmique peut succéder, par le mécanisme de la persistance du « signe thyroïdien », à une ou plusieurs attaques de rhumatisme articulaire aigu. De là l'utilité du salicylate de soude dans le traitement de certains cas de maladie de Basedow. Les bons effets de ce médicament ont été signalés déjà par M. Babinski, il y a six ou sept ans.

On est donc autorisé à conclure que le rhumatisme joue, à l'égard du goître exophtalmique, le même rôle efficient que d'autres maladies infectieuses, fièvres éruptives, rougeole, scarlatine, fièvre typhoïde. Dans ces maladies, d'ailleurs le « signe thyroïdien » a été rencontré, moins caractéristique que dans le rhumatisme, mais assez fréquemment encore pour qu'on puisse invoquer une pathogénie analogue du goître exophalmique consécutif.

Paludisme latent pendant soixante ans.

MM. Rist et Boudet présentent l'observation d'une malade, atteinte de fièvre palustre à type quarte, hématologiquement démontrée, chez laquelle le germe paludique fut contracté 60 ans auparavant. Pendant cette longue période de temps, le paludisme était resté latent et ne s'était manifesté par aucun accident. Un point intéressant de cette observation est le rapprochement qu'elle permet entre la malaria et la syphilis. La réapparition des accidents syphilitiques après des périodes très prolongées de latence est un fait banal. S'il en est de même du paludisme, il faut sans doute voir là une particularité biologique commune au protozoaire de la malaria et au protozoaire de la syphilis.

Le poids et la taille, chez l'enfant.

M. Variot fait une communication sur l'importance qu'il convient d'attacher, en pédiatrie, à l'étude de la *taille* des enfants. Pour bien apprécier la croissance infantile, on doit mesurer non seulement le poids mais aussi la taille. Il y a une atrophie *pondérale* et une atrophie *staturale*.

La connaissance de la taille servira, en particulier, à régler la ration de lait à donner aux enfants atrophiques. La taille représente, en effet, l'âge réellement acquis par l'enfant beaucoup plus que le poids, qui peut varier sous des influences multiples.

P. L.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

Le collargol en oto-rhino-laryngologie.

Voici, succinctement exposés, les bons résultats obtenus avec le collargol par le Dr Friedmann au cours d'une pratique de deux années. (*Munch. Med. Woch*, 1907, nº 41).

Pour les affections de l'oreille, l'auteur recommande, en cas d'otite moyenne aiguë, de placer profondément dans le conduit auditif externe un tampon, imbibé d'une solution de collargol à 5 % ; c'est un bon calmant de la douleur, surtout dans les inflammations d'origine grippale. Dans plusieurs cas, où les instillations habituellement employées, (cocaïne, 0,2, acide phénique, 0,3, glycérine 5), restèrent sans résultat, ce tamponnement au collargol réussit promptement.

Dans les suppurations aiguës et chroniques de l'oreille moyenne, on obtient par un tampon de collargol à 5 %, après nettoyage du pus au moyen d'une dilution d'eau oxygénée à 3 %, non seulement une désinfection totale (avec désodorisation du pus) mais encore une diminution rapide de la sécrétion. Les résultats sont également bons pour les furoncles et les inflammations étendues (même eczémateuses),du conduit auditif externe.

Les mêmes considérations s'appliquent, pour le nez, aux suppurations des cavités (antre d'Highmore, sinus sphénoïdal, sinus frontal) et des cellules de l'ethmoïde.

Lorsque les cavités suppurantes peuvent être atteintes par une canule, on aspire le pus, puis on injecte du catharol, et finalement on instille une solution de collargol à 5 %; cette éventualité se produit surtout pour l'antre d'Highmore ; pour les autres cavités, il faut se contenter d'éliminer les sécrétions, puis de passer dans la cavité un tampon monté, imbibé de collargol. Le traitement est complété par des lavages du nez, faites plusieurs fois par jour avec une dilution d'eau oxygénée ou d'eau de camomille.

Dans les catarrhes nasaux aigus, avec tuméfaction intense de la muqueuse, l'injection de quelques seringues de collargol à 1/10, produit un grand soulagement, et réussit parfois, si elle est employée de bonne heure, à couper le catarrhe.

Les ulcérations nasales de natures diverses réagissent bien à des badigeonnages au collargol à 5 %, si l'on ne veut pas employer de caustiques plus énergiques.

Dans la bouche, le naso-pharynx et le larynx, le collargol remplace avantageusement le nitrate d'argent. L'action du collargol n'est pas inférieure à celle de ce produit, par contre, les badigeonnages de sa solution sont anesthésiants et non caustiques. Même chez les enfants, le collargol est indiqué, car ses solutions à 1 ou 5 % peuvent être avalées sans inconvénients.

Dans les stomatites, gingivites, angines folliculaires, angines de Vincent, des badigeonnages au collargol à 5 % doivent être faits, une ou plusieurs fois par jour. Spécialement dans les angines folliculaires, ces badigeonnages peuvent avoir une action abortive,s'ils sont appliqués à temps ; en tous cas, ils diminuent les douleurs.

Dans la laryngite aiguë ou subaiguë, on recommande à côté de la médication ordinaire, un badigeonnage au collargol à 1 %, ou une injection de collargol (1/2 à 1 cent. cube), à 1 % ; dans les inflammations chroniques, c'est une solution à 5 %, qu'il faut employer.

Enfin, dans le traitement de la trachéite, les injections de collargol à 1 %, faites tous les jours, ou tous les deux jours, donnent de bons résultats.

Bref, il faut, en oto-rhino-laryngologie, préférer le collargol au nitrate d'argent ; le collargol possède des propriétés aussi antiseptiques que le nitrate d'argent, et de plus, il exerce sur les muqueuses enflammées une action anémiante et calmante.

Sur le dosage et l'administration des analgésiques dans l'anesthésie lombaire.

Cette étude a pour but de démontrer que les anesthésiques peuvent déterminer l'insensibilité nécessaire pour une intervention opératoire à des doses bien inférieures à celles que l'on employait jusqu'alors, si toutefois on les administre en des solutions plus étendues ; les dangers d'intoxication s'en trouvent par cela même notablement diminués.

Malgré les recommandations de Bier et de ses élèves, on n'attache pas une importance suffisante au dosage et à l'administration des analgésiques dans l'anesthésie lombaire. L'expérience clinique montre, il est vrai, que l'analgésie obtenue n'est pas suffisante quand on diminue les quantités de liquide injectées en se servant des solutions actuellement employées et suffisamment concentrées. La stovaïne Billon, par exemple, se trouve dans le commerce titrée à 4 pour 100 ; un centimètre cube de la solution renferme 0,04 de stovaïne ; or si l'on veut administrer une dose moindre, et n'employer qu'un demi-centimètre cube de la solution commerciale (0,02) on n'obtiendra généralement aucune anesthésie. Il en est de même pour la novocaïne : sa solution est à 5 pour cent, et il en faut généralement 2 ou 3 centimètres cubes (c'est-à-dire 0,5 à 0,15 de novocaïne) pour insensibiliser complètement un malade ; si l'on n'injectait qu'un centimètre cube de liquide (0, 5 de novocaïne) dans le but d'administrer une dose plus faible du médicament, on obtiendrait à peine une anesthésie suffisante. Il est donc impossible, avec les solutions actuelles, qui sont relativement trop concentrées, de diminuer la quantité de l'anesthésique à injecter.

En présence de ces faits, Hoffmann (*Munch. Med-Wchens*, décembre 1906) a cherché à diminuer progressivement la concentration des solutions et il a trouvé, chose intéressante, qu'avec des doses incomparablement plus faibles de médicaments en solutions plus étendues il était possible de réaliser une anesthésie au moins aussi complète, sinon plus, qu'on le faisait auparavant avec des doses plus grandes. Naturellement, cette décroissance des doses entraîne une diminution des risques d'intoxication, et ces risques sont malheureusement réels avec les dosages actuels ; ils sont démontrés par tous les accidents publiés durant ces derniers mois.

Pour ses recherches, Hoffmann a employé un médicament, la novocaïne, qui était généralement reconnue inoffensive et n'avait pas occasionné d'accidents comme la stovaïne. De la solution à 5 %, il est arrivé progressivement à la solution au titre de 1 %, en passant par les titres de 3 et 2 %. La diminution de la concentration entraîne naturellement une augmentation de la quantité de liquide à injecter, procédé qui d'une manière générale semble favorable à l'anesthésie lombaire. D'autre part cependant, l'observation apprend que les accidents sont d'autant moins à redouter dans l'anesthésie médullaire que la quantité de liquide cérébro-spinal écoulé est moindre. Peut-être l'augmentation de pression consécutive à la réplétion exagérée du sac lombaire, que l'on produit en se conformant aux données précédentes, devint-elle un facteur favorablement à l'extension de l'anesthésie.

Ce qui est vrai pour les solutions faibles de

novocaïne, dit Hoffmann, doit l'être aussi pour les autres médicaments. L'action anesthésique d'un composé se trouve apparemment augmentée par sa division plus grande dans une solution plus étendue, et mieux encore par l'imprégnation meilleure et plus complète des racines nerveuses.

Jusqu'a présent 120 anesthésies ont été faites par l'auteur avec la solution de novocaïne au titre de 1 pour cent, et l'apparition de phénomènes graves d'intoxication peut être considérée comme très invraisemblable. Les complications désagréables, telles que céphalée, vomissements, etc., sont également bien moindres qu'avec les solutions concentrées. En outre, il n'est pas difficile d'obtenir, malgré les petites doses, une anesthésie souvent plus complète qu'autrefois. Avec 0,05 de novocaïne, la zone anesthésiée atteint généralement l'ombilic; avec des doses un peu plus fortes (0,06 à 0,07), elle peut s'étendre jusqu'aux arcs costaux et plus haut encore. Hoffmann ne surélève jamais le bassin, afin de maintenir autant que possible le liquide dans le sac lombaire, au niveau des racines nerveuses, qui doivent être impressionnées. Les personnes affaiblies et les vieillards, qui avec l'ancien procédé semblaient particulièrement exposées aux risques d'intoxication, reçoivent les petites doses.

Malheureusement à l'heure actuelle il reste encore impossible de déterminer pour la méthode lombaire la dose nécessaire à l'anesthésie pour chaque individu; c'est là un reproche que lui font certains auteurs; trouver la solution de ce problème serait éliminer à la fois les adversaires et les dangers d'intoxication. La narcose par inhalation permet au contraire, par une sorte d'expérimentation de trouver dans chaque cas la dose maxima du médicament à employer; dans l'anesthésie lombaire, le dosage reste toujours schématique; pour elle, nous dosons par région du corps sans pouvoir tenir compte des idiosyncrasies à chaque moment pour la quantité de poison utilisé. Sans parer à ce dernier inconvénient, la méthode des solutions étendues recule toutefois les limites de la zone d'intoxication. Pour écarter totalement cette inconnue de l'anesthésie lombaire, il faudrait dans un temps donné assez restreint, administrer le médicament à très petites doses jusqu'à réalisation de l'anesthésie à son degré optimum. Toujours est-il qu'employée suivant la méthode et le dosage exposés ci-dessous, la novocaïne semble pouvoir faire de l'anesthésie lombaire une méthode sans dangers. Peut être les mêmes considérations s'appliquent-elles aux autres anesthésiques dans les mêmes conditions ? La chose est tout au moins vraisemblable.

Hoffmann a toujours préparé lui-même ses solutions de novocaïne, sauf dans quelques cas où il a voulu étudier comparativement les tablettes préparées dans le commerce. Il pesait soigneusement les quantités de médicament nécessaires; ces pesées, dit l'auteur, sont d'autant plus indispensables qu'il n'est pas rare de trouver de notables erreurs de poids dans les quantités pesées en fabrique. C'est pour la même raison qu'il n'est pas bon d'employer les tablettes ou comprimés. Ces erreurs sont d'ailleurs très compréhensibles, quand on prépare, et quand on pèse en gros les produits; mais elles peuvent avoir de très gros inconvénients pour les petites doses employées en anesthésie lombaire.

Voici comment on prépare la solution : on pèse 0,2 de novocaïne en poudre, que l'on dissout au moyen d'un ballon stérilisé dans 21 cent. cubes d'eau distillée, préalablement bouillie. Cette solution est de nouveau bouillie et réduite à 20 cent. cubes; puis on la laisse refroidir en obturant le ballon par un tampon d'ouate. Après refroidissement on ajoute 20 gouttes d'une solution de suprarénine à 1 pour 100. On a ainsi une solution de novocaïne à 1 pour 100, qui renferme par centimètre cube 0,01 de novocaïne + une goutte de solution de suprarénine (= 0,00005 de suprarénine). Si l'on injecte, par exemple, 5 cent. cubes de cette solution, on donne 0,05 de novocaïne et 0,00025 de suprarénine.

Il faut naturellement employer une seringue plus grande que la seringue habituelle, puisque avec la méthode de Hoffmann les quantités de liquide à injecter sont plus grandes. Le malade est mis dans la position assise, et l'aiguille d'une seringue de 10 centimètres cubes est poussée sur la ligne du milieu, entre les 1re et 2e, 2e et 3e; quelquefois 3e et 4e vertèbres lombaires. Il est bon d'inciser la peau et le ligament interspinal avec un bistouri fin et très pointu, puis d'enfoncer sans mandrin l'aiguille peu aiguisée, et par suite peu apte à perforer ces tissus; cette façon de procéder rend l'opération plus commode, car il faut souvent déployer un grand effort pour perforer au moyen de l'aiguille les tissus rendus plus résistants par l'anesthésie locale au chlorure d'éthyle. Quand le liquide cérébro-spinal s'écoule aussitôt avec facilité de l'aiguille, on obture l'ouverture de cette dernière avec le pouce de la main gauche, puis on injecte aussi lentement que possible, sans laisser sortir de liquide cérébro-spinal, 5 à 7 centimètres cubes de la solution de novocaïne, suivant l'âge et l'état général du malade, suivant la nature de l'opération à pratiquer. De petites doses sont plus particulièrement indiquées pour les individus jeunes, les femmes, les personnes âgées. Il n'est pas utile de surélever le bassin : par contre on le fait pour la partie supérieure du corps, et surtout pour la tête.

L'emploi d'une solution étendue permet, malgré la faible dose, d'obtenir une anesthésie très complète. Peut-être sera-t-il possible avec des solutions plus étendues de réaliser une anesthésie encore plus complète.

Si d'après les résultats obtenus par Hoffmann, il est permis de raisonner par analogie, il suffira d'injecter la stovaïne en solution à 1/4 pour cent. l'alypine en solution à 1/2 pour cent. pour réaliser l'anesthésie médullaire. L'addition de suprarénine serait aussi d'une goutte (solution au millième) pour 1 centimètre cube de liquide. On injecterait alors 5 à 7 cent. cubes, de la solution, c'est à-dire 0,0125 à 0,0175 de stovaïne, et 0,025 à 0,035 d'alypine.

L'action d'une solution faible de novocaïne sur les racines nerveuses motrices n'abolit pas complètement le mouvement dans le membre inférieur : le plus souvent il y a une analgésie totale, et seulement une certaine lourdeur dans les jambes avec conservation de la motilité. C'est là évidemment un avantage, car, même dans une anesthésie élevée, il n'y pas à redouter d'action fâcheuse sur la moelle allongée; la solution étendue du médicament exerce une action prépondérante sur les racines sensibles.

Voici quelques détails intéressants d'une opération de hernie à droite, et de varicocèle à gauche, faite sous l'injection médullaire de 5 cent. cubes 5 d'une solution de novocaïne à 1 pour cent. Durant tout le temps de l'intervention, le malade put donner des renseignements sur ses impressions subjectives. Il n'éprouva qu'une sensation passagère de malaise, laquelle ne se compliqua pas néanmoins de vomissements; il fut cependant un peu incommodé par des manipulations très douloureuses du sac herniaire, et des tiraillements exercés sur le péritoine pariétal. Le patient, qui était un médecin, déclara que,

malgré cette excellente anesthésie s'étendant jusqu'à l'ombilic, il préfèrerait pour une intervention ultérieure la narcose générale, dont il avait l'expérience personnelle : l'anesthésie lombaire actuelle, ajoutait-il, et c'est aussi l'avis d'Hofmann, satisfait plus l'opérateur que le patient *dès que* l'on touche au péritoine.

Malheureusement, il semble que les solutions étendues soient dans l'impossibilité d'éteindre complètement la sensibilité du péritoine, bien que les douleurs dans l'abdomen soient ressenties d'une façon bien moins vive qu'avec les solutions concentrées. Il est probable que des conditions anatomiques rendent cette anesthésie incomplète ; les liquides infectés dans le sac lombaire agissent en effet principalement sur les racines sensibles postérieures, qui ne participent pas directement à l'innervation de l'abdomen.

Néanmoins, l'emploi d'une solution faible constitue un progrès en chirurgie abdominale, car elle permet tout d'abord, d'une façon générale, de réaliser une anesthésie plus complète qu'auparavant, et si l'on augmente la dose de 1 ou 2 cent. cubes on obtient une action plus intense et plus étendue. Malgré cela, la quantité de novocaïne employée reste toujours minime.

Pour résumer la question de l'utilité de l'anesthésie lombaire, en général, et en particulier pour les opérations abdominales, on peut recommander, d'après Hoffmann, ce mode d'insensibilisation pour les opérations typiques (gastrostomoses, anus contre nature, ovariotomie, appendicectomie, opérations sur les extrémités inférieures). Si l'on prévoit que des complications puissent se produire, il est préférable, dans l'intérêt du patient de conseiller la narcose par inhalation ; la chose sera d'autant plus facile que presque tout le monde connaît aujourd'hui l'anesthésie générale, qui d'ailleurs restera toujours supérieure à l'anesthésie lombaire, *apparemment plus commode* et plus simple.

Sur un signe diagnostique de l'appendicite.

Pour résoudre au plus vite la question de l'intervention chirurgicale précoce en présence d'un cas d'appendicite, il est nécessaire de savoir dans quel état se trouvent l'appendice enflammé et le péritoine ; or on sait combien grandes peuvent être les surprises de l'opérateur en pareil cas : chez des malades dont l'aspect clinique ne paraît pas inquiétant, il trouve parfois de grandes lésions pathologiques, et inversement.

Les signes indiquant, à l'heure actuelle, que le péritoine commence à participer au processus inflammatoire, ne sont pas assez expressifs pour que l'on ne cherche pas à perfectionner les moyens d'investigation clinique.

On attache une grande importance au « signe français» de la «défense musculaire» ; mais peut-être n'est-il pas inutile de connaître un nouveau signe, étudié et recherché depuis 18 mois par le Dr Blumberg (*Munch. Medicin. Wochens.*, juin. 1907.)

Dans le diagnostic d'appendicite on attribue toujours une grande valeur à la sensibilité douloureuse de la région abdominale malade. Une importance particulière s'attache à la « douleur à la pression » qui est réveillée par une pression locale des doigts, et qui diminue pour disparaître bientôt complètement dès que cette pression a disparu. Mais tout autres sont les conditions mécaniques quand la main palpante ne quitte *pas progressivement* l'abdomen, quand elle se retire *brusquement*, c'est-à-dire quand la pression cesse *brusquement*. Dans le premier cas, l'organe intra-abdominal se trouve simplement soustrait à la pression, mais dans le deuxième cas, on voit apparaître un nouveau facteur : en raison de la grande élasticité de la paroi abdominale, la partie comprimée regagne sa place avec une certaine force, et il s'ensuit un ébranlement de cette partie de la paroi abdominale, ainsi que des régions voisines, c'est-à-dire du péritoine local, ou mieux de la séreuse intestinale. Le péritoine *sain* est très peu sensible, ou même n'est pas sensible du tout ainsi que nous l'apprend la chirurgie ; mais par contre le péritoine *enflammé* est très douloureux. Il est donc vraisemblable à priori que le péritoine fraîchement enflammé réagisse par une douleur violente à la cessation brusque de la pression :

Des actions très différentes sont exercées par la pression d'une part, par le retrait *brusque* d'autre part, de la main qui palpe ; aussi est-il nécessaire de toujours considérer isolément ces deux facteurs dans la production de la douleur. Il faut, dit Blumberg, exercer une pression sur la région examinée et demander au malade : Si on lui fait mal ; puis, après une réponse, retirer brusquement la main exploratrice, et demander à nouveau si une douleur s'est produite au moment du retrait, si celle-ci était plus ou moins vive que la première.

Or, Blumberg nous dit avoir toujours trouvé une douleur particulièrement vive au moment du retrait de la main exploratrice chez ses malades atteints d'une affection *récente* du péritoine, ou d'une *récidive* d'une ancienne inflammation péritonéale, chaque fois que la laparotomie se trouvait indiquée par les autres signes cliniques. En cas de *crise aiguë*, tous les patients sans exception déclaraient la douleur au retrait de la main plus violente que la douleur à la pression ; si l'inflammation du péritoine était moins prononcée, il y avait égalité des deux douleurs ; enfin, quand l'affection était en voie de guérison, la douleur à la pression restait plus forte, et l'autre diminuait progressivement pour rester insignifiante (adhérences légères) ou disparaître complètement pouvait même persister longtemps (cas chroniques) à un faible degré.

Cette méthode est à la fois simple et sûre, car elle ne repose pas sur l'intensité d'une douleur, mais sur la comparaison en intensité de deux douleurs, chose que font les malades d'une manière très exacte.

Il est vrai que l'inflammation du péritoine peut être décelée uniquement par la douleur à la pression, mais seulement dans les processus étendus, et non pas quand, pour poser rapidement l'indication d'une intervention hâtive, il s'agit d'établir la participation du péritoine alors que seule sa zone la plus voisine de l'appendice est enflammée ; à ce stade il n'est pas possible de déterminer si la douleur réveillée par la pression doit être attribuée à l'appendice, dont la situation est très variable, ou bien au péritoine. La méthode de Blumberg est là pour renseigner promptement le chirurgien.

Puisque ce symptôme est d'origine péritonéale, il n'est pas propre à l'appendicite ; on le retrouve donc dans tous les processus qui se compliquent d'une inflammation du péritoine (annexites, etc.).

L'apparition de ce symptôme constitue un signal d'alarme, qui indique surtout le danger quand il se manifeste brusquement et rapidement après le début de la maladie. La diminution progressive en extension et en intensité est un signe rassurant, car elle indique la régression du processus péritonéal. Il présente en outre l'avantage de renseigner le chirurgien sur l'intensité du processus inflammatoire dans toute la zone déterminée du péritoine. Il peut être facile-

Correspondance hebdomadaire
(*Suite*).

jusqu'à guérison ou seulement jusqu'à la démission ?

Réponse. — Le *Concours* n'a jamais cessé de répéter qu'il ne fallait jamais signer de contrats avec les Compagnies pour traitements à forfait, et a toujours signalé les inconvénients qu'il y avait à procéder de la sorte.

Vous avez un contrat. Relisez-le, et voyez dans quelles conditions il est résiliable. Ne l'ayant pas sous les yeux, il nous est bien difficile de raisonner sur les conditions que vous avez signées.

Vous pouvez, s'il n'y a pas de clause de résiliation, avertir la Compagnie par lettre recommandée, avec avis de réception, qu'à partir de cette date, vous cessez de soigner des blessés aux mêmes conditions.

Dr B., à *Concours.* — J'ai l'honneur de vous informer que le tribunal de Clermont (Oise) a rendu un jugement favorable à mon client le 11 décembre, en disant que l'offre de cinq cent quatre-vingt-douze francs sur une note de sept cent quatorze francs, était suffisante.

Cette note a été faite d'après le tarif du *Concours médical* et celui de la Société de prévoyance des pharmaciens de la Seine à l'usage des sociétés de secours mutuels.

J'ai donné des soins et fourni des médicaments depuis le 28 mars 1903 jusqu'au 4 juillet 1907 pour diverses maladies, accouchement laborieux et fracture de jambe compliquée.

Mon client a été condamné aux frais antérieurs avant l'offre et moi à ceux postérieurs à l'offre qui s'élèvent à je ne sais combien n'ayant pas encore reçu la note de mon avoué.

Ma conclusion est celle-ci : Le tribunal n'a tenu *aucun compte des tarifs.* Je proteste contre cette façon de faire ; il aurait dû *respecter la volonté de six mille praticiens.*

J'ai une personne dans mon ancienne clientèle pour laquelle j'ai fait une délivrance forcée au mois de septembre 1906, à six kilomètres de Lieuvillers, à laquelle je demande trente et un francs pour ablation du placenta deux voyages et sublimé.

Depuis, cette personne est veuve, son mari est mort d'un cancer du maxillaire inférieur, il allait à Paris consulter des *somnambules* et dépensait à chaque voyage *trente ou cinquante francs.* J'ai fait traite postale sur elle qu'elle a refusée.

Puis-je compter sur votre appui auprès du juge de paix de Clermont.

Suite page X.

ment recherché par des mains peu expérimentées.

***

Le Dr Tretzel (*Münch. med. Wochens.*, juillet 1907) confirme la valeur des observations faites par Blumberg ; il connaît le symptôme décrit par lui et l'a étudié depuis un certain nombre d'années avec quelques-uns de ses confrères.

Cette douleur au retrait brusque de la main se rencontre, dit-il, chaque fois que le péritoine réagit ou bien est enflammé ; on la trouve régulièrement dans l'appendicite, et il est très utile de la rechercher toujours dans les cas graves, car elle a une grosse importance prognostique et thérapeutique. Il en est de même pour les inflammations annexielles et certaines formes d'ulcère de l'estomac.

Par contre, on ne la trouve presque *jamais* dans d'autres affections de l'abdomen, telles que catarrhe intestinal, coliques, coprostase, états météoriques, iléus. On ne la rencontre pas non plus dans les névralgies, où se manifeste toujours la douleur à la pression ; c'est là un avantage précieux pour le diagnostic différentiel des névralgies ovariennes, qui offre parfois de grandes difficultés.

Ce symptôme n'a de valeur que dans les affections *aiguës*, récentes, et dans les récidives d'affections chroniques ; en cela Tretzel est aussi d'accord avec Blumberg. Non seulement il n'existe pas dans les appendicites anciennes, dans les formations d'adhérences consécutives à une perforation, mais sa recherche pourrait être dangereuse : une palpation brusque serait en effet susceptible de rompre des adhérences anciennes et de permettre la généralisation péritonéale d'un processus suppuratif, qui, jusqu'alors était resté localisé.

CHRONIQUE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

L'article ci-contre sur « la Sinistrose » était déjà composé quand, à propos d'une N. D. L. R. parue au numéro précédent du journal, page 57, nous avons reçu de M. le Pr Brissaud l'aimable lettre qui suit, et à laquelle nous avons répondu avec empressement.

Il nous semble équitable de reproduire cette correspondance, malgré son caractère un tantinet personnel, avant de donner la parole à M. Quillent, notre collègue à la Commission ministérielle du Tarif-Accidents.

Paris, 26 janvier 1908.

Mon cher Confrère,

Je n'ai pas de chance. Je m'étais évertué à opposer la « sinistrose « à la simulation. J'avais ajouté foi aux témoignages unanimes qui m'affirmaient que je m'étais fait comprendre. Et voilà que, selon la rédaction du *Concours médical*, j'aurais dépeint la sinistrose un peu sous les traits de la « vulgaire carotte ».

Je vous assure que l'auteur de la petite note à laquelle je fais allusion m'a lu trop légèrement. Vous me devez donc une revanche et je connais trop la loyauté de votre journal pour douter que vous me l'accordiez.

Je viens donc vous proposer un article sur la dite « sinistrose ». Mais ce n'est pas un sujet qu'on puisse réduire à quelques aphorismes. Il n'est pas de question psycho-pathologique qui n'exige certains développements. Celle-là est d'ailleurs trop grave pour n'être pas étudiée — comme je l'ai toujours fait dans mes leçons et dans mes rapports — consciencieusement, simplement et sans humour.

Si vous m'acceptez pour collaborateur d'occasion, je désire que pas un seul de vos nombreux lecteurs ne retienne de mon article exactement le contraire de ce que j'aurai voulu dire. Mais vos colonnes sont petites et déjà bien remplies. M'en prêteriez-vous plusieurs ? Et combien ?

Agréez, mon cher Confrère, l'expression de mes sentiments très distingués et dévoués,

E. Brissaud.
5, rue Bonaparte.

Paris, le 18 janvier 1908.

Mon cher confrère,

J'accepte de tout cœur votre proposition et avec d'autant plus d'empressement que le malentendu est complet. Si complet même, que j'ai reçu, pour être publié dans le prochain numéro, un nouvel article « Sinistrose » émanant de l'un des délégués ouvriers de la commission du tarif, et que je serai maintenant à l'aise pour le laisser passer, votre droit de réponse étant assuré *par toute la place que vous voudrez.*

Le *Journal de médecine de Bordeaux*, que je vous envoie, pense et parle comme vous. Mais bon nombre de praticiens ne sont pas si prompts que lui à nier le lien causal entre l'accident et la mentalité qui en résulte : aussi ne considèrent-ils pas que le jugement qui déboute soit un traitement salutaire, et sont-ils plutôt d'avis que la délivrance de l'indemnité à laquelle ils ont droit, si faible soit-elle, hâte la reprise du travail et aussi la guérison par satisfaction de se voir justice rendue.

Veuillez agréer, cher maître, l'expression de mon impatience de lire votre exposé (aussi long que vous le voudrez) et l'assurance de nos meilleurs sentiments,

Pour le Conseil de Direction,
Dr Jeanne.

La « Sinistrose »

La Sinistrose ? Ne cherchez pas ce vocable dans les dictionnaires de langue française ; vous ne l'y trouveriez point. Il vient d'être fraîchement inventé par un de nos experts en médecine, spécialiste des affections mentales. Est-ce le contact des fous qui a développé l'esprit de ce professeur. Nous l'ignorons. Ce qui est indiscutable, c'est que le professeur Brissaud est spirituel à l'excès et que la souffrance morale et physique des malheureux blessés du travail que les tribunaux le chargent d'examiner — à 100 francs l'expertise — excite sa verve à la satisfaction des assureurs, des juges et de la presse capitaliste que les travailleurs se chargent d'entretenir de leur sou quotidien, pour leur permettre de les dénigrer.

Dans les rapports du célèbre expert, il est fréquemment exposé, d'une façon bien... honnête, que les sujets qu'on a soumis à sa science sont guéris des suites de leurs blessures. S'ils ne se sentent plus capables de se livrer d'une façon régulière à l'exercice de la profession qu'ils pratiquaient avant l'accident, cet état n'est imputable à aucune infirmité réelle. Non, c'est simplement parce qu'ils se sont mis dans la tête qu'un accident doit rapporter quelque chose à celui qui l'a subi, même si cet accident a développé ses facultés professionnelles Ce phénomène doit parfois se produire ; nos experts nous l'affirmeront prochainement.

M. Brissaud se garde bien de dire franchement que ces blessés sont des simulateurs ; qu'ils se plaignent sciemment d'incapacités dont ils ne

sont pas atteints. Il semble dire que ce sont des victimes de leur imagination. Mais les sourires des avocats d'assurances et des juges, à la lecture de certains passages des rapports, indiquent qu'ils savent interpréter les termes de ces chefs d'œuvre de littérature.

Il doit y avoir une clef connue des juges et des experts permettant à ces derniers de dire les choses en un langage incompris du commun des mortels. Un docteur médecin d'une grande compagnie de transports et de compagnies d'assurances, qui est aussi expert de justice de paix de Paris, écrivait à un de ses confrères au mois d'octobre dernier : « L'expert ne peut pas toujours affirmer qu'un blessé entretient son incapacité temporaire pour toucher son demi-salaire ; mais il peut l'indiquer dans son rapport et le juge sait lire entre les lignes. » Voilà le truc. Il permet de ne pas trop engager sa responsabilité et si plus tard des événements démontrent que la victime d'accident et de l'association médico-judiciaire était sincère, l'expert dira qu'il n'a pas conclu contre le blessé sans réserves. Son autorité morale ! ! et scientifique ? ? sera sauve et il n'aura pas mécontenté celui qui tient la caisse.

Le *Concours médical*, dans son dernier numéro, nous narre une histoire bien suggestive qui en dit long sur la capacité de certaines sommités chargées d éclairer la justice.

Un blessé, à la suite d'une fracture de jambe, se présente en justice avec un certificat de notre excellent ami le docteur Diverneresse, constatant qu'il y avait eu fracture au tiers inférieur et qu'il en résultait une incapacité évaluée à 30 %

Le tribunal nomme un expert, M. le professeur *Thoinot, qui conclut* à une fracture malléolaire, avec une infirmité de 5 %.

Le docteur Diverneresse persiste, en un contre-rapport, dans son diagnostic et dans son évaluation de 30 %

Une contre-expertise est ordonnée, avec MM. Thoinot, Chaput et Monod. Ces trois experts reconnaissent une fracture au quart inférieur de la jambe avec 15 % de réduction de capacité.

Avec une ténacité indémontable, le médecin du blessé réitère ce qu'il avait avancé quant à la partie lésée et à l'évaluation de la lésion. Une deuxième contre-expertise a lieu, dont font partie cette fois MM. Reclus, Laugier et Rieffel. Le troisième rapport officiel reconnaît que la fracture siège à 10 centimètres et demi au-dessus du sommet de la malléole externe, *et non à la malléole*, et que le degré d'invalidité est de 30 %.

Ce résultat démontre d'abord l'utilité qu'il y a pour le blessé du travail à se faire soigner par un médecin qui n'est pas lié avec les assureurs et capable, à l'occasion, de tenir tête aux oracles de Thémis. Il jette un jour assez instructif sur la valeur des opinions d'hommes qui, trop souvent, se montrent hautains, méfiants et brutaux même envers de malheureux ouvriers dont la moindre plainte est suspectée quand ils sont seuls en face de l'expert, flanqué du représentant de l'adversaire qui, lui, ne prononce que parole d'évangile.

Pour la presse vénale, les ouvriers seuls sont malhonnêtes. Elle ne trouve pas mauvais qu'un propriétaire exproprié, dans l'intérêt commun, tente de tirer le plus grand profit de l'opération. De même pour le commerçant ou l'industriel qui pleurera sur le tort que lui cause son déplacement et qui se rétablit à deux pas de là, après avoir palpé la forte somme qui l'indemnise.

En cas d'incendie ou d'accident de chemin de fer, n'importe quel bourgeois essayera de se faire indemniser dans la plus large proportion possible et chacun trouvera cela naturel.

Mais si un ouvrier qui a perdu de nombreuses demi-journées de salaires, qui se trouve ensuite sans emploi avec des dettes de tous côtés, tente d'obtenir une indemnité, alors qu'il n'est pas privé de ses quatre membres, c'est un *carottier*, un exploiteur qui veut vivre aux dépens de l'assureur de son patron.

Cette manière de voir gagne de plus en plus les juges ; on peut s'en rendre compte en comparant, à lésions égales, les indemnités allouées il y a quelques années et celles octroyées aujourd'hui.

Un grand journal parisien — pas celui au million patriotique — paraît vouloir se spécialiser depuis quelque temps à la publication des causes d'accidents du travail dans lesquels les blessés semblent vouloir abuser de leur situation. Son chroniqueur judiciaire n'accueille pas avec le même empressement celles qui démontrent les manœuvres malhonnêtes des assureurs, la bienveillance des juges à leur endroit et les gaffes (?) des experts. Cette contre-partie ne doit pas procurer les mêmes avantages. Un grand quotidien qui se respecte doit tout dire, et quand il a montré à ses lecteurs l'ouvrier qui joue de la « Sinistrose » il devrait signaler les assureurs qui, avant l'extension de la loi sur les accidents au commerce, assuraient des patrons non assujettis, touchaient les primes, et, en cas d'accidents, se refusaient à payer et plaidaient le non assujettissement de l'entreprise.

Il devrait, ce journal, parler des assureurs qui font payer les primes pour les apprentis et les jeunes ouvriers de moins de 16 ans sur le taux des salaires d'ouvriers et qui se refusent à payer les indemnités conformément à l'article 8 de la loi de 1898, quand un apprenti ou un jeune ouvrier est blessé.

Il devrait faire connaître à ses lecteurs les juges qui s'associent à ces flibusteries. Le grand journal en question pourrait aussi dire à ses nombreux lecteurs que les agents d'assurances déclarent communément aux blessés atteints de hernies que « ces sortes de lésions ne sont pas reconnues par la loi ». Il pourrait aussi conter à ses lecteurs l'histoire suivante : Un ouvrier du nom de Virlouvet fut tué dans son travail. Ses père et mère, dont il était le soutien, obtinrent par jugement *chacun* une rente de 227 francs, égale au dixième du salaire annuel du défunt.

Or, pendant deux ans et quatre mois, l'assureur du patron, un syndicat de garantie, fit croire à ces braves gens qu'ils avaient une rente de 227 francs *pour eux deux*. Il avait même constitué à la caisse des retraites, pour chacun des parents de la victime, une rente de 114 francs ; on avait arrondi, à dix sous près. On n'est pas plus généreux.

La combinaison fut découverte par un membre du conseil judiciaire de l'Union des syndicats ouvriers de la Seine, qui alla vers les deux personnes volées depuis deux ans et demi et les mit au courant de la supercherie. Est-ce aussi de la *sinistrose*, cela, M. Brissaud ?

Et vous, brave journal, trouverez-vous cette histoire assez drôle pour la narrer ?

Nous en tenons d'autres à votre disposition où les truqueurs ne sont pas des ouvriers.

(*L'Humanité.*) E. Quillent.

LA RÉFORME DES ÉTUDES MÉDICALES

M. Steeg, le distingué député de Paris que nos amis ont rencontré au banquet du *Concours médical*, a tenu, dans le rapport du budget de l'instruction publique dont il était chargé en 1907, à parler

de la réforme des études médicales et à préparer la Chambre des députés à entendre les demandes qui ne manqueront pas d'être portées devant elle sur ce sujet avant qu'il soit longtemps. — Frère de médecin, fils d'un homme qui fut toujours dévoué aux initiatives de Cézilly, de Gibert et de leurs collaborateurs, il a parl de nos revendications en matière d'enseignement en homme très averti des vues et besoins du praticien aussi bien qu'en universitaire d'une indiscutable compétence.

Nos lecteurs jugeront par l'extrait suivant de son rapport que les vœux du « Concours médical» et du « Congrès des Praticiens » avaient été portés en temps utile à sa connaissance. Nous le remercions ici pour ce nouveau service rendu à notre cause et nous y trouvons le gage qu'il saura la soutenir encore quand le Parlement se verra en présence des conséquences budgétaires de la Réforme projetée.

Les études médicales

Les études médicales sont évidemment celles dont l'Etat peut le moins se désintéresser. Elles touchent de trop près à la vie physique et morale de la nation. L'exercice de la médecine n'est pas libre. Le diplôme de docteur confère un important privilège. Encore faut-il qu'il soit justifié par les garanties sérieuses de savoir et de probité que le public a le droit d'exiger pour sa santé. En fait, les médecins, dispersés sur tout le territoire jusque dans les moindres bourgades, ont sur le milieu social une influence considérable : ils la doivent à la nature des services qu'ils rendent, à la place qu'ils prennent dans la vie des familles, à l'autorité que leur confère la valeur scientifique et la scrupuleuse conscience professionnelle du plus grand nombre d'entre eux. La démocratie ne saurait demeurer indifférente à cette action salutaire ; elle se doit de la maintenir, de la développer, de l'améliorer. Il convient de veiller de près à la formation de cette élite sociale dont le rôle est capital au point de vue de l'évolution physique et intellectuelle de notre pays.

Cette tâche s'impose d'autant plus impérieusement à l'Etat que la carrière médicale devient de plus en plus délicate par les progrès mêmes de la science et par la multiplication croissante du nombre des médecins. La concurrence, quoi qu'en disent certains théoriciens économistes, n'a pas toujours d'heureux effets ; elle développe sans doute l'ingéniosité commerciale et industrielle, l'abus de la réclame, la préoccupation des apparences plus que le soin des réalités ; elle récompense le savoir-faire plus encore que le savoir. Ajoutons que l'âpreté de la lutte vitale agit sur les caractères les mieux trempés, les aigrit ou les abaisse. Non, il n'est pas bon que les médecins soient tentés d'apporter dans l'exercice de leur profession les procédés de l'industrie ou du commerce. Ici, comme ailleurs, un problème économique et social domine les questions d'ordre purement universitaire.

Le fait incontesté que l'on pourrait appeler la suproduction de nos facultés de médecine montre la nécessité de sélectionner sévèrement les jeunes gens qui veulent embrasser la profession médicale. L'Etat est dans une certaine mesure responsable de l'usage qu'ils feront du diplôme qu'il leur aura donné. Si les portes des écoles de médecine étaient moins largement ouvertes et n'étaient ouvertes qu'aux meilleurs, le nombre des médecins diminuerait ; il n'y aurait qu'à s'en féliciter. A tout instant, la société a besoin du désintéressement du médecin ; c'est même la qualité qu'on exige le plus de lui. Comment la lui demander si les difficultés de l'existence sont pour lui trop lourdes ? Le désintéressement, malgré tout, est un luxe qu'on ne peut exiger de ceux qui se voient contraints de cacher sous des apparences prospères l'angoissant souci du pain quotidien. Le médecin a besoin de garder une liberté d'esprit, une clairvoyance et une sérénité intellectuelles que la misère ne comporte pas. Or, à l'heure actuelle, le prolétariat médical existe avec tout un cortège de souffrances d'autant plus intolérables qu'elles s'efforcent de demeurer cachées. La notion du caractère et de la haute mission du médecin en est obscurcie et altérée.

Pour obtenir cette réduction du nombre des médecins il n'est pas nécessaire de créer de nouveaux examens. Le baccalauréat et surtout le P. C. N. suffisent à opérer la « filtration » nécessaire. Nous regrettons cependant que l'on ait, en 1902, supprimé pour l'entrée à l'école de médecine l'obligation des études classiques telles qu'elles existaient dans l'ancien baccalauréat. Sans doute, nous ne prétendons pas que la connaissance du latin et du grec soit indispensable devant la terminologie médicale, mais nous croyons que la culture classique était utile aux futurs médecins, et d'abord parce qu'ils étaient appelés à se consacrer à des études scientifiques, et aussi parce que leur profession exige une connaissance affinée des phénomènes de l'esprit, un tact psychologique très sûr.

Les facultés de médecine doivent être considérées, comme tout établissement d'enseignement supérieur, au triple point de vue que nous avons indiqué dans nos considérations générales. Elles travaillent à la création de la science, à son enseignement, à son application. Ce dernier rôle est évidemment pour elles essentiel. Elles doivent avant tout former des médecins praticiens qui offrent au public les garanties de savoir, d'habileté et d'honnêteté que paraît assurer le diplôme qui leur est accordé par l'État et qui leur confère le droit de soigner et de... guérir.

La question de la réforme des études médicales s'est posée depuis quelques années. Une commission extraparlementaire qui a étudié le problème avec autant de compétence que d'attention déposera un jour prochain des propositions de réorganisation.

On peut se demander si l'étudiant trouve à la faculté de médecine toutes les conditions favorables à l'acquisition des connaissances exigibles d'un médecin et l'enseignement de toutes les règles de la déontologie médicale.

Sur ce dernier point nous avons pu constater que rien n'existe.

Sans doute, l'étudiant, devenu praticien, aura, pour le diriger, et sa native probité et l'exemple de ses maîtres. La transformation des mœurs, des lois, le conflit qui fréquemment se produit entre l'intérêt de l'individu et celui de la société, soulèvent à tout instant devant le jeune médecin des difficultés particulières extrêmement embarrassantes. Aussi croyons-nous qu'il serait utile de préparer les étudiants, soit par un cours magistral, soit par des conférences, à la solution de ces problèmes dont l'importance est souvent égale à celle d'un diagnostic ou d'un traitement.

En ce qui concerne l'enseignement technique, les facultés offrent aux étudiants des cours théoriques et les obligent à suivre des travaux pratiques.

Les travaux pratiques n'ont pas le caractère technique et professionnel qu'on voudrait leur voir. Cela ne tient ni aux agrégés, ni aux préparateurs, dont les efforts sont louables. Si les étudiants ne sont point suffisamment et individuellement exercés à la manipulation des instruments dont ils auront un jour à se servir c'est, surtout à Paris, parce qu'ils sont en trop grand nombre, alors qu'il n'y a pas assez de préparateurs ou de chefs de travaux.

Quant aux cours théoriques, quelques-uns sont inutiles. En revanche, d'autres font défaut qui seraient indispensables. Il n'existe pas de chaire de bactériologie, pas de chaire pour l'étude des maladies des oreilles, du nez, de la gorge. Il n'est pas nécessaire d'avoir une compétence scientifique ou médicale quelconque pour comprendre l'importance de semblables lacunes. Les cours suivis au P. C. N. par les étudiants permettraient de remplacer les chaires

de physique, de chimie, d'histoire naturelle des facultés de médecine, par des chaires d'applications pratiques.

Pour remédier à l'insuffisance de l'organisation de certains enseignements, une tendance s'est fait jour en France qui pousse à imiter ce qui se passe en d'autres pays par l'institution de cours payants. La faculté de médecine de Paris organise ainsi certains cours pratiques et répartit elle-même les fonds provenant de l'argent versé par les élèves.

Nous ne verrions aucun inconvénient à ce que des cours de haut enseignement soient autorisés sous le patronage de la faculté et moyennant rétribution. Ils peuvent servir le prestige de l'Ecole et y attirer des étudiants et surtout des médecins français ou étrangers. Mais comment admettre l'ouverture de cours payants et de travaux pratiques payants dans la faculté même s'ils ont trait à l'enseignement essentiel de la médecine ? N'est-ce pas avouer publiquement l'insuffisance de l'organisation actuelle ? N'est-ce pas proclamer la nécessité de substituer, à des chaires qui n'ont plus un objet immédiatement utile, des cours ou des conférences dont les étudiants ne peuvent plus se passer et qu'ils doivent être admis à suivre sans frais supplémentaires. Il n'est pas acceptable que se crée, entre les étudiants, une inégalité profonde au point de vue de la faculté qui leur est accordée de s'instruire, et que l'Etat ne donne pas à tous le même enseignement nécessaire une fois qu'il les a immatriculés sur ses registres et qu'il a perçu les droits d'inscription.

Un système aussi peu démocratique ne serait acceptable que si des bourses étaient accordées en assez grand nombre pour permettre à des jeunes gens boursiers de l'enseignement secondaire d'entreprendre dans l'enseignement supérieur les études auxquelles ils seraient aptes. Mais, nous le verrons, le nombre et le taux des bourses accordées aux étudiants des facultés de médecine sont dérisoires. La sélection rigoureuse que nous demandons, au point de départ des études médicales, serait cruelle et injuste si elle n'était déterminée que par des considérations d'ordre économique.

Ce n'est certainement pas à l'école que se réalise la partie essentielle du programme d'instruction de l'étudiant en médecine. C'est à l'hôpital et à l'hôpital seulement qu'il peut se rendre compte de la grandeur et des difficultés de sa tâche, difficultés de diagnostic, difficultés de thérapeutique ; c'est à l'hôpital que l'exemple quotidien des maîtres expérimentés et dévoués lui apprendra son métier en développant en lui les qualités d'observation et de raisonnement ,en lui inspirant la volonté passionnée de combattre la souffrance dont il a sous les yeux le spectacle toujours renouvelé et toujours plus poignant.

Mais l'organisation de l'enseignement à l'hôpital et par l'hôpital soulève des problèmes souvent délicats. Je ne parle pas seulement de la limite qu'apporte, à l'étude sur le malade, le respect de sa situation misérable et l'obligation primordiale absolue de ne jamais rien faire qui puisse compromettre ou retarder son rétablissement, aggraver son état.

La tentation est grande de s'arrêter longuement sur un « cas » curieux ou instructif, d'expérimenter parfois des traitements dont le professeur,qui est en même temps médecin, escompte d'heureux résultats. Il faut reconnaître que la plupart des maîtres savent donner à leurs élèves l'exemple de la prudence scientifique et de la sympathie sociale.

L'obstacle le plus sérieux tient au nombre excessif des étudiants et au nombre insuffisant des cliniques dont on dispose pour l'enseignement hospitalier. La faculté a recours à des médecins,des chirurgiens, des accoucheurs des hôpitaux auprès desquels elle place des stagiaires. Il serait désirable que ces stagiaires fussent répartis par groupes limités auprès de chacun de ces chefs de service qui pourrait exercer ainsi une surveillance réelle sur chacun des dix ou douze étudiants confiés à leur direction. Les nombreux élèves qui suivent actuellement telle ou telle clinique de docteurs réputés ne peuvent ni écrire,ni entendre ; le professeur les ignore comme ils ignorent, eux-mêmes, les malades.

Les étudiants devraient être tenus d'établir un registre d'observations, sorte de devoir écrit quotidien qui les entraînerait à l'examen méthodique et complet des malades. Nous voudrions enfin que les chefs de service donnent aux stagiaires des notes trimestrielles d'après leur zèle et leurs progrès, sur un livret scolaire qui serait consulté au moment des examens. Distribuer les stagiaires en groupes de dix à quinze étudiants confiés à la direction d'un chef de service plus ou moins responsable de leur travail et de leurs progrès, telle nous paraît être la mesure la plus urgente au point de vue de l'enseignement hospitalier. Ajoutons que les étudiants, avant leur arrivée à l'hôpital, devraient être mis en état de profiter du stage et être initiés par des moniteurs aux méthodes essentielles de l'examen des malades, percussion, auscultation, recherche des réflexes, de la tension artérielle. Ajoutons enfin qu'une durée plus longue, en même temps qu'une meilleure organisation du stage, permettrait d'imposer aux étudiants le séjour dans certains services, tels que celui des maladies d'enfants qui aujourd'hui n'est pas obligatoire, ce qui ne va pas sans graves inconvénients.

Si les facultés de médecine doivent se proposer avant tout la formation technique des futurs médecins, elles ne peuvent pas demeurer indifférentes à la production scientifique. Elles ne sauraient se contenter d'appliquer au problème de la santé et de la vie les découvertes obtenues ailleurs, elles doivent travailler à arracher à la nature ses secrets afin d'asservir ses forces. La même audace intellectuelle qui a su trouver le moyen de transmettre à travers l'espace infini l'expression de la pensée s'attache résolument à l'étude méthodique du mécanisme de la vieillesse inéluctable et entreprend selon la conception hardie de Descartes, d'en retarder les effets. Chaque effort de la science est un effort de délivrance. Chaque découverte est une source de richesse et de bien être, détermine un recul de la misère ou de la maladie.

Les facultés de médecine ne peuvent plus se soustraire à cette glorieuse et féconde obligation, il faut qu'elles soient des centres actifs de recherches, qu'elles possèdent une organisation qui favorise l'éclosion du plus grand nombre possible de découvertes.

La production scientifique dans les facultés de médecine ne paraît pas en rapport avec le nombre et la valeur des maîtres qui y enseignent. Si la science médicale française peut soutenir la comparaison avec la science étrangère, ce n'est pas au corps médical enseignant qu'en revient tout entier l'honneur. Dans la voie des découvertes bactériologiques qui ont bouleversé la médecine, ce sont les chercheurs de l'Institut Pasteur qui valent à notre pays de rester digne des Davaine et des Pasteur. Nous ne voudrions pas que l'on se méprît sur notre pensée.Les découvertes des savants allemands, celles des pastoriens, ont frappé davantage l'opinion publique et par leur importance pratique et par leur nouveauté : elles ont éclipsé les résultats des travaux effectués dans les laboratoires des facultés de médecine.Or, ceux-ci sont réels et précieux.

La tradition de la grande école clinique française n'a pas seulement été maintenue grâce aux maîtres de nos facultés. La pathologie générale, l'anatomie, la physiologie pathologique, la thérapeutique, leur sont redevables de progrès considérables. Il ne saurait donc être question d'incriminer la haute valeur intellectuelle des agrégés, des professeurs des facultés de médecine. L'improductivité relative que nous signalons tient tout entière à une organisation défectueuse.

Nous n'avons pas ici à faire la critique des concours ; ils sont souvent une nécessité, mais cette nécessité n'est pas toujours un bien.

L'effort intense et prolongé qui épuise le candidat ne lui laisse parfois que le désir de tirer tranquillement les avantages matériels d'un titre laborieusement obtenu au prix de sacrifices douloureux. Cet effet stérilisant des concours est d'autant plus sensible qu'ils se passent à un âge plus avancé. La préparation du concours de médecine des hôpitaux et de l'agrégation absorbe l'activité entière des médecins jusqu'à trente-cinq, trente-six et parfois quarante ans. L'érudition extraordinaire dont les candidats font preuve n'est obtenue souvent qu'au détriment de leur originalité et de leurs facultés créatrices. Une mesure s'impose : les concours devraient être simplifiés, passés aussitôt que possible après la fin des études de doctorat ; ils devraient enfin reconnaître et récompenser l'originalité et les recherches personnelles des candidats.

Une autre cause de l'improductivité relative que nous déplorons tient aux conditions mêmes économiques et sociales de la vie des médecins.

Dès le doctorat, l'élite du corps médical qui se destine aux concours et au haut enseignement est tenue de demander à la clientèle les ressources indispensables. Or, les succès de clientèle, pour des raisons faciles à saisir, augmentent avec les succès de concours. A une époque de leur vie où ils devraient mettre le plus utilement en jeu leur intelligence et leur désir de recherches, affirmer et fortifier le plus heureusement leur personnalité, ils sont pris, broyés, séchés dans le double engrenage de la préparation des concours et de l'exercice de la profession médicale. Plus tard, quand ils ont conquis le rang supérieur de professeurs, ils deviennent les prisonniers de cette nouvelle dignité, tenus de se consacrer à une clientèle qui prend le meilleur de leur temps.

Il suffit de se représenter la journée de l'un quelconque des maîtres réputés de la médecine française, avec le service d'hôpital, les cours, les examens, les soutenances de thèses, les séances de sociétés savantes, dont ils sont les membres, les visites aux malades à domicile, les obligations mondaines inévitables, pour voir qu'il est matériellement impossible de placer une heure pour des recherches personnelles de laboratoire. Cette existence si remplie et si variée ne permet ni l'obsession scientifique, ni les travaux minutieux et prolongés qui seuls permettent « en y pensant toujours » d'aboutir après des efforts obscurs, patients et permanents à quelque éclatante et féconde découverte.

Le remède à cet état de choses apparaît aisément. Parmi ceux que tente la carrière de l'enseignement médical, on trouverait le même désintéressement que dans les autres carrières scientifiques. Encore faudrait-il qu'ils puissent trouver la même sécurité que les maîtres de conférences et les professeurs des facultés des sciences. Il n'y a pas, dans nos facultés, les « places de recherches » assez nombreuses et assez convenablement rétribuées où les jeunes gens délivrés de la distraction fatigante de la clientèle, pourraient donner tout leur temps, toute leur attention, toute leur initiative intellectuelle à l'étude des questions qui intéressent au plus haut point la vie de la nation. La démocratie a besoin d'hommes qui se consacrent tout entiers à la science Ils ne peuvent vivre pour elle que s'ils vivent par elle. Il faut donc veiller à ce que le métier de savant nourrisse ceux qui s'y donnent entièrement.

Quoi ! Un industriel paye des chimistes, leur fournit un laboratoire, des matériaux, leur demande uniquement de travailler et de chercher en toute liberté et l'Etat ne pourrait pas agir de même lorsqu'il s'agit de résoudre des problèmes qui sont d'un intérêt primordial pour la santé publique ! Les puissantes maisons allemandes de produits chimiques ont à leur disposition des savants, des chercheurs qu'elles subventionnent généreusement. Le système leur a valu des résultats admirables. Pendant plus de vingt ans, elles ont employé des sommes considérables à l'étude de l'indigo. La récompense de ces efforts fut tardive, mais énorme. L'Etat ne pourrait-il faire pour la recherche de la guérison de la tuberculose, du cancer, de la syphilis, du paludisme, ce que les industriels allemands firent pour la découverte de l'indigo artificiel ?

Nous voudrions voir créer dans les facultés de médecine une véritable carrière de recherches, où pourraient s'engager les jeunes médecins qui préféreraient aux grosses situations de clientèle la poursuite permanente de la vérité pour le plus grand profit de l'humanité. Une organisation analogue à celle de l'Institut Pasteur, avec des rémunérations un peu plus larges, en multipliant le nombre des chercheurs, augmenterait les chances d'aboutir aux découvertes susceptibles d'alléger la souffrance humaine.

Nous devons ajouter, enfin, parmi les causes de cette stérilité relative des facultés de médecine, la dotation misérable de leur budget des recherches. Pour la faculté de Paris, les frais des laboratoires, des cliniques d'hygiène, de pathologie générale, de pathologie expérimentale et comparée, d'anatomie pathologique, de pharmacologie, de thérapeutique, c'est-à-dire de tous les laboratoires où peuvent se faire les recherches et les découvertes ne s'élèvent pas à la somme de 100.000 fr Nous ne demandons pas, pour l'enseignement supérieur et particulièrement pour l'organisation de la recherche scientifique dans le domaine médical, des sacrifices de luxe. Il s'agit ici d'un placement qui, bien rapidement, serait rémunérateur. Même si l'on s'en tient au point de vue économique, la vie humaine est ce qu'il y a de plus précieux. Il n'appartient pas à la société de provoquer l'apparition de quelque génie lumineux, mais elle peut et elle doit exciter, multiplier et favoriser les efforts des hommes de bonne volonté qui servent leur pays par la gloire qu'ils lui apportent, par les existences qu'ils contribuent à arracher à la souffrance, à la maladie ou à la mort. Le budget des recherches scientifiques est en définitive le vrai budget du salut public.

CHRONIQUE DU SOU MÉDICAL

Le tribunal de la Seine (4e ch., 3e Sect.) s'est prononcé, comme juridiction d'appel, sur la question d'interprétation du tarif Dubief en matière d'interventions de petite chirurgie surajoutées à la visite ou à la consultation.

Tribunal civil de la Seine 7 décembre 1907

(Présidence de M. DUCHAUFFOUR)

(Laisné c. Martignon).

Le Tribunal : ouï ....

Jugeant en matière sommaire et en premier ressort.

Attendu que le docteur Laisné réclame à Maurice Martignon le paiement des honoraires à lui dus pour soins donnés à un ouvrier du dit Martignon, victime d'un accident du travail ;

Attendu que, par jugement du 3 avril 1907, le juge de Paix du 19e arrondissement a, conformément au rapport du Dr Noir, expert, fixé ces honoraires à la somme de 300 fr. ;

Attendu que appel régulier a été interjeté par les deux parties ;

Attendu que le Dr Noir, expert, a fait une juste appréciation de la nature des soins donnés par le Dr Laisné et du nombre de visites faites par celui-ci ;
Attendu qu'il y a donc lieu d'adopter les données proposées par l'expert ;
Attendu toutefois que le chiffre de 300 fr. ne correspond pas à la stricte application du tarif du 30 septembre 1905 et que la somme due doit être fixée comme suit :

Du trente et un octobre au sept novembre, huit premiers pansements à domicile avec traitement antiseptique complet (art. 1 et 10 n° 1 du tarif officiel), soit sept francs 50 centimes par visite, ci 60.00
Du 8 novembre au 1er décembre inclus, 24 consultations au cabinet avec pansement antiseptique complet (art. 2 et 10 B. du tarif soit six francs par consultation ci.......... 144.00
Les 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14 décembre à raison d'une consultation tous les 2 jours (consultation au cabinet avec pansement complet six francs) ci........................... 48.00
Les 24 décembre, 1er et 4 janvier, 5 et 7 février, cinq consultations simples à 2 fr. ci... 10.00
Certificat médical formellement prévu par l'art. 9 ci.............................. 5.00

Total : 267.00

En ce qui concerne les cautérisations faites les 18, 19 novembre et 2 décembre et les incisions faites le 22 novembre : attendu qu'elles ne sauraient être considérées comme cautérisations profondes ni comme opération grave (art. 10, D 3) et qu'elles doivent être comprises dans les consultations avec pansement complet faites à cette date ;
Attendu que la somme réclamée était de 381 fr. 50, que Martignon offrait seulement 109 fr. 50.
Attendu que le tribunal admettant le chiffre de 267 francs chacune des deux parties succombe respectivement et qu'il échet de faire masse de tous les dépens y compris ceux d'expertise, de première instance et d'appel pour être supportés un tiers par le Dr Laisné et 2/3 par Martignon.
Par ces motifs :
Reçoit les parties.........
Réforme le dit jugement et, statuant à nouveau.
Entérine en partie le rapport d'expert.
Condamne Martignon à payer au Dr Laisné la somme de 267 francs avec les intérêts de droit.
Ordonne la restitution de l'amende.
Fait masse des dépens, qui comprendront ceux d'expertise, de première instance et d'appel liquidés à... en ce non compris les coûts et signification du présent jugement lesquels seront supportés 1/3 par Laisné et 2/3 par Martignon et dont distraction etc.

Note. — Nous sommes en droit de compter que la jurisprudence des tribunaux de paix de la Seine ne va plus dorénavant présenter des divergences en ce qui concerne le sens des dispositions de l'art. 10 du Tarif Dubief. La juridiction d'appel à laquelle sont déférés tous les jugements de tribunaux de paix susceptibles d'appel, et, qui plus est, la chambre chargée spécialement de trancher toutes les questions relatives à la Loi sur les accidents du Travail, sous la présidence de M. Duchauffour, *a prononcé. Il serait inexplicable* que des juges de paix, dans les affaires roulant sur une somme inférieure à 300 fr. et par suite non susceptibles d'appel, profitent de ce que les médecins n'aient pas la ressource d'un recours à un second degré de juridiction, pour persister dans une théorie aujourd'hui condamnée par la juridiction qui leur est immédiatement supérieure et si favorable aux Cies d'assurances qu'elles n'ont reculé devant rien pour la faire prévaloir.
En tous cas, les experts commis par les juges de paix *n'ont plus le droit* de continuer à couvrir de leur autorité la théorie, si étrange et si contraire au texte parfaitement clair de la loi, que leur ont inspirée les défenseurs des Cies d'assurances.

Nous nous préparions à réfuter l'argumentation développée par M. le Dr Sebileau, chirurgien des hôpitaux et agrégé bien connu, dans un rapport déposé au greffe de la justice de paix du XVe arrt. où il est souvent commis comme expert, le 10 octobre dernier, et dont nous avons le texte intégral.

L'honorable professeur est de ceux avec lesquels on peut discuter avec profit, car il émet des arguments et ne se contente pas, comme le Dr Meslier, autre expert, commis par M. le juge de paix de Saint-Denis, d'affirmer qu'il applique la loi dans son texte et dans son esprit, tout en la violant et sans donner de raisons à l'appui de son système, ni de réponse aux arguments qui lui sont présentés. Mais cette réfutation devient inutile, puisque la juridiction d'appel a prononcé en adoptant l'interprétation que nous avons toujours défendue, ou plutôt en faisant une application stricte et littérale d'un texte qui ne se prête à aucune interprétation.

Nous comptons que, loyalement, tous les experts, et en première ligne M. le Dr Sébileau s'inclineront devant la CHOSE JUGÉE. Par des conclusions formelles prises pour soutenir l'appel, le tribunal de la Seine avait été saisi par le chef d'entreprise appelant, représenté par les avoués et avocat de la Cie d'assurance, de l'interprétation bien connue de l'art 10 élaborée par les Cies : « les pansements antiseptiques complets, sauf le premier, ne devraient pas être payés au prix de deux visites ou consultations en sus du prix de la visite ou consultation, malgré les termes formels de l'art 10 § B, 7° parce que, dans l'esprit du législateur, le grand pansement ne peut recevoir l'allocation de deux visites ou consultations, plus une visite ou consultation, que quand ce pansement est précédé d'un examen, d'une étude de la lésion, et que ce droit ne saurait être ajouté à l'allocation de chaque pansement, quand il y a lieu à une série de pansements rapprochés ». Et l'on argumentait avec l'article 3 qui spécifie que le pansement aseptique simple est compris dans le prix de la visite ou consultation, si ce n'est pour celui fait au cours de la première visite ou consultation. La Chambre des accidents du travail au tribunal de la Seine, respectueuse du texte formel de la Loi, c'est-à-dire du Tarif dressé en vertu de la Loi et dont nous avons expliqué maintes fois le mécanisme parfaitement rationnel et qui consiste à prendre le prix de la visite ou consultation comme étalon et à le doubler, tripler ou quadrupler pour toutes les interventions de petite chirurgie, — sauf exceptions formellement spécifiées, — a décidé que tous les pansements antiseptiques complets faits à domicile (il y en avait une série de 8 au début du traitement) devaient être payés 7 fr. 50 chaque, soit 2 fois 2 fr. 50, en sus des 2 fr. 50 prix de la visite, à Paris, en matière de soins aux blessés du travail.

De même pour les pansements antiseptiques complets faits au cabinet du médecin (il y en avait une série de 24, puis une autre de 6) le tribunal a admis 3 fois le prix de la consultation qui est de 2 fr. à Paris.

Déjà M. Pabon, juge de paix du XVIIe arrondissement, qui est un jurisconsulte dont les ouvrages bien connus font autorité, avait statué dans le même sens dans un jugement que nous reproduisons ci-après.

Tribunal de Paix du XVIIe arrondissement de Paris 27 novembre 1907.

(Drs Samson et C. Laporte).

Le Tribunal.

....

Attendu que la demande du Docteur S.... est pleinement établie par les documents versés aux débats; qu'il résulte en effet de l'art. 10 du tarif officiel que, pour les visites en cas d'accident de travail, le médecin a droit *pour les pansements antiseptiques complets*, EN SUS DU PRIX DE LA VISITE (OU CONSULTATION) *à une allocation correspondant à deux visites* ; que dans l'espèce les pansements s'élevant au nombre de 18, le demandeur a droit à des honoraires égaux à 18 × 6, c'est-à-dire à 108 fr., qu'en outre le docteur a droit à deux consultations, en juillet, s'élevant à 4 fr., qu'il lui est donc légitimement dû en totalité la somme de 112 fr. au paiement de laquelle il y a lieu de condamner L.....

Par ces motifs.

Le Tribunal.

Statuant en dernier ressort : Condamne L.... à payer au docteur P.... la somme de 112 fr. montant des causes sus-énoncées avec intérêts tels que de droit et dépens.

Après cette importante décision et les jugements du tribunal de paix de St-Etienne (canton sud) 1er octobre 1907 et du tribunal de paix du XIIIe arrondissement de Paris du 18 octobre 1907 (*Concours Médical*, 5 janvier 1908 no 1), le tribunal civil de la Seine vient *enfin* de « *dire le droit* » d'une façon définitive. La question est close.

2° On remarquera que le tribunal de la Seine réduisant de 381 fr. 50 à 267 fr. la note du médecin, alors que le chef d'entreprise n'offrait que 109 fr. 50 a fait supporter une part des dépens plus élevée à l'une qu'à l'autre des parties. En effet, le tribunal en a mis deux tiers à la charge du patron, dont les offres étaient beaucoup plus éloignées de la somme à laquelle il a été jugé que le médecin avait droit, que ne l'était la demande de ce dernier. Nous ne pouvons que rendre hommage au souci d'équité qui a inspiré la juridiction d'appel. Assurément, nous ne verrons jamais approuver cette décision par M. le sénateur Petitjean qui, dans un article tendancieux de l'*Aide sociale* du 31 décembre 1907, p. 205 intitulé « Médecins et accidents du travail. Les abus. Les remèdes » paraît donner son approbation à des « jugements de tribunaux de paix faisant supporter aux demandeurs (des médecins) *des dépens supérieurs au montant des honoraires qui leur étaient attribués* ».

G. Gatineau,
Avocat à la Cour,
Conseil du « Sou médical ».

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Huis-clos nécessaire.

La semaine dernière, M. le Dr Calmette (de Lille), dans une de ces communications sensationnelles qu'il a l'habitude de porter à l'Académie dès qu'il a fait une découverte (et cela sans doute pour provoquer des recherches et des contrôles), essayait de lancer la docte Société dans une vaste application sociale de l'*ophtalmo-réaction* à la lutte contre la tuberculose.

Dès le lendemain, nous trouvions, dans la presse politique à grand tirage, des communiqués dus à des plumes médicales, rédigés avec la même foi enthousiaste, et prônant l'assujettissement nécessaire *hic et nunc* de l'armée, de la marine, des écoles, etc., au dogme nouveau en matière de diagnostic, dépistage et traitement de la tuberculose.

Trois jours après, l'*Avenir de la Mutualité* avait pris le même train et on y lisait ces mots écrits sans doute pour assujettir aussi les mutualistes à devenir champ d'expériences :

« Voilà une œuvre sociale que l'initiative privée doit soutenir de toutes ses forces, mais à laquelle les pouvoirs publics, de leur côté, ne sauraient refuser de généreuses subventions, c'est-à-dire des moyens d'action efficaces ».

Mais il y a mieux encore : l'Amérique nous avait gagnés de vitesse dans ce mouvement pourtant accéléré. En effet, le *Journal de médecine et de chirurgie de Montréal* du 28 décembre écrivait, quinze jours avant la communication elle-même, les lignes suivantes, en conclusion d'observations qui pourtant ne nous paraissent pas très probantes :

« D'où l'on peut concevoir, mais non calculer, les immenses services qu'est appelée à rendre à l'humanité, la nouvelle découverte du professeur Calmette, ce véritable continuateur de Pasteur ».

Et, allez donc, passons tous à la piqûre d'épreuve avec tuberculine Calmette.

Chose bizarre, le reportage glissait sur les réserves ~~faites,~~ ~~séance tenante~~, par quelques académiciens qui se disaient renseignés. Pourquoi ? Mystère.

Toujours est-il que M. le professeur Delorme est monté hier à la tribune académique, déclarant de son devoir, dit le *Temps*, de pousser un cri d'alarme en ce qui concerne l'armée.

Sans s'arrêter outre mesure sur les nombreux accidents graves qui ont été signalés dans les cliniques ophtalmologiques à la suite de l'application de cette méthode, M. Delorme estime que les propositons de M. Calmette sont inacceptables et dangereuses et qu'elles pourraient être la source de nombreux inconvénients.

Signe de présomption et non d'interprétation, l'oculo-réaction ouvre la porte aux abus. Elle ménagerait des *réformes* nombreuses, injustifiées, en nombre variable suivant les médecins, mais dépassant toujours le taux admissible, justifiable. M. Delorme voit donc des inconvénients, des dangers à l'emploi de la tuberculine dans l'armée comme moyen de diagnostic des *latences*, c'est-à-dire des imminents et des suspects.

Le professeur Delorme donne à sa protestation les conclusions suivantes :

1° A l'enthousiasme de la première heure succède pour l'emploi de la tuberculine (sub. cuti, ophtalmo-réaction) un sentiment de réserve assez général.

2° Scientifiquement vraies, ces méthodes ne sauraient être employées seules.

N'ayant de valeur qu'autant qu'elles complètent une série de symptômes concordants, elles exposent souvent à des erreurs d'interprétation.

3° En apparence précieuse pour le diagnostic, chez le soldat, des tuberculoses pulmonaires au début, l'ophtalmo-réaction donne lieu communément à des interprétations cliniques et surtout médico-légales erronées, si nombreuses qu'elles contre-indiquent son emploi par les médecins de l'armée.

4° Les accidents locaux qu'elle provoque du côté de l'œil, pour rares qu'ils soient, imposeraient encore des réserves à son usage.

5° Dans un milieu comme l'armée, où par respect pour l'homme on demande la suppression des diagnostics écrits sur les billets d'hôpital, il ne semblerait pas permis à un médecin militaire d'imposer à un malade l'angoisse d'un diagnostic terrible, de la dernière évidence pour lui, et qui pèserait à jamais sur son moral.

Une fois de plus, nous émettons l'avis que le prestige de la science et du rôle social du médecin ne gagnent rien à ces controverses devant une galerie de profanes ainsi ballottée à la légère entre l'enthousiasme et la déception.

Où sont, se dit le public, les promesses d'antan ? Où est l'engagement de Behring de livrer le secret de la tulase un an après le Congrès de la tuberculose de 1905 ? On nous en rabattit assez les oreilles pour le plus grand découragement de nos clients tuberculeux qui ont eu le temps de mourir depuis.

N'y aurait-il pas lieu de réglementer l'admission dans l'auditoire de nos Sociétés savantes, et d'assurer aux communications une tenue plus réservée, plus digne, plus scientifique en un mot, de façon à donner au public la note juste sans tomber dans le boniment ?

C'est là une étude professionnelle qui aurait son importance comme les autres.

REPORTAGE MÉDICAL

La thérapeutique jugée par les chiffres. — M. le Professeur Grimbert, directeur de la pharmacie centrale des hôpitaux de Paris, a fourni à l'Académie de Médecine des chiffres qui peuvent donner une idée du mouvement thérapeutique des dix dernières années.

La Pharmacie centrale des hôpitaux, fournissant les médicaments de toute nature, non seulement à tous les hôpitaux et hospices de la ville de Paris et du département de la Seine, mais aussi à un grand nombre de fondations charitables en tout 219 établissements, la nature et la quantité de médicaments qu'elle délivre ainsi chaque année reflètent assez exactement les tendances thérapeutiques du corps médical des hôpitaux, ce qui donne une valeur particulière aux renseignements tirés de cette source.

Un fait frappe tout d'abord, c'est que la dépense en médicaments *classiques* reste stationnaire depuis de nombreuses années en dépit de l'introduction des nouveaux médicaments de synthèse. Exemple : opium, 200 kilogr. par an (depuis quarante ans); laudanum de Sydenham, 50 kilogr. ; extrait de quinquina ; 400 kilogr. ; emplâtre diachylon, 2,000 kilogr. ; teinture d'iode, 3,000 kilogr. ; et parmi les médicaments chimiques, glycérine, 55,000 kilogr. ; bromure de potassium, 1,200 kilogr. ; sous-nitrate de bismuth, 600 kilogr ; salicylate de soude, 400 kilogr. ; nitrate d'argent, 60 kilog. ; calomel, 30 kilogr. ; kermès minéral, 12 kilog. ; et enfin de 10 à 12,000 sangsues. A noter aussi le chloroforme anesthésique, qui figure annuellement pour une dépense de 2,000 kilogr., divisés en 66,000 flacons de 30 gr.

Sont, au contraire, en baisse ensible :

Les iodures de potassium (de 1,200 à 700 kilogr. ;) et de sodium (de 100 à 60 kilogr.) ; les sels de quinine (de 75 à 50 kilogr.) ; l'antipyrine (de 397 à 250 kilogr.) le glycérophosphate de chaux (de 170 à 90 kilogr.) ; le cacodylate de soude (de 14 à 16 kilogr.)

Sont en baisse rapide ;

Les antiseptiques toxiques comme le sublimé, qui tombe de 2,000 kilogr. à 693 kilogr. ; l'acide phénique (de 12,000 à 5,900 kilogr.) ; le biiodure de mercure (de 74 à 25 kilogr.) ; l'iodoforme de 600 à 200 kilogr.) ; les antiseptiques intestinaux ; le naphtol B (de 104 à 14 kilogr.) ; le benzo-naphtol (de 74 à 21 kilogr.) ; le salol (de 311 à 38 kilogr.) ; Puis la cantharide, qui, en vingt ans, passe de 200 à 16 kilogr., et la caféine (de 39 à 15 kilogr.). Notons enfin que la consommation du rhum est en décroissance très nette ; au lieu de 66,000 litres relevés en 1900, elle est tombée à 27,400 litres en 1906.

Les médicaments dont l'usage augmente chaque année sont ; l'eau oxygénée, de 1,000 litres à 102,000 litres ; le formol, de 300 à 2,000 kilogr. ; la théobromine, de 26 à 115 kilocr. ; le salicylate de méthyle, de 2 à 700 kilogr. ; et, parmi les nouveaux médicaments ; le pyramidon, l'aspirine, l'urotropine, le protargol, le salophène, le véronal, le dermatol, etc.

M. le Dr Lucas-Championnière, au journal, duquel nous empruntons ces intéressants renseignements en donne d'autres personnellement dans un article de revue annuelle du même numéro ; il est assez naturel de les rapprocher de ceux ci-dessus.

L'emploi des sérums, dit-il, s'est poursuivi, cette année, comme les précédentes ; tantôt en faisant de réels progrès, tantôt en utilisant des sérums dont l'action est plutôt douteuse.

Laissons de côté ceux-ci sans critiquer trop vivement ceux qui ont en eux une confiance peut être seulement exagérée.

Pour le sérum le plus accepté, le sérum antidiphtérique, les défiances diminuent. Il y a peu de temps on l'accusait et on hésitait à l'employer chez les diphtériques. Dans notre numéro du 10 décembre, M. Broca rapportait comment, traitant des hémophiles par l'injection d'un sérum animal frais, il employait le sérum antidiphtérique plutôt que de chercher à préparer un sérum frais quelconque. On voit le chemin parcouru dans la confiance dans son innocuité.

A la Société de chirurgie, une récente discussion montrait que, malgré une campagne violente menée contre le sérum antitétanique employé comme prophylactique du tétanos, ce sérum est absolument entré dans la pratique, au point que ceux-mêmes qui ne lui accordent pas pleine confiance n'oseraient s'abstenir de l'employer.

D'autres sérums, qui pourtant paraissaient réellement efficaces sont encore loin d'être utilisés généralement. Tel est le sérum de la fièvre typhoïde du professeur Chantemesse dont l'auteur prolonge volontairement et scientifiquement la période d'essai.

Les injections de sérums simples ou plutôt de l'eau stérile ont pris une extension considérable pour aller presque jusqu'à l'abus. A une époque plus récente, le sérum de Quinton (eau de mer stérilisée) a joué un rôle si considérable qu'il faut encore regarder avec prudence les résultats de ses multiples applications, tout en utilisant un moyen qui paraît avoir donné de bons résultats.

Bureaux municipaux d'hygiène. — Aux termes du décret du 3 juillet 1905 portant réglementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires parmi les personnes reconnues aptes, à raison de leurs titres, par le Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Conformément à cette disposition et aux prescriptions de la circulaire ministérielle du 23 mars 1906 destinées à en assurer l'application, la vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour les villes et la station thermale ci-après dans les conditions respectivement déterminées par les arrêtés municipaux :

Grasses (Alpes-Maritimes), arrêté municipal du 15 octobre 1907 : traitement, 4.000 francs.

Le Mans (Sarthe), arrêté municipal du 8 novembre 1907 : traitement, 3.500 francs.

Cherbourg (Manche) : traitement, 4.500 francs, avec avancement jusqu'à 6.000.

Les candidats ont un délai de vingt jours, expirant le 6 février 1908, pour adresser au ministre de l'Intérieur leurs demandes accompagnées de tous titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures. Cette candidature s'applique exclusivement au poste envisagé.

A la demande doit être jointe une copie certifiée conforme des diplômes obtenus ; l'exposé des titres doit-être aussi détaillé que possible et accompagné d'un exemplaire des ouvrages ou articles publiés. Les candidats peuvent en outre demander à être entendus par la Commission du Conseil supérieur d'hygiène.

Stérilisation ovarique par les rayons X. — De nombreuses expériences de laboratoire par MM. Bergonié, Tribondeau, Récamier, Halberstadter, Roulier et autres ont démontré l'action atrophiante des rayons X sur les organes reproducteurs mâles et femelles. L'infécondité et non l'impuissance en seraient le résultat même pour l'homme (Laquerrière). Pour les ovaires, on a discuté les résultats. Une nouvelle communication de M. le docteur Foveau de Courmelles, présentée à l'Académie des Sciences, le 25 novembre 1907, par M. le professeur d'Arsonval, vient de confirmer ces résultats scientifiques et ceux qui avaient été fournis par le même auteur dans ses communications du 11 janvier 1904 et 25 février 1905 sur la régression de certains fibromes et la stérilisation organique.

Dans sa dernière étude, dont l'intérêt ne le cède en rien à celui des précédentes, M. le docteur Foveau de Courmelles rapporte cinquante-trois observations personnelles. Les rayons X ont agi et stérilisé en exigeant un nombre de séances variant de 18 à 160, et des rayons bien perpendiculaires à la région, ce qui exclut la possibilité de stérilisation criminelle, au moins par surprise. L'âge des femmes a varié de 31 à 57 ans, et 11 de 31 à 40 ans ont réagi de manière plus lente que les femmes plus âgées, mais sauf l'exception d'une femme de 46 ans, toutes sont arrivées prématurément à la ménopause (leurs mères et aïeules n'ayant eu ce phénomène qu'après 50 ans).

Clinique Apostoli-Laquerrière, (15, rue Montmartre). — MM. les Drs Laquerrière, directeur de la clinique, et Delherm, ancien interne des Hôpitaux de Paris, commenceront le 10 février une série de 12 conférences pratiques d'Electrothérapie.

Programme :

I. II. — Révision sommaire de l'électro-physique. Unités électriques. Principaux courants utilisés en médecine. Appareils producteurs.

III. — Action de diverses modalités électriques sur l'être vivant. (La théorie des ions — lois de l'excitabilité des muscles et des nerfs, etc.).

IV. V. — *Maladies nerveuses*. (Rôle de l'électricité dans les névroses, maladies des centres nerveux. Electro-diagnostic).

VI. VII. — *Gynécologie*. (Métrite, fibromes). Voies urinaires (rétrécissement, incontinence d'urine).

VIII. — *Dermatoses*. (Principales applications de l'électricité et de la radiothérapie).

IX. — *Maladies générales* (Influence sur la nutrition. — Rhumatisme. Hypertension artérielle).

X. — *Affections chirurgicales*. — Accidents du travail, traitement et diagnostic. — Electromécanothérapie. — Arthrite blennorrhagique.

XI. XII. — *Tube digestif*. (Vomissements nerveux — dyspepsies sensitivo-motrice. — Constipation. — Entéro-colite. — Lavement électrique).

Le prix de la série des douze conférences est de 50 francs.

Ces conférences auront lieu à 8 h. 1/2.

On est prié de s'inscrire d'avance.

S'adresser à la Clinique, les mardi, jeudi, samedi, de 3 à 6 heures.

La Maison des Etudiants. — Dans sa dernière assemblée générale, l'Association générale des étudiants a adopté le projet de construction de « La

L'OBLIGATION DE RELEVER LES TAUX DES HONORAIRES

Questionnaire à retourner rempli.

Le projet Caillaux fixant les revenus des Médecins, sans tenir compte de leurs frais généraux, la création de secours médicaux gratuits ou quasi gratuits pour les soins à donner aux petits fonctionnaires (gendarmes, forestiers, cantonniers, etc.) le développement, dans les classes moyennes et aisées, de la mutualité, créent aux médecins, pour vivre de leur travail, l'obligation de relever le taux de leurs honoraires en France.

Le Docteur Vimont devant présenter au prochain Congrès de Lille un rapport sur cette question, prie ses Confrères de lui envoyer le plus tôt possible, à Paris, 8, rue Etienne-Marcel, les renseignements sur les points suivants :

I. — *Dans quelle proportion les frais d'existence ont-ils augmenté ? (chiffres à l'appui.)*

II. — *Dans quelle proportion ont augmenté vos frais professionnels ? (loyer, frais d'entretien d'équipage, ferrage, contributions, etc. ?) (chiffres comparatifs depuis 30 ans, 20 ans, 10 ans et aujourd'hui.)*

maison des étudiants », sur le terrain offert par la Ville de Paris, rue de la Bûcherie.

M. Grébauval a obtenu l'adhésion du Conseil municipal à ce projet.

Facultés et Hôpitaux.

— M. Marion, professeur agrégé, chef de service, commencera, le mardi 11 février, des conférences sur les maladies des voies urinaires. Mardi, samedi à 9 h. 1/2, amphithéâtre Civiale : Conférences de séméiologie et de pathologie. Jeudis à 9 h. 1/2, amphithéâtre Civiale : Conférences de thérapeutique et de technique opératoire. Lundis, vendredis, à 9 h., salle de la consultation : Examen des malades. Opérations : les mardis, jeudis, samedis, après la conférence. Visites dans les salles (salles Civiale et Lailler) : les lundis et vendredis, après la consultation, les mercredis à 9 h. Examen et traitement des malades externes (hommes et femmes), tous les jours, salle de la consultation, sous la direction de M. Lavenant, assistant du service.

— Des conférences pratiques de clinique chirurgicale, faites par MM. Olivier, Rouhier et Stern, commenceront le 10 février 1908, dans le service de M. Walther, hôpital de la Pitié.

Première série. — Appareils pour fracture.

Gynécologie. — M. Rouhier, les mercredis et samedis à 4 h.

Deuxième série. — Petite chirurgie. Affections chirurgicales des membres, de la tête et du rachis. M. Stern, jeudi et lundi à 4 h.

Troisième série. — Chirurgie générale et chirurgie d'urgence. M. Olivier, vendredi et mardi à 4 h.

Les élèves seront individuellement exercés à l'examen des malades et à la confection des appareils.

Ces conférences auront lieu tous les jours à partir du lundi 10 février, à l'amphithéâtre Gosselin, hôpital de la Pitié. Le nombre des élèves est limité à 12. On s'inscrit auprès du bibliothécaire de la salle de garde de la Pitié. Les droits à verser sont de 50 francs.

— MM. Olivier, Stern, Touraine, internes des hôpitaux et Rouhier, aide d'anatomie, commenceront le 8 février à 2 heures, à l'Association corporative des étudiants en médecine, 21, rue Hautefeuille, des conférences d'internat. Ces conférences sont exclusivement réservées aux membres de l'Association. Les droits à verser sont de 15 francs par mois.

Nomination dans les hôpitaux. — Sont nommés, médecins chefs de service dans les hôpitaux, depuis le 1er janvier 1908 :

MM. Enriquez, à la Maison de Santé ; Macaigne, à l'Institution Sainte-Périne et aux Fondations Chardon-Lagache et Rossini ; Henri Dufour, à la Maternité ; Joseph Belin, à l'hôpital Debrousse ; Auvray, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux, chirurgien chef de service à l'hospice d'Ivry ; Marion, agrégé, chirurgien-chef de service à l'hôpital Lariboisière (service Civiale) ; Riche (Paul), chirurgien-chef de service à l'hospice de Bicêtre ; Tissier (Léon), accoucheur chef de service à l'hôpital de la Charité ; Potocki, agrégé, accoucheur chef de service à l'hôpital de la Pitié.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs, le décès de MM. les docteurs Laurent, de Broons (C.-du-N.), et Descottes fils, de Bénévent-l'Abbaye (Creuse), membres du « Concours Médical ».

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales

III. — *Les taux de la visite et des consultations ont-ils augmenté depuis 30 ans, 20 ans, 10 ans ou actuellement (chiffres comparatifs.)*

IV. — *Les autres honoraires médicaux ont-ils augmenté ? (chiffres à l'appui).*

V. — *D'une façon générale vos recettes sont-elles supérieures à celles de vos aînés ou prédécesseurs ; ont-elles augmenté ou diminué ? (dans quelles proportions ?)*

(SIGNATURE LISIBLE)

Renvoyer ce bulletin à M. le Dr Vimont, 8, Rue Etienne-Marcel, Paris ou au bureau du journal.

Trentième année N° 6 Dimanche 9 FÉVRIER 1908

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

La question syndicale

Qu'il y ait une question syndicale, c'est ce que personne, je pense, ne contestera. Elle n'existe pas seulement dans le monde médical, mais dans le monde des travailleurs, en général, autrement dit, dans la partie vivante de la nation, de celle qui élabore courageusement dans les incertitudes du présent un avenir meilleur. Il ne s'agit pas de savoir si les syndicats médicaux *seront*, mais *ce* qu'ils *seront* et par conséquent quel sera notre devoir de syndiqués.

Syndicats médicaux. Syndicats ouvriers.

Si nous en croyons, en effet, l'opinion émise par beaucoup de nos confrères, la comparaison entre les syndicats ouvriers et les syndicats médicaux ne serait pas toujours à notre avantage. Qu'il s'agisse de notre collaboration active sous forme de cotisations, de propagande syndicale, de présence aux séances de travail, qu'il s'agisse de discipline dans ce travail même ou de l'esprit de solidarité qui devrait nous animer, il n'apparaît nullement que nous soyions supérieurs, malgré nos ressources matérielles plus abondantes et notre intelligence plus cultivée.

Science et richesse sont des instruments ; seule, la libre volonté de l'homme peut les mettre en œuvre et l'histoire syndicale nous prouverait assez nettement que la meilleure besogne n'a pas toujours été faite par les syndiqués les plus riches et les plus savants.

Ce qu'ont fait les Syndicats médicaux.

Il serait injuste cependant de méconnaître la tâche considérable accomplie jusqu'ici par nos syndicats.

Dans une société livrée au jeu brutal de la libre concurrence, ils ont facilité aux confrères le maintien de tarifs raisonnables ; ils leur ont permis de ne pas être écrasés par des sociétés d'assurances dont l'unique souci était les gros dividendes, et exploités par tous ceux qui, animés sans doute d'excellentes intentions, entendaient aimer et soulager leurs frères, mais commençaient par ne pas nous rendre ce qui nous était légitimement dû : j'entends par là, la plupart des Sociétés de Secours mutuels.

Dans un pays passionnément républicain, mais où l'Etat et l'Administration ont gardé les traditions et les formes autoritaires des Louis XIV et des Napoléon Ier, ils ont empêché que nous devenions tout à fait des fonctionnaires et orienté au contraire notre avenir vers des libertés qui sont l'essence même d'une république démocratique. La campagne actuelle et bientôt victorieuse en faveur de la liberté des indigents dans le choix du médecin est la preuve de ce que j'avance.

Les Syndicats médicaux ont donc sauvegardé dans une large mesure nos moyens d'existence matériels et ce qu'il y a de plus précieux au monde : notre liberté.

La tâche actuelle des Syndicats médicaux.

Mais, nous ne sommes pas assez naïfs pour croire que leur tâche soit finie. Nul d'entre nous ne l'ignore, la possession de ces biens légitimes nécessite une lutte quotidienne, et nombreuses sont les justes revendications dont nous avons à assurer le triomphe. Il me suffit de citer la révision du Tarif des accidents du travail, l'épuration des Sociétés de Secours mutuels, etc. Je ne parle pas de l'Administration qui sans cesse revient à la charge, et qui hier encore voulait imposer aux médecins de la Sarthe, l'organisation des consulta-

tions de nourrissons, et, par une ironie bien administrative, demandait sans doute notre avis, mais nous avertissait qu'un décret allait paraître instituant et règlementant ces consultations.

La tâche future des Syndicats médicaux.

Plus d'un confrère se demandera avec inquiétude et scepticisme ce que nous entendons par là. Qu'ils se rassurent ; nous ne voulons en aucune façon nous livrer à de stériles prophéties, mais seulement nous efforcer de découvrir ensemble, dans les préoccupations d'aujourd'hui le labeur de demain, le but que nous devons poursuivre, l'orientation de notre effort syndical. Est-il besoin d'ajouter que si nous disons avec franchise ce que nous croyons être la vérité, c'est ici, surtout, que nous avons besoin de l'attention et de la collaboration de tous. Sans doute, si une idée est vraie l'unité peut se faire autour d'elle, mais jamais sans lutte contre les idées adverses : les idées se proposent, elles ne s'imposent pas.

Nous pouvons faire d'abord une constatation préalable. Par le fait même de leur organisation, les syndicats médicaux se trouvent représenter tous les médecins, syndiqués ou non. Ce sont eux qui traitent avec les Compagnies d'assurances, les Conseils généraux, etc. Ils répondent même quand on ne leur demande rien, comme il est arrivé dans la Sarthe, où les médecins, consultés individuellement sur les Consultations de nourrissons, ont transmis par l'intermédiaire du syndicat leur réponse négative. Bien plus, ne voit-on pas nos syndicats élever encore leurs préoccupations, affirmer au « Congrès des Praticiens » et aujourd'hui encore dans leurs Assemblées générales, la légitime prétention de réformer les Etudes médicales !

Qu'on ne s'y trompe pas, il ne s'agit plus là simplement de la défense de nos intérêts matériels, c'est notre rôle social qui s'offre à nos réflexions et c'est lui qu'il faut préciser.

Les Syndicats et la Démocratie.

Il s'agit donc non pas d'orienter nos efforts dans le sens exclusif de notre intérêt particulier, mais de prendre une conscience chaque jour plus claire de l'intérêt général. C'est cette impérieuse nécessité qui distingue *le sujet* du *citoyen* ; ce n'est plus une autorité extérieure et supérieure à nous qui doit solutionner le problème ; c'est chacun de nous dans l'intimité même d'une conscience mieux informée, dépassant la région des préoccupations personnelles et professionnelles, pour harmoniser ses efforts avec les efforts des autres travailleurs, et sachant sacrifier s'il le faut, l'intérêt particulier à l'intérêt général.

La démocratie ne consiste pas seulement dans l'amélioration matérielle du sort de ceux qui travaillent, mais dans l'accroissement de leur conscience et de leurs responsabilités. N'est-ce pas là l'histoire de nos syndicats médicaux qui, partis de revendications d'honoraires, s'élèvent aujourd'hui à une conception de leur rôle exigeant de nous, syndiqués, bien autrement de conscience et nous réservant bien d'autres responsabilités ?

Mais, s'il apparaît nettement que notre organisation démocratique implique, pour nous comme pour les autres travailleurs, ces deux tendances : améliorations matérielles d'une part, responsabilités nouvelles, d'autre part, notre tâche en sera singulièrement précisée, et c'est évidemment dans leurs déductions pratiques que réside tout l'intérêt de ces considérations générales.

Syndicats médicaux et Associations de travailleurs.

Nous voulons envisager ici notre attitude vis-à-vis des Mutualités et Syndicats qui nous apparaissent comme représentant, dans la société d'aujourd'hui, les premiers linéaments de la société démocratique, tout comme nos groupements d'ailleurs. Jamais nous ne saurons prendre une conscience trop claire du but commun que nous devons poursuivre ensemble, rôle qui, très certainement, implique la justice réciproque ; nous devons en un mot apparaître comme des collaborateurs et non comme des adversaires.

En ce qui concerne les Mutualités, la tâche est particulièrement difficile, nul ne l'ignore, et ce n'est pas dans une étude générale qu'il convient d'insister sur des difficultés bien connues. Ce n'est pas une raison pour méconnaître les services rendus par les Sociétés de secours mutuels et, tout en faisant valoir nos justes revendications, ne pas favoriser leur expansion et leur bon fonctionnement. Il me suffira d'indiquer le contrôle que nous pouvons exercer sur les entrants, les notions utiles au point de vue de l'hygiène, des maladies contagieuses, de l'alcoolisme, que nous pourrions répandre, s'il y avait entente plus complète entre nous et les Mutualistes, si, de part et d'autre, on savait utiliser les occasions de s'entr'aider, et sans chercher plus loin, faire une place à notre action dans les réunions semestrielles ou annuelle des S. S. M.

Vis-à-vis des syndicats, même attitude. Sans doute, les syndicats ouvriers n'apparaissent trop souvent jusqu'ici que comme des instruments de défense ou d'attaque ; il est permis d'espérer que l'extension de leur capacité, qui sera la réalité de demain, montrera leur force latente d'édification sociale. Toujours est-il qu'à côté d'eux nous voyons les Syndicats agricoles s'organiser puissamment, et assurer des services que seules assuraient autrefois des Sociétés capitalistes.

Nous en avons dans la Sarthe un magnifique exemple. Le Syndicat des Agriculteurs de la Sarthe a réalisé un progrès considérable en fondant la « Sarthoise », où les agriculteurs sont leurs propres assureurs contre les accidents du travail. Nous devons encourager toutes ces initiatives démocratiques en ce sens qu'en réalisant une amélioration matérielle, elles tendent à accroître la conscience et la responsabilité de ceux qui en bénéficient en les organisant. Entre des organisations capitalistes comme les Compagnies d'assurances et des organisations comme la Sarthoise notre devoir est tout indiqué. Non pas que nous ayions à déclarer la guerre aux Compagnies d'assurances, encore que nous sachions faire la distinction entre celles qui sont honnêtes vis-à-vis de nous et celles..... qui le sont moins.

Les Syndicats médicaux et l'Etat.

Quant à nos rapports avec l'Etat et les administrations diverses qui en dépendent plus ou moins directement, ils doivent s'inspirer des mêmes principes.

Certes, je sais d'avance tous les reproches qu'on peut faire à l'Administration, à l'Etat : Centralisation, autoritarisme, manie de la paperasserie, manie des statistiques, etc., etc. Reconnaissons pourtant que nos ministres, préfets et administrateurs sont remplis d'excellentes intentions. S'il ne tenait qu'à eux, la mortalité infantile serait réduite à sa plus minime expression et l'hygiène ferait en France de merveilleux progrès. Il ne faut pas douter de l'intelligence de nos gouvernants, et pourtant, ils oublient que l'hygiène *ne se décrète* pas, *qu'elle se vit*, que les lois sans les mœurs sont lettres mortes. Sans compter la loi sur la protection de la santé publique votée en 1902 et généralement inappliquée, je n'en veux pour preuve que la loi sur la

vaccination, dont le fonctionnement devient du dernier ridicule.

C'est que, entre ces lois et la nation pour laquelle elles sont faites, il faut un pont et ce pont, c'est nous, médecins, qui seuls pouvons le faire, en collaboration avec les instituteurs et les institutrices. Là, encore, apparaît au point de vue démocratique notre rôle d'éducateurs, rôle auquel nous ne devons ni ne pouvons nous dérober. Car, ne l'oublions pas, l'opinion publique est sans doute mal éclairée sur la plupart de ces lois d'hygiène, et cependant nos gouvernants en les élaborant traduisent un de ses désirs, confus mais certain.

Si, par impossible, nous nous refusions à cette tâche, nous verrions très certainement l'Etat passer outre et créer toute une catégorie de médecins fonctionnaires prêts à assumer, moyennant traitement, les responsabilités que nous aurions déclinées. Pourquoi d'ailleurs ne pas les accepter avec joie ? Si elles font la difficulté de notre profession, elles en feront aussi la grandeur, et, en élevant notre idéal, détourneront ces activités qui ne voient dans la médecine qu'un moyen facile de faire fortune et de se poser dans le monde.

Nos syndicats s'honoreraient grandement en offrant leur concours aux pouvoirs publics, en étudiant de concert avec eux les moyens de réaliser pratiquement des mesures élaborées par des bureaux incompétents, justement parce qu'ils n'ont pas avec la réalité ce contact permanent que nous avons nous-mêmes.

L'esprit démocratique des Syndicats et la neutralité.

J'entends bien l'objection possible et inévitable quand on parle de l'orientation des syndicats médicaux et de l'esprit démocratique dont ils doivent être animés. Que le syndicat neutre ait été, et soit encore la conception d'un certain nombre de médecins, c'est ce qu'il serait puéril de nier. Mais la vie d'un peuple se charge bien de briser tous les cadres artificiels que l'on prétend lui imposer. Les médecins ne sont pas des isolés, des corps étrangers dans la société présente, des serviteurs égoïstes de leur intérêt personnel ; il se fait parmi nous toute une fermentation d'idées pleine d'espérances pour l'avenir. On parle, de plus en plus, de la « démocratisation » des Syndicats médicaux et s'il est vrai qu'en l'espèce il s'agit plutôt de l'organisation intérieure de nos groupements c'est cependant la preuve évidente que la neutralité syndicale a vécu. Il nous manque la conscience claire de notre activité sociale, de notre rôle harmonique par rapport à la société démocratique qui s'élabore. Comment nous en étonner ? Après tout, nous ne sommes que d'hier, s'il s'agit de nos Syndicats et déjà, nous le sentons joyeusement, le courant nous emporte et pour reprendre le mot de Pascal « nous sommes embarqués ».

Dr Chaudet,
Sainte-Jamme (Sarthe).

LA SEMAINE MÉDICALE

L'ophtalmo-réaction à la tuberculine

M. le Dr E. Ausset, de Lille, a publié, dans la *Pédiatrie pratique*, les résultats qu'il a obtenus par l'emploi de l'ophtalmo-réaction à la tuberculine sur 100 cas variés. Rappelons que l'ophtalmo-réaction à la tuberculine est devenue un procédé de diagnostic des plus utiles, et les voix sont unanimes pour déclarer qu'il constitue un moyen rapide, sûr, et surtout inoffensif, pour le dépistage des tuberculoses latentes et pour les diagnostics différentiels épineux.

M. Ausset s'est servi exclusivement de la tuberculine préparée par l'Institut Pasteur de Lille à 1/200 ; il a constamment instillé un minimum de deux gouttes, ayant toujours le soin de bien faire pencher la tête de l'enfant en arrière, faisant tenir les deux paupières écartées, et maintenant ainsi le malade pendant un certain temps, quelquefois une demi-minute, pour que l'absorption soit certaine. Chez l'enfant, en effet, il y a toute une série de causes d'erreur qu'il convient d'éviter : d'abord faire son instillation dans l'angle interne de l'œil, tout contre la caroncule si on fait l'instillation sur la cornée, la goutte qui tombe émeut trop vivement l'enfant qui se remue, pleure, et finalement expulse la tuberculine soit en vous échappant, soit avec les larmes. Chez l'enfant encore plus que chez l'adulte, il faut tenir les paupières bien écartées un certain temps, car l'indocilité habituelle à cet âge peut amener l'expulsion rapide des gouttes instillées et les résultats sont alors complètement faussés. Il vaut mieux ici exagérer les précautions, le résultat en vaut la peine.

Ce procédé est absolument sans danger ; sur 100 cas, il a eu 2 fois des réactions un peu prolongées, 4 fois des réactions très intenses, mais sans douleur appréciable et sans aucun inconvénient pour le malade.

M. Ausset rapporte, en outre, une application pour le moins originale et tout à fait inattendue et involontaire de sa part, de ce procédé.

« M. X., 28 ans, habitant une ville voisine de Lille, vient me consulter il y a huit jours et me demander un certificat parce qu'il désire se marier. Il me raconte qu'il a perdu sa mère il y a 23 ans de la tuberculose pulmonaire, un frère il y a 5 ans de la même affection et enfin, un autre de méningite tuberculeuse. On lui crée des difficultés pour lui accorder la jeune fille qu'il désire à cause, précisément, de ces antécédents ; il désire donc que je l'examine, et si je le trouve indemne de vouloir bien le certifier par écrit.

« Je commence par lui dire que la tuberculose n'est qu'exceptionnellement héréditaire, et que si elle *paraît* héréditaire au public, c'est parce que les enfants vivent avec leurs parents, tuberculeux, et se contagionnent. Or, sa mère est morte il y a 23 ans, son dernier frère il y a cinq ans, s'il n'a encore rien ressenti, il a bien des chances d'échapper à la contagion familiale. Je l'ausculte et l'examine très minutieusement ; je ne constate pas le moindre signe de percussion ou d'auscultation pouvant me faire penser à la tuberculose. Je me prépare donc à faire le certificat, et en l'écrivant, en constatant que *cliniquement parlant*, je ne trouvais rien d'appréciable, je parlais à mon malade du nouveau procédé de l'ophtalmo-réaction. « Mais je désire m'y soumettre, dit-il, ce sera une preuve de plus et tout à fait irréfragable ». J'instille mes deux gouttes, et le lendemain, il y avait une superbe réaction. La chose était jugée ; ce monsieur est porteur d'une lésion tuberculeuse latente qui, peut-être, restera toujours silencieuse, mais, qui, à un moment donné

peut évoluer et se déceler d'un côté ou de l'autre. »

Nous terminerons comme M. Ausset, en déclarant qu'actuellement la solution de tuberculine devra désormais faire partie de l'arsenal de tous les praticiens, mais qu'il convient d'en décider l'emploi avec toute la réserve qu'imposent ses conséquences d'ordre varié.

L'insertion vicieuse du placenta

Dans une très remarquable thèse, M. le Dr G. Herbinet a étudié les hémorrhagies dues à l'insertion vicieuse du placenta; il conclut de ses recherches que ces hémorrhagies continuent à rester graves pour la mère et pour l'enfant.

Mortalité maternelle, 3 années : 9,3 % ;

Mortalité fœtale, 3 années, 64,6 %.

Voici le traitement employé à la Maternité de Paris :

1° Traitement obstétrical. A.) *L'hémorragie survient pendant la grossesse.*

Injections chaudes vaginales, lavement laudanisé, repos absolu au lit. En cas d'insuccès, on a recours au tamponnement. Si le tamponnement échoue, employer la rupture artificielle des membranes.

Etude de la rupture artificielle des membranes. Elle est simple quand l'insertion est latérale ou marginale. Quand l'insertion est centrale, on lui préfère le tamponnement toutes les fois que le col n'est pas dilatable.

Quand il est dilatable, on peut perforer le placenta, mais cette manœuvre ne doit être que le premier temps d'une version secondaire et immédiate.

Les résultats, malgré certaines critiques, sont excellents. Quoi qu'il en soit la rupture artificielle tend à devenir le premier stade de la version par manœuvres internes.

B) *L'hémorragie survient pendant le travail.* a) *Dilatation incomplète.*

Si l'état de la femme est bon, faire la rupture artificielle.

Si l'état de la femme est mauvais, ou si d'autre part la rupture artificielle déjà faite n'a pas arrêté l'hémorragie, faire la version par manœuvres internes.

Etude de la version. — Le point capital pour une bonne version est la dilatation suffisante du col. Il faudra faire cette dilatation suivant la méthode de Bonnaire, ou dilatation manuelle, mais lentement, progressivement, les ruptures utérines sont la conséquence de version faite sans dilatation suffisante.

La version effectuée, il est préférable de laisser l'accouchement livré à lui-même.

Malgré *les difficultés et les complications, la version* donne d'excellents résultats. Statistique de M. Demelin, 1,4 %.

Statistique de Saint-Antoine : 8,1 %.

Statistique de la Maternité : 21,4 % qui, expurgée, tombe à 10,7 %.

Ce qui on le voit reste énorme, mais il faut bien le dire, les cas désespérés réclament impérieusement l'accouchement rapide, et la version est toujours la méthode employée

b) *La dilatation est complète.*

La version s'impose si la poche des eaux n'est pas rompue.

Le forceps sera employé quand l'enfant sera vivant, quand on trouvera un bon engagement ou quand la poche des eaux sera rompue depuis quelque temps.

Enfin le basiotribe sera mis en usage quand le sommet sera profondément engagé et que les battements fœtaux auront cessé.

c) *Pendant et après délivrance.*

Si l'hémorragie continue, on fera la délivrance artificielle et si le sang persiste à couler, on pratiquera des irrigations d'eau oxygénée diluée, et surtout le tamponnement intra-utérin.

Si l'hémorragie est due à une complication, il s'agira de traiter celle-ci.

2° Traitement médical. — Si l'hémorragie est légère, le repos au lit, dans une chambre suffisamment chauffée, quelques boissons réconfortantes suffisent.

Si l'hémorragie a été plus abondante, des injections d'éther, de caféine, d'huile camphrée, des boissons stimulantes, le repos absolu dans le calme, telles sont les indications à remplir.

L'hémorragie a été considérable ; l'anémie est prononcée : il est de toute nécessité de surseoir au traitement obstétrical, le tamponnement s'impose pour arrêter l'hémorragie et d'emblée, il faut avoir recours au traitement médical. Injection d'éther, d'huile camphrée, ballons d'oxygène et surtout, injections intra-veineuses de sérum artificiel sont absolument de rigueur.

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Tuberculose pulmonaire latente, chez les vieillards.

M. Boinet lit un travail sur la tuberculose pulmonaire latente des vieillards. L'auteur montre que nombre de vieillards, considérés comme atteints de catarrhe chronique simple et contre l'expectoration desquels on ne prend aucune précaution, sont en réalité des tuberculeux. Les crachats bacillifères de ces malades propagent d'autant mieux la tuberculose que le danger de contamination n'est pas soupçonné par l'entourage, ni souvent même par le médecin.

Aussi, est-il indiqué de rechercher la tuberculose pulmonaire, latente ou occulte, dans les bronchites emphysémateuses, les dilatations bronchiques, les catarrhes suspects. La forme bronchitique ou catarrhale, avec expectoration fétide, jaune verdâtre, est celle dont la nature bacillaire reste le plus fréquemment méconnue.

Un nouvel anesthésique local : la novocaïne

M. Reynier présente une étude expérimentale et clinique sur un nouvel anesthésique local employé à l'étranger et encore peu connu en France : la novocaïne.

La novocaïne est beaucoup moins toxique que la cocaïne. Elle n'irrite pas les tissus, se prête facilement à la stérilisation et peut se combiner à l'adrénaline sans altérer le pouvoir vaso-constricteur de celle-ci — avantage que ne possède pas la stovaïne.

M. Reynier se sert, depuis 6 mois, de la novocaïne pour les petites opérations et il n'a eu qu'à s'en louer. Toutefois, la puissance anesthésique

de ce nouveau produit — une semblable remarque s'applique, d'ailleurs, aux autres succédanés de la cocaïne (stovaïne, nirvanine, eucaïne) — est assez sensiblement inférieure à celle de la cocaïne. De là, la nécessité de faire des injections à doses plus fortes. L'anesthésie en surface, par contact (de la muqueuse palpébrale, en particulier) est également moins sûre et moins rapide avec la novocaïne qu'avec la cocaïne.

Un cas de mélanhydrose.

La chromhydrose noire (ou mélanhydrose) est une affection caractérisée par l'apparition, en des points variables de la peau mais surtout à la face, de taches colorées, symétriques, d'étendue variable. Cette dermatose, dont Le Roy de Méricourt, Duchenne, etc., ont rapporté des exemples, est rare. Sa réalité a même été mise en doute, la plupart des auteurs ayant admis qu'il s'agissait de supercheries.

M. R. Blanchard vient de présenter à l'Académie un enfant de 13 ans, atteint de mélanhydrose. Sous les deux yeux, on constatait de larges disques noirs, profonds et brillants, comme si l'enfant avait été badigeonné au vernis noir. Le frottement enlevait sans peine un enduit pulvérulent et faisait disparaître les taches, au dessous desquelles l'épiderme demeurait normal. Les taches se reproduisaient ensuite, plus ou moins rapidement.

M. Blanchard put écarter toute idée de supercherie, en voyant à plusieurs reprises, la mélanhydrose naître en sa présence. Il estime que le dépôt noir en question est d'origine sudorale. Il s'agit là d'un trouble morbide, de durée variable, qui n'a pas jusqu'à ce jour de thérapeutique.

Les épidémies dans les casernes.

Dans un mémoire sur l'épidémiologie des casernes, M. Delorme montre qu'il faut attacher une importance très relative à l'ancienneté et au type de construction d'une caserne pour apprécier sa valeur hygiénique. Les épidémies dans les casernes ont pour origine les apports contagieux venus du dehors (arrivée des contingents, permissionnaires), les eaux de boisson suspectes fournies par la municipalité, l'encombrement des chambrées. Les vieilles casernes, si elles sont moins encombrées, se comportent souvent mieux que les neuves, au point de vue des épidémies. Ce n'est donc pas la destruction des vieilles casernes que l'hygiéniste doit réclamer, mais des mesures d'un tout autre ordre (desserrement des lits, amélioration du régime des eaux, élimination des sujets bacillifères, règles d'hygiène commune).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Traitement de la lèpre par la léproline de Rost

La léproline de Rost est l'homologue, pour le bacille de Hansen, de la tuberculine pour le bacille de Koch.

Rost, médecin de l'Hôpital général de Rangoon (Birmanie), paraît avoir obtenu des cultures — tentées maintes fois jusque-là, mais sans succès — du bacille de la lèpre. Ces cultures lui ont permis l'extraction d'une substance spéciale, la léproline, douée de propriétés spécifiques et thérapeutiques.

M. de Beurmann, après avoir visité en Birmanie le laboratoire de Rost, a repris les travaux de cet auteur dans son service de l'hôpital Saint-Louis, en collaboration avec M. Gougerot. Il a obtenu de la léproline des effets thérapeutiques satisfaisants dans le traitement de cette affection rebelle qu'est la lèpre.

La léproline offre les plus grandes analogies avec la tuberculine. Elle est extraite des cultures de bacille lépreux. Son injection aux malades produit une réaction locale et une réaction générale, réactions suivies d'amélioration de la maladie. L'injection se fait dans les muscles fessiers ou deltoïdiens, à la dose de 10 à 12 cent. cubes. Il est bon de conseiller au malade de rester au lit pendant quelques jours, en raison de la douleur provoquée par l'injection et de la réaction fébrile consécutive. On refait de nouvelles injections à des intervalles de 8 ou 10 jours.

Rost ajoute à la léproline le traitement par hyperchloruration. Il se base sur cette considération que le bacille de Hansen ne croît pas dans les milieux salés, et ne végète que dans les milieux déchlorurés.

Le repas fictif, méthode d'exploration stomacale

L'analyse du suc gastrique se pratique généralement à la suite d'un repas dit d'épreuve, composé de pain et de thé léger (repas de Boas-Ewald). On analyse ainsi non le suc pur, mais le suc mélangé aux aliments, ce qui est une cause d'infériorité de la méthode.

M. Paul Carnot s'est proposé de faire produire à l'estomac et d'en retirer du suc pur et il y est parvenu par le procédé qu'il a appelé le « repas fictif ».

L'épreuve du repas fictif dérive du principe suivant : il suffit de faire mastiquer à un sujet des aliments pour provoquer dans l'estomac l'abondante sécrétion d'un suc d'appétit. En clinique, donc, faisant appel à l'intelligence du malade, on lui dit de mastiquer les aliments pendant un certain temps et on lui recommande de les rejeter au dehors au fur et à mesure de leur mastication. On procède à cette épreuve le matin à jeun. L'estomac étant vidé par un cathétérisme évacuateur, on met le sujet en présence d'un véritable repas, composé de mets variés et, autant que possible appétissants (viande, pain et beurre). Le malade mastique alors, sans déglutir, sans absorber ni parcelle alimentaire, ni jus, ni salive, le tout étant rejeté dans une cuvette placée à proximité, et le sujet se rinçant la bouche de temps en temps à l'eau pure. Après 10 minutes de mastication et 5 minutes de repos, on procède à un nouveau cathétérisme ; on retire un liquide plus ou moins abondant, que l'on peut soumettre à l'analyse.

L'épreuve du repas fictif renseigne, d'une part, sur l'excitabilité nerveuse sécrétoire de l'estomac, et d'autre part sur la valeur sécrétante de la muqueuse gastrique.

De la diminution du murmure vésiculaire aux sommets. Sa valeur séméiologique.

On sait que, pour M. Grancher, la diminution (avec ou sans rudesse) du murmure vésiculaire, *localisée* et constatée d'une manière *permanente*, au sommet du poumon, est un indice de germination tuberculeuse, de tuberculose débutante.

Cette formule de dépistage de la tuberculose doit-elle être admise intégralement ?

M. Fernand Bezançon, s'appuyant sur une série de 173 examens faits systématiquement à la consultation de l'hôpital Boucicaut, estime que la diminution du murmure vésiculaire, localisée et permanente, constatée à un sommet, est un symptôme de probabilité de tuberculose, *non de tuberculose au début*, mais plutôt de tuberculose latente, torpide, atténuée.

Chez tout malade, dit-il, présentant ce symptôme, après avoir éliminé les cas où la diminution du murmure semble en rapport avec de l'insuffisance respiratoire nasale, on recherchera

avec soin les stigmates de l'imprégnation tuberculeuse. Si on ne les trouve pas, en l'absence de tout amaigrissement, de toute fièvre, de toute anorexie, on se bornera à tenir ces malades en observation, sans avoir le droit, dans l'état actuel de la science, de les considérer comme des tuberculeux avérés.

P. L.

CHIRURGIE ÉLÉMENTAIRE PRATIQUE

Par le Dr Paul PETIT.
Chirurgien-adjoint de l'hôpital libre Saint-Michel.

Utilisation clinique et opératoire des divers procédés d'antisepsie et d'asepsie.

Dans deux précédents articles (1) j'ai étudié les divers procédés d'antisepsie et d'asepsie. J'envisagerai aujourd'hui leur utilisation clinique et opératoire.

Pour mettre en état le plancher et les parois d'une salle opératoire, recourir au nettoyage humide et non pas au nettoyage à sec qui soulève les poussières. Il ne doit y pénétrer aucun insecte. Une mouche peut suffire à tuer un opéré en contaminant sa plaie. Quand on a fait par surprise, dans une salle destinée aux opérations aseptiques, une opération septique, on doit désinfecter au formol.

En tout cas,il est d'une bonne pratique, avant toute opération, d'abattre les poussières avec la vapeur d'eau; il suffit à cet effet, d'utiliser la vapeur de l'autoclave au lieu de l'émettre au dehors.

Les instruments destinés aux opérations septiques ne doivent pas être mélangés avec ceux destinés aux opérations aseptiques. Si, par hasard, ceux-ci ont été soumis à une contamination non prévue, ne pas se contenter du nettoyage ordinaire dont j'ai parlé, mais les faire passer à l'étuve ou les faire bouillir avant de les remettre en vitrine.

Tout récipient ouvert doit être considéré comme inutilisable, de même que son contenu, pour une opération ultérieure, avant d'être réaseptisé.

Autant que possible, les instruments et compresses ne subiront pas de transvasement ; il faut donc qu'ils soient directement pris par le chirurgien dans le flacon ou la boîte où ils ont été stérilisés et qui, de ce fait même, le sera sûrement aussi.

Moins on a d'aides, moins on a de chances de contamination. Deux aides suffisent pour le plus grand nombre des opérations : un pour le chloroforme et l'autre pour l'assistance directe. Il en faut d'autres, bien entendu, pour le gros ouvrage.

En principe, comme je l'ai déjà dit, on doit opérer autant que possible à sec ; avoir des compresses sèches, disposer les instruments à sec dans les plateaux avec interposition de compresses.

Cuvettes et plateaux destinés à l'opération doivent être stérilisés à l'étuve sèche ou à l'autoclave et, à leur défaut, par le flambage.

Les grands barillets de verre qui servent à conserver les solutions antiseptiques seront aseptisés une fois pour toutes, quand on les reçoit du fabricant, par un lavage successif à l'acide sulfurique ou azotique puis à l'eau bouillie.

Pour stériliser la peau, laver successivement à l'eau chaude avec savon et brosse 5 minutes, — couper et curer les ongles, — brosser et savonner encore 10 minutes à l'eau chaude — brosser avec l'alcool à 90° — puis lotionner successivement avec solution saturée de permanganate de potasse (60 gr. par litre) et solution de bisulfite de soude (1/4 de bisulfite de soude liquide pur, 3/4 d'eau bouillie).

Je ne sais, encore une fois, pourquoi les chirurgiens abandonnent la solution de permanganate pour l'asepsie de la peau et des muqueuses. Les solutions faibles (1 gr. pour 1 à 2 litres) que je vois présenter d'ordinaire dans les maisons de santé sont certainement sans grande utilité, mais la solution saturée, qui imprègne profondément l'épiderme, est certainement très efficace. Le bisulfite de soude succédant au permanganate laisse aux doigts un enduit gluant qui les fait glisser sur les instruments, sur les fils. On s'en débarrasse par un nouveau lavage à l'alcool. Permanganate et bisulfite peuvent être remplacés par l'eau oxygénée préconisée par Reverdin. La teinture d'iode est particulièrement indiquée pour la sertissure des ongles ; on peut ensuite l'enlever par un lavage à l'alcool.

Recommandation des plus importantes : pour être sûr que le nettoyage préalable à la brosse et au savon ait toute l'efficacité requise, il faut, non seulement qu'il soit suffisamment prolongé, mais qu'il porte sur toute l'étendue de la peau des mains et des avant-bras sans en excepter la moindre partie. Or, *on ne peut y arriver* qu'en agissant successivement et très attentivement d'abord sur toute l'étendue de chaque doigt (face antérieure, postérieure, latérales) l'un après l'autre,et les commissures intermédiaires,puis sur la paume, puis sur le dos de la main, puis sur les ongles que l'on brosse successivement d'un bord à l'autre, puis d'une face à l'autre de la main ; et enfin sur l'avant-bras — puis l'on recommence dans le même sens, toujours avec la même attention pendant un bon quart d'heure — — Que d'accidents seraient évités si ce brossage était toujours pratiqué avec ce soin et cette méthode,si l'eau était bouillie pendant le temps voulu, si le savon était aseptique, si les brosses étaient étuvées ou tout au moins bouillies au lieu d'être conservées, après avoir été contaminées,comme on le fait encore trop souvent, dans des *solutions* soit disant antiseptiques et plus ou moins douteuses !

Ce qui rend l'asepsie de la peau si difficile, c'est l'existence de ses glandes où se tapissent les germes et d'où ils peuvent être charriés vers la surface, avec les produits de sécrétion, peu de temps après la mise en œuvre des nettoyages les mieux compris. Aussi le chirurgien qui a les mains nues fera-t-il bien, pour peu que l'opération se prolonge, de les laver de temps à autre dans un liquide antiseptique (eau oxygénée, alcool, solution phéniquée faible qui détache mieux le sang...) même s'il opère sur un terrain qu'il suppose privé de germes pathogènes.

Mais il est bien clair, étant données ces difficultés presqu'insurmontables de l'asepsie absolue et surtout suffisamment prolongée de la peau, qu'il n'y a qu'une manière de réaliser de façon complètement satisfaisante dans l'espèce, les garanties nécessaires: supprimer complètement tout contact aussi bien de la peau de l'opérateur que de la peau de la malade avec la plaie opératoire et les instruments et objets destinés à l'opération : de la peau de l'opérateur au moyen de gants ; de la peau de la malade, en faisant en sorte que les champs opératoires de protection soient en continuité avec les bords de la plaie. M. Jayle a imaginé des pinces qui fixent ceux ci sur la section du tissu cellulaire sous-cutané ; M. Collin vient d'en

(1) Voir *Concours médical* du 15 décembre 1907 et du 12 janvier 1908.

MATIÈRE MEDICALE MODERNE

EAU MINÉRALE PURGATIVE DE CONDAL

L'eau de Condal est indiquée toutes les fois que l'on veut obtenir les **effets doux de la purgation** : à ce titre elle convient spécialement à la médication des **femmes** et des **enfants**.

Elle purge doucement, sans fatigue, sans coliques violentes; après la purgation, le pouls est moins fréquent, la tension artérielle plus forte, la température baisse légèrement: elle agit donc comme **sédatif vasculaire** et comme **tempérant** dans les pyrexies. De là l'indication de son emploi journalier dans les **maladies infectieuses** telles que la **fièvre typhoïde**, la **grippe**, la **dysenterie**, etc... où elle modère la fièvre, débarrasse l'intestin des matières putrides qu'il renferme et calme l'irritation de la muqueuse par l'effet substitutif qu'exercent ses sels minéralisateurs.

Son action déplétive et dérivative trouvera son indication dans la **pléthore générale** où elle fournira un moyen de détente, dans les **collections séreuses**, où son action, alternée avec celles des diurétiques, sera de la plus grande utilité, car, en spoliant l'organisme par une déperdition plus ou moins grande de liquide provenant du sang, elle favorisera l'absorption interstitielle dans les tissus, et d'autre part, en diminuant la coagulabilité de la fibrine, elle ira à l'encontre de la tendance normale de ces maladies à produire des thromboses capillaires ou autres.

Dans les états maladifs du foie tels que la **pléthore biliaire**, l'**ictère catarrhal**, la **lithiase biliaire**, elle provoquera l'exonération du tube digestif, accélérera l'excrétion du viscère et diminuera la réplétion du système porte. On l'alternera alors avec des eaux alcalines qui, agissant comme dialytiques et dissolvantes, diminueront la consistance épaisse et parfois demi-solide de la bile et par cela même favoriseront l'action évacuante et déplétive.

Dans les **congestions de l'appareil urogénital**, dans les **congestions pulmonaires**, dans le **catarrhe bronchique** tendant à se généraliser, dans les **congestions cardiaques** ou **encephaliques** et aussi dans certaines **affections des yeux**, de la **peau** et des **articulations**, son usage donnera un moyen de révulsion d'autant plus précieux qu'elle est toujours facilement acceptée et qu'en graduant les doses on peut aussi graduer les effets obtenus.

Dose laxative : un verre à bordeaux ; dose purgative, selon le cas, un verre ou la bouteille entière (quart de litre).

faire d'autres que je préfère et qui les fixent à la limite même de la section, petites pinces coudées à deux griffes qui doivent traverser tout à la fois et solidariser le champ et la peau.

Hier encore, on n'avait recours aux gants que pour les interventions septiques, pour ne pas se contaminer les mains. Aujourd'hui, étant donnée l'impossibilité reconnue de l'asepsie absolue de la peau, la façon de voir change et l'on tend à se servir des gants dans tous les cas, que l'on opère ou non en tissu infecté. Pour bien opérer avec des gants, quand l'intervention est tant soit peu délicate, c'est-à-dire quand il faut user des finesses du toucher, se rendre un compte exact d'adhérences viscérales profondes, il faut évidemment une certaine éducation que nos successeurs dans la carrière prendront à leur insu, si on les habitue à disséquer avec des gants, ce que recommande déjà la propreté la plus élémentaire, ce qui devrait être déjà de règle dans tous les amphithéâtres bien tenus et surtout pour les autopsies.

Certains préfèrent encore les gants de Chaput qui, malgré leur épaisseur, ont réalisé un grand progrès. Mais les fabricants nous en font actuellement et sur mesure de beaucoup plus minces et pourtant très résistants qui sont encore préférables. Avant de chausser les gants, l'opérateur doit procéder à une asepsie complète de ses mains de façon à pouvoir les mettre à nu si le besoin s'en fait absolument sentir. En tout cas les aides doivent être gantés. Avec des gants on peut serrer plus énergiquement les fils tout en évitant plus aisément de se fissurer la peau amollie par les lavages et, avec un peu d'habitude, les nœuds se font aussi vite.

Que d'anxiété s'épargneront les médecins, obligés de procéder à un accouchement après avoir ouvert un abcès, le jour où ils feront un usage systématique des gants en caoutchouc qui peuvent se conserver indéfiniment dans l'eau phéniquée ou dans la poudre de talc !

La désinfection de la peau des malades doit se faire suivant tous les temps que nous avons indiqués non pas seulement immédiatement avant l'opération, mais déjà la veille. De plus, après cette désinfection de la veille, on doit placer à demeure un pansement humide faiblement antiseptique (sublimé à 1/4000) recouvert de toile imperméable. Le malade doit se présenter avec ce pansement sur la table opératoire. Pour la muqueuse vaginale : mêmes soins. Pour la muqueuse rectale, lavages à l'eau oxygénée, avec permanganate de potasse à 1/3000. Pour la muqueuse buccale, eau oxygénée, chloral à 2 %.

Voilà, sauf indications plus particulières suivant l'espèce, la prescription que je conseille de faire *par écrit* au client, en vue d'une opération d'urgence, loin d'un hôpital ou d'une maison de santé :

« Débarrasser complètement la chambre choisie de ses meubles et tentures. Simplement des rideaux de vitrage fraîchement blanchis aux fenêtres. Nettoyage avec des linges humides du plafond, des murs et du plancher, sans oublier aucun angle. Le long du mur opposé aux fenêtres : une table pour les objets de pansement ; une autre, plus longue, où seront disposés en vue des lavages préopératoires, 5 cuvettes (ou tels récipients pouvant en tenir lieu) pour les opérateurs ; autant pour le malade. Ces récipients seront lessivés à la potasse, puis retournés. (Ils seront flambés avant l'usage). A côté, bouteille d'alcool et allumettes. Sous la table : un sceau. Devant la fenêtre, autre table devant servir de table opératoire, plus ou moins longue suivant que le malade devra être placé en décubitus dorsal ou dans la position dite de la taille ; la garnir de couvertures de laine en épaisseur suffisante pour éviter au malade les douleurs de reins dont il se plaindrait le lendemain de l'intervention. Recouvrir ces couvertures d'un drap. De chaque côté de la table opératoire : un sceau, une petite table pour les instruments de l'opérateur et ceux de l'aide, une chaise portant une cuvette lessivée *ut supra* et destinée à la solution antiseptique pour lavages au cours de l'opération. Ces soins pris, fermer les fenêtres, fermer la porte à clef. La veille au soir de l'opération, faire bouillir pendant une heure 10 à 12 litres d'eau filtrée divisée en deux récipients à fermeture hermétique et préalablement lessivés. Ne les découvrir sous aucun prétexte une fois qu'ils auront été remplis et fermés.

Deux heures avant l'opération allumer le feu dans la salle opératoire. Une demi-heure avant, réchauffer le contenu de l'une des bouillottes et toujours sans la découvrir. Purger le malade, l'avant-veille s'il s'agit d'une opération abdominale, la veille au matin en tout autre cas. Donner un lavement d'un litre d'eau bouillie la veille à trois heures, pas plus tard. Tenir le malade à jeun à partir de la veille au soir. »

Que de temps de gagné, que de garanties si l'on veut se donner la peine de préciser par *écrit* des détails aussi terre à terre !

Il n'est pas à l'heure actuelle de bourgade qui ne se pique de posséder un pharmacien muni d'étuves ou tout au moins de produits dûment stérilisés. Cependant, ô confrères ! souvenez-vous que si le malade meurt, ce n'est pas le pharmacien qu'on accusera et, en cas de doute, procédez-vous même à la stérilisation. L'eau bouillante carbonatée ou boratée à 20/1000 suffit à la stérilisation des instruments et objets de pansement; le savonnage à l'eau bouillie et à la brosse, puis le brossage à l'alcool, à une asepsie passable des mains. On trouve partout le carbonate de la ménagère et l'alcool dénaturé au grand scandale du poivrot.

Un mot enfin sur les pansements.

Nous devons exiger pour les pansements le même luxe d'asepsie que pour l'opération, mais nous devons en même temps nous efforcer, si nous sommes à l'hôpital ou si nous avons affaire chez eux à des clients peu *aisés*, de viser à *l'économie*.

Lors du renouvellement d'un pansement aseptique où il y a peu de suintement, les pièces extérieures non souillées peuvent resservir, si l'on a soin de faire disposer au préalable sur le lit une alèze sur laquelle on retourne, face externe en dessous, ces pièces extérieures.

Dans un hôpital, les pansements aseptiques doivent toujours être faits avant les septiques. Le panseur doit être muni de gants de caoutchouc qu'il aseptisera d'un malade à l'autre bien plus facilement que ses mains. Mais il y a plus : il ne doit (et c'est très facile) changer les pièces de pansement que par l'intermédiaire de pinces. De cette façon il ne contaminera ni la plaie, ni ses gants. Il est beaucoup plus facile (et c'est là une notion capitale) de ne pas se souiller les mains que de les aseptiser. Deux premières paires de pinces servent à enlever les pièces de pansement salies, deux autres paires à placer les nouvelles. En aucun cas on ne se trouve dans la nécessité pour ce faire d'user directement de ses mains recouvertes ou non de caoutchouc : ainsi un tampon peut-il s'essorer aussi bien entre deux pinces qu'entre les doigts. Dans un hôpital, quand on sait se servir exclusivement des pinces pour panser, on peut aller beaucoup plus vite en besogne, car il devient inutile de se laver d'un malade à l'autre.

Avant d'enlever des fils à suture, il faut tou-

jours nettoyer la plaie à l'alcool ou à l'eau oxygénée.

Si l'on a eu les mains contaminées au cours d'un pansement il est absolument interdit de prendre part directement, les mains nues, à une opération quelconque avant 48 heures, même si, comme on doit le faire, on a pris soin, après cette contamination, de recourir à toute la série de lavages dont nous avons parlé.

Un aide, tout aussi bien qu'un opérateur, doit éviter de mettre le doigt, sans le préserver, dans un orifice naturel : vagin, rectum, etc.

Les malades pourvus d'un pansement abdominal doivent toujours avoir leurs sous-cuisses en place sauf pendant le temps strictement nécessaire aux garde-robes. Il n'est pas inutile de leur recommander, à eux et à leur entourage, de ne pas glisser les mains sous le bandage ; deux jours après une laparotomie faite à une charbonnière n'ai-je pas trouvé (mort de mes yeux !) au voisinage immédiat de la plaie, la marque de fabrique du charbonnier !

Bien veiller à ce que les aides de fortune ne mettent pas les doigts dans les récipients aseptiques, pour les saisir, mais bien autour... dans les liquides aseptiques pour en apprécier la température, mais autour de leur contenant... à ce qu'ils ne tiennent pas trop élevés les bocks à injection vaginale et surtout intra-utérine (pas à plus de 60 centimètres au-dessus du siège).

Un bock qui sert aux lavements ne doit jamais être utilisé pour les injections vaginales car le liquide intestinal peut refluer dans le tube et le contaminer.

Pour maintenir en bon état de fonctionnement une seringue de gros calibre comme celle de Guyon, y laisser une petite quantité de liquide antiseptique ; conserver les seringues et aiguilles de Pravaz dans l'eau saturée de borate de soude.

Je crois bien que j'en ai fini.

L'asepsie est basée sur les données précises du laboratoire. Ses prescriptions sont réformables à mesure que progresse la science, mais le chirurgien seul a le droit dans son service, de modifier celles qu'il a adoptées, parce que seul il est, en fin de compte, responsable ; s'il peut arriver de voir une opération réussir malgré une insuffisance d'asepsie, il n'en faut pas conclure à l'inutilité d'une asepsie rigoureuse, mais bien, dans l'espèce, à la résistance organique exceptionnelle du sujet et au peu de virulence des microorganismes en cause. Il ne faut pas tabler sur ces cas exceptionnels. La chirurgie n'est pas une loterie.

Pour bien faire l'asepsie, il faut être attentif, soigneux, avoir conscience, que l'on soit le chef ou le plus modeste des serviteurs, de l'énorme responsabilité que l'on prend en s'en occupant, avoir conscience qu'en fait d'asepsie il n'y a rien de négligeable, qu'en omettant un détail en apparence insignifiant on peut tuer un malade, qu'il ne faut pas craindre sa peine et cependant savoir se faire aider et bien prendre ses dispositions de façon à ne pas perdre son temps, qu'il faut savoir demander quand on ne sait pas, ne pas se croire diminué par une observation et transformer en question personnelle ce qui ne peut être qu'une question de vie ou de mort pour ceux qui nous sont confiés.

Avant tout, observer scrupuleusement les questions de temps et de dosage variables suivant la nature des objets à stériliser et du procédé de stérilisation ; ne pas faire bouillir 1/4 d'heure ce qui doit être bouilli une heure, ne pas se contenter de 25 grammes quand il en faut 50, et de 100 degrés quand il en faut 150 ; veiller à ne pas contaminer ce qui est stérilisé, c'est-à-dire le transvaser, le découvrir le moins possible...

Les aides qui comprennent en ce sens leurs obligations ont droit à une affection toute spéciale de la part du chirurgien car c'est de leur bon vouloir, bien plus que de son habileté, que dépend le succès.

Dr Paul PETIT.

THÉRAPEUTIQUE

Sur l'insuffisance du traitement classique des bronchites.

N'est-il pas vrai de dire que le traitement classique des bronchites laisse beaucoup à désirer ? Véritablement, il n'a rien de scientifique. Calmer la toux, faciliter l'expectoration, sont des méthodes palliatives empiriques. Elles sont tombées aujourd'hui dans le domaine public, et quand les tousseurs vont chez le pharmacien chercher un sirop opiacé ou des pastilles de kermès, ils s'administrent eux-mêmes, sans le savoir, le traitement classique. Sommes-nous donc impuissants à *guérir* la bronchite, et faut-il l'abandonner aux seules forces de la nature ? Non, certainement, car nous prétendons, au contraire, que dans l'état actuel de la thérapeutique, le médecin peut agir énergiquement sur les lésions elles-mêmes.

Comment, en effet, se développe la bronchite ? Sous l'influence du froid le plus souvent, des troubles vaso-moteurs apparaissent sur la muqueuse aérienne ; la congestion se développe et avec elle les micro-organismes qui existent normalement dans les voies respiratoires. Bientôt ces micro-organismes augmentent par leur action nocive la congestion elle même, et la purulence apparaît.

Ainsi le développement des bronchites, et leur évolution plus ou moins dangereuse sont dus à la virulence plus ou moins grande des microbes pathogènes.

Dès lors, le traitement des bronchites aiguës ne doit-il pas s'inspirer avant tout, de cette notion bactériologique, et, tout en apaisant une toux excessive par les remèdes habituels, ne doit-il pas chercher à *guérir* la bronchite en s'attaquant directement aux agents pathogènes ?

Et certes, nous en avons la possibilité. Il suffit d'avoir recours aux effets antiseptiques et asséchants de la médication thiocolée.

Il y a quelques jours à peine, l'un de nos malades, sujet à des congestions pulmonaires répétées, venait nous consulter pour accès de toux.

Il avait un peu de fièvre le soir et l'expectoration était muco-purulente. Râles muqueux de gros calibre fort nombreux aux deux lobes inférieurs, et s'étendant au lobe moyen du poumon droit.

Avec la médication révulsive habituelle et une potion calmante pour la journée seulement, nous avons ordonné 6 comprimés de thiocol par jour.

Quatre jours après, nous sommes appelés à nouveau chez ce malade pour soigner sa fillette âgée de 5 ans 1/2 qui, après une nuit d'insomnie coupée par des accès de toux, présentait des râles sibilants et muqueux des deux côtés avec souffle bronchique dans l'angle scapulo-vertébral droit.

Le père, ausculté de nouveau, était nettement en voie de guérison. Il toussait très peu, n'expectorait plus et présentait à peine quelques râles muqueux très disséminés aux deux bases.

Or il commençait seulement un second tube de comprimés. L'enfant fut mise aussitôt à la même

médication et dut prendre 5 cuillerées à café par jour de sirop Roche au thiocol.

Trois jours après, le père était *entièrement guéri* sans qu'il restât la moindre trace inflammatoire dans ses poumons (il a pris en tout 2 tubes de comprimés). Quant à la fillette, elle fut définitivement remise en 5 jours de traitement.

Nous avons observé un grand nombre de faits analogues, et toujours les comprimés de thiocol chez les adultes à la dose de 6 par jour, et le sirop Roche chez les enfants, ont amené la guérison complète de la bronchite aiguë en une semaine environ. Les malades ne renouvelaient pas la potion sédative de début souvent négligée par nous-mêmes, et le thiocol suffisait à calmer la toux, tarir l'expectoration, abattre la fièvre.

Il nous a semblé cependant qu'en général, le sirop Roche était peut-être plus actif que les comprimés. Mais comme il s'agit là d'une simple impression personnelle nous ne voulons pas insister.

Dans les bronchites chroniques c'est avant tout l'action asséchante des comprimés que nous observons. En 4 ou 5 jours, la purulence des crachats disparaît, ils se fluidifient, puis, devenus muqueux, ils se raréfient et se tarissent. Six comprimés par jour nous donnent dans ces cas des effets autrement énergiques que la terpine et le benzoate de soude, et n'ont pas comme ces remèdes des effets nuisibles sur les fonctions digestives.

Dans les bronchites dites *infectieuses spécifiques* (rougeole, coqueluche, grippe) nous préconisons l'usage des comprimés et du sirop de Roche. En dehors de l'amélioration rapide de l'affection bronchique, il nous paraît qu'ainsi les complications bronchopulmonaires ne sont plus à redouter.

Laissons donc définitivement de côté le traitement symptomatique des bronchites aiguës et chroniques. Le médecin moderne a mieux à faire et, s'il le veut, peut là encore être le maître de la situation.

Dr LEGENEY.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

Syndicat médical de la Nièvre

UNE CRISE ET SES ORIGINES.

(*Extrait d'un Compte rendu du Bureau*).

FAITS QUI ONT SUIVI LA SÉANCE DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE 1907 (UNION SYNDICALE *des Médecins de l'Assistance publique de la Nièvre*).

La séance du 8 août 1907 a été suivie d'un événement de la plus grande importance pour le Syndicat des médecins de la Nièvre, c'est la création d'un *groupement départemental des confrères attachés aux services d'Assistance de la Seine et de la Nièvre* (les uns adhérents du Syndicat, les autres n'en faisant pas partie) qui a pris finalement la dénomination d'UNION SYNDICALE DES MÉDECINS DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE LA NIÈVRE. Nous verrons, au cours de ce chapitre, comment s'est trouvée peu à peu justifiée cette extension de titre. Indiquons sommairement les principales dates et les principaux faits se rapportant à son développement.

La naissance en a été préparée par une circulaire privée, envoyée exclusivement aux médecins attachés aux services de l'Assistance de la Seine et de la Nièvre, et signée par les Dr J. SUBERT (Nevers) et COURTET (Châtillon-en-Bazois) en date du 19 août, quinze jours après l'Assemblée générale du Syndicat. (Voir Pièces justificatives n° I).

Une réunion préparatoire eut lieu le 29 août, à Nevers, au cours de laquelle fut élu le Conseil de l'Union Syndicale. Voici sous quelle forme ce fait fut annoncé dans un journal local. (Voir Pièces justificatives n° II).

La première réunion générale se fit le 7 octobre, à Nevers ; nous avons eu connaissance du compte rendu de cette réunion par une lettre du Dr J. SUBERT (Nevers) au journal le *Concours médical*, qui a paru à la date du 3 novembre dans le n° 44 (page 792 de ce journal) sous le titre de « UN NOUVEAU SYNDICAT ». Vu son importance et les nombreuses allusions faites par nous à ce compte rendu, que nous avons tout lieu de considérer comme officiel, nous le reproduisons aux Pièces justificatives de ce Bulletin (n° V).

La naissance de l'Union syndicale provoqua dans le journal le *Concours médical* une polémique entre adversaires et partisans du Libre choix du médecin pour les enfants assistés. N'était-ce pas là, en effet, pour tout le monde, la cause réelle, évidente, de la création de l'Union Syndicale :« POST HOC, ERGO PROPTER HOC ». Le Bureau du Syndicat des Médecins de la Nièvre l'a cru pendant longtemps, comme le croient encore assurément tous les membres de l'Union Syndicale qui ne sont pas dans le secret des dieux.

Les principaux articles de cette polémique sont :

DEUX LETTRES DU Dr GAUTHIER (de Saint-Benin-d'Azy), CORRESPONDANT DU CONCOURS MÉDICAL datées du 14 et du 24 septembre, parues le 29 septembre dans le journal le *Concours médical* (n° 39, p. 703).

UNE LETTRE DU Dr PELLERIN (de Neuilly-le-Réal (Allier), datée du 25 septembre, parue dans le *Concours médical* du 13 octobre (n° 41, page 738) ;

UNE LETTRE DU Dr J. SUBERT (de Nevers), avec titre « UN NOUVEAU SYNDICAT », datée du 23 octobre, parue dans le *Concours médical* du 3 novembre (n° 44, page 971) ;

UNE RÉPONSE A LA PRÉCÉDENTE, DU Dr DURAND (de Donzy), avec titre : « LE NOUVEAU SYNDICAT » datée du 5 novembre, parue le 24 novembre dans le *Concours médical*, (n° 47, page 844) ;

UNE AUTRE LETTRE DU Dr DURAND (de Donzy), datée du 25 octobre et qui n'a paru — par oubli — que dans le *Concours médical* du 8 décembre (n° 49, page 878) ;

COMPTE-RENDU DE LA DISCUSSION SUR L'UNION SYNDICALE au SOU MÉDICAL à l'occasion de l'Assemblée générale annuelle du CONCOURS MÉDICAL et du SOU MÉDICAL, paru dans le journal le *Concours médical*, du 1er décembre (n° 48, page 856).

Le Bureau du Syndicat des Médecins de la Nièvre a naturellement pris connaissance de tous ces articles, intéressants à des degrés divers, grâce auxquels, en tout cas, il a pu se faire une idée plus précise des difficultés de tous genres que présentait l'application aux services de l'Assistance de la Seine et de la Nièvre de la formule du *Libre choix*.

Sans doute, comme tout le monde — tous ceux, nous voulons dire, qui peuvent s'intéresser

à cette question locale — il chercherait encore à arranger cette fameuse affaire du Libre choix et à trouver une base d'entente entre ses partisans et ses détracteurs, si deux lettres du Dr J. SUBERT (de Nevers) adressées au Président du Syndicat des Médecins de la Nièvre à la date du 29 août 1907 (voir Pièces justificatives n° III et IV), ne lui avaient ouvert — notamment la seconde, n° IV — des aperçus entièrement nouveaux.

Il lui fut facile de comprendre — dès que son attention fut attirée sur cette lettre — que la question de l'Union Syndicale n'était liée qu'accidentellement à celle du Libre choix, et qu'elle avait en réalité des causes plus délicates et plus complexes.

Dès qu'il en fut convaincu, il jugea que son devoir strict était de signaler à tous ses adhérents les faits parvenus à sa connaissance. Ces faits sont décrits dans leur ordre chronologique dans l'étude qui va suivre, dont les termes ont été après lecture approuvés par les membres du Bureau syndical (réunion du Bureau du 23 décembre 1907).

L'Union syndicale telle qu'elle est.

En présence des conséquences si regrettables qu'a eues et qu'aura, pour l'ensemble du Corps médical nivernais, la création de l'Union Syndicale, le Bureau du Syndicat des médecins de la Nièvre ressentirait aujourd'hui les plus vifs regrets d'avoir demandé à ses adhérents leur avis sur la question du Libre choix du médecin *pour les enfants assistés de la Seine* et de la Nièvre, si le vote émis sur cette question était, comme tant de nos confrères le croient sans doute encore, la CAUSE VÉRITABLE de notre désaccord.

Mais, nous tenons de Monsieur le Dr Jules Subert (de Nevers) la confidence que le vote émis à cette séance n'est que le PRÉTEXTE de la création de l'Union Syndicale, et comme notre confrère est le Secrétaire général de ce groupement qu'il a mis au monde, nous devons, semble-t-il, le croire sur parole.

Dès lors, notre responsabilité morale dans cette affaire disparaît complètement : dès lors aussi il nous paraît peu opportun de revenir longuement ici sur le fond même de la question posée devant notre Syndicat. Pour nous, la discussion est close. Adversaires et partisans du Libre choix nous ont également déclaré qu'ils considéraient cette motion comme un « VŒU TOUT PLATONIQUE » comme une « QUESTION DE PRINCIPE SANS APPLICATION IMMÉDIATE ». Laissons donc dormir en paix cette question de principe, en attendant — et ce n'est pas pour demain encore ! — qu'une loi donne aux enfants assistés, comme elle l'a donné aux accidentés le droit de faire choix, par l'intermédiaire de leurs parents nourriciers, de leur médecin habituel.

Laissons tout cela puisque ce n'était qu'un PRÉTEXTE, et que l'intérêt se limite aujourd'hui, pour nous, d'une façon exclusive, aux CONSÉQUENCES qu'a pour notre Syndicat cette cause toute occasionnelle de nos discordes ; recherchons plutôt quelle a été la *véritable cause* de la naissance de l'Union Syndicale. Nous sommes obligés de la rechercher. Monsieur le Dr Jules Subert n'ayant pas complété jusqu'à ce point ses confidences ; mais il a écrit, et il a agi, et, par l'examen dans leur ordre naturel, c'est-à-dire chronologique, de ses actes et de ses écrits, nous espérons pouvoir faire apparaître quel but il assignait à l'activité de l'Association qu'il fondait, et par conséquent POURQUOI IL L'A CRÉÉE. Or, nous avons besoin de le savoir pour décider si les deux fractions du Syndicat des médecins de la Nièvre peuvent continuer à vivre sous le même toit, ou si elles doivent se séparer.

Jusqu'ici, le Bureau Syndical, pour des raisons diverses, n'a pris, ni de près ni de loin, aucune part aux polémiques engagées à ce sujet. Placé dès le début en présence de faits accomplis, et accomplis dans des conditions telles (étant le fait de nos adhérents eux-mêmes, et aucun avertissement préalable ne nous ayant été donné) que nous ne pouvions songer qu'à PRENDRE ACTE, nous avons observé les événements ; quelques-uns ont blâmé ce rôle purement contemplatif ; ces impatients comprendront peut-être aujourd'hui que l'action ne nous eût amenés à rien, pas plus que la contemplation du reste, mais que celle-ci nous a tout au moins permis de voir les événements se dérouler dans leur ordre logique sans aucune de ces perturbations imprévues que toute polémique peut entraîner.

Aujourd'hui, notre devoir est de parler : nous n'avons plus le droit de nous en désintéresser plus longtemps. Si pénible que soit le résultat de nos observations, quelque répugnance que nous ayons à apprécier le fond de la querelle qui divise nos adhérents en deux camps, dans chacun desquels nous comptons des amis personnels et des confrères de la plus parfaite bonne foi, nous devons le faire, croyant du reste sincèrement qu'en le faisant, nous pouvons, dans une certaine mesure, amener une détente, et, en tout cas, couper court à des complications plus graves pour l'avenir.

Intervenons donc sans hésitation ; sortons le Syndicat des Médecins de la Nièvre de la situation équivoque et légèrement ridicule où il se trouve ; finissons-en avec toutes les fausses raisons dans lesquelles est empêtrée notre querelle de famille ; débarrassons la vérité de la plupart des voiles qui la recouvrent, pas de tous assurément ; nous la trouvons trop laide toute nue !

La discussion sur le *Libre choix du médecin pour les Enfants Assistés*, au cours de la séance du 8 août, n'avait laissé, dans l'esprit des membres du Bureau syndical, qu'un souvenir extrêmement vague. On le comprendra facilement, étant donné ce qu'en a dit plus haut (page 19) notre confrère, le Dr Gauthier (de Saint-Benin-d'Azy).

Les seuls points précis qui émergeaient pour nous de cette discussion étaient, avec le résultat du Referendum et le vote de l'Assemblée, les réponses écrites faites par ceux de nos confrères, médecins de services d'assistance qui, connaissant bien la question, avaient pris la peine de nous l'exposer. Deux d'entre elles, celles du Dr CHARPENTIER père (de Prémery) et du Dr LAURENT (de Saint-Saulge), plus complètes, plus pondérées, plus démonstratives par conséquent, avaient été lues en Assemblée générale ; bien qu'elles n'eussent pas assurément modifié la manière de voir des partisans du *Libre choix*, ces derniers n'en avaient pas moins témoigné, leur déférence envers cette opinion qu'ils ne partageaient pas, en votant la publication de ces deux lettres dans le Bulletin du Syndicat.

Le Bureau syndical avait donc des bases solides et précises pour la rédaction d'un rapport documenté sur la question et sa conclusion finale était en somme problématique.

Sans doute, en effet, soit au Referendum, soit à l'Assemblée générale, le Libre choix avait la majorité ; mais nous n'avons jamais oublié de tenir compte mentalement de l'opinion de ceux de nos adhérents qui, soit par négligence, soit

pour toute autre raison, ne répondaient jamais au Referendum ; même en supposant, ce qui est assurément exact, que ce groupe, systématiquement indifférent à toute décision syndicale, n'eût pas été d'un appoint suffisant pour faire pencher la balance pour le STATU QUO, nous pouvons dire tout au moins que nous récusons tous, pour le jugement à porter sur ces questions professionnelles délicates, la loi brutale du nombre. Nous sommes médecins, et ayant à peser, d'un côté, les réponses documentées, mais en petit nombre, de nos confrères médecins des Enfants Assistés, d'autre part les avis, infiniment plus nombreux, de confrères sans expérience spéciale et dont l'opinion se résumait généralement dans un *oui* ou un *non*, nous nous serions souvenus, pour notre conclusion finale, de la sage maxime médicale : « PONDERANDÆ SUNT, NON NUMERANDÆ OBSERVATIONES ».

Tel était notre état d'esprit à la date du 21 août, quand, ce jour-là, c'est-à-dire dix-huit jours après l'Assemblée générale, nous apprîmes l'existence d'une circulaire adressée aux médecins inspecteurs de la Seine et de la Nièvre du département, par les Docteurs J. SUBERT (Nevers et COURTET (Châtillon).

Il n'est pas inutile de noter que ce fait était parvenu à notre connaissance d'une façon indirecte, par l'intermédiaire du Dr DURAND (de Donzy). M. le Dr J. SUBERT, qui eût pu facilement nous communiquer ce document (et qui eût dû le faire, puisque le Syndicat des Médecins de la Nièvre y était directement pris à partie) avait sans doute de bonnes raisons pour s'en dispenser, et il ne nous l'adressa que sur la réclamation du Président du Syndicat.

En le parcourant (voir Pièces justificatives no 1) nous y lûmes avec grande surprise les affirmations suivantes :

« *Les médecins de l'Assistance publique ont* « *trop souvent constaté que les groupements médi-* « *caux ne peuvent ou ne veulent prendre leur dé-* « *fense dans les difficultés qu'ils rencontrent.* « *Aujourd'hui, la situation s'aggrave encore, puis-* « *que nos fonctions laborieuses et modestes se* « *trouvent, elles-mêmes, menacées.*

....

« *Un vœu a été émis dans ce sens* (par le Syndi- « cat des Médecins de la Nièvre). *Ce vœu va être* « *transmis à Paris et des efforts seront faits pour* « *en imposer l'exécution à l'Administration, qui* « *sera en mauvaise posture pour nous défendre,* « *si, par notre silence et notre inaction, nous lais-* « *sons croire que nous sommes nous-mêmes par-* « *tisans d'une telle mesure.* »

....

« *Ne pensez-vous pas qu'il serait temps de nous unir.....*

« *Presque tous les ordres de fonctionnaires ont* « *déjà créé des organes de ce genre*..............

« *Nous pourrons alors répondre aux attaques —* « *le plus souvent imprécises, mais d'autant plus* « *perfides — contre lesquelles nous serons désar-* « *més tant que nous resterons isolés.* »...........

Notre surprise était grande, parce qu'aucune des réponses au Referendum que quelques confrères de l'Assistance avaient bien voulu nous faire — même celle très vive et très franche du Dr COURTET — n'avait pu nous faire présager un tel orage. Le Dr J. SUBERT, lui-même, dans sa réponse écrite, s'était borné à critiquer les termes suivant lesquels la question était posée, et il concluait tranquillement ainsi :

« *Il y a donc, peut-être, dans l'exposé de la* « *question dans le Referendum, une lacune dont* « *l'importance échappera aux confrères consultés ;* « *mais, comme le vote sera tout platonique, je* « *crois qu'il sera toujours temps de présenter* « *quelques remarques à l'Assemblée générale.* »

Comment donc expliquer la mise sur pieds, en moins de trois semaines, — véritable mobilisation ! — d'un groupement de confrères en nombre imposant et dispersés aux quatre coins du département ?

Quelque DEUS EX MACHINA était-il intervenu ? Ou bien est-ce la discussion elle-même, au cours de l'Assemblée générale, qui avait, à ce point, gâté les choses ? Mais sa confusion seule avait été notable, et nous n'avions remarqué aucun de ces incidents imprévus de séance qui auraient pu légitimer une telle réponse AB IRATO et SANS AUCUN PRÉLIMINAIRE DE CONCILIATION à un vote considéré par tous, quelques jours plus tôt, comme tout platonique et sans effet utile.

Qu'auraient dû faire nos confrères, médecins inspecteurs des services de l'assistance, — nous disions-nous — s'ils se croyaient menacés sérieusement, ou sur le point de l'être, par le Syndicat, et s'ils avaient décidé de se mettre à l'abri de toute attaque ultérieure ? Ils devaient AGIR EN SYNDIQUÉS, en appeler au Bureau du Syndicat, lui envoyer, après s'être groupés et entendus, l'expression aussi ferme qu'ils le désiraient de leur mécontentement, faire, en un mot, franchement toutes les représentations, qu'ils auraient jugé utile au sujet des mauvais procédés dont ils croyaient avoir à se plaindre, etc., etc. Si, dans ces conditions, le Bureau syndical eût passé outre, s'il n'eût pas tenu un compte suffisant des objections, s'il n'eût pas donné par exemple, la garantie qu'à l'avenir la question des services d'enfants assistés serait « TERRAIN RÉSERVÉ », alors il eût sans doute mis les torts de son côté ; il eût, en tout cas, autorisé des représailles, dont la première en date était, assurément, l'envoi de la démission de membre adhérent du Syndicat, ainsi que l'avait pensé et loyalement proposé notre confrère LAURENT (de Saint-Saulge) au cours de l'Assemblée générale.

Mais n'insistons pas inutilement sur ce qui aurait pu et dû être fait, et continuons à noter les faits.

Quelques jours après l'envoi de la circulaire en question, le Dr J. SUBERT nous notifiait officiellement (voir Pièces justificatives no III) « *la création dans notre Département, d'un nou-* « *veau groupement professionnel,* L'UNION SYN- « DICALE DES MÉDECINS CHARGÉS DES SERVI- « CES DE L'ASSISTANCE DE LA SEINE ET DE LA « NIÈVRE, *dont le but sera la défense des intérêts* « *particuliers de ses adhérents.*

« *Je suis chargé* — ajoutait-il — *de vous an-* « *noncer que ce nouveau groupement, au but dif-* « *férent de celui du Syndicat des Médecins de la* « *Nièvre, dont la plupart des membres de l'Union* « *syndicale font partie,* N'ENTEND EN AUCUNE « FAÇON S'ÉCARTER DE L'ÉTUDE PARTICULIÈRE « DES QUESTIONS DE L'ASSISTANCE, *et qu'il n'est* « *animé* D'AUCUN ESPRIT D'HOSTILITÉ *contre une* « *Association telle que le Syndicat.* »

Ainsi, donc, il était bien entendu (et nous en étions informés officiellement par le Secrétaire général de l'Union), que ce groupement nouveau n'était pas un ennemi, qu'il limiterait son activité, d'une façon exclusive, aux questions d'Assistance — ET DE QUELLE ASSISTANCE ? ASSURÉMENT DE L'ASSISTANCE DE LA SEINE ET DE LA NIÈVRE, PUISQUE PERSONNE N'AVAIT ENTENDU PARLER D'UNE AUTRE ! L'Union était donc, à proprement parler, une FILIALE du Syndicat des Médecins de la Nièvre !

Ces déclarations formelles étaient corrobo-

rées encore, comme si cela eût été utile, par les suivantes, cueillies dans une seconde lettre du même Secrétaire général, au même Président du Syndicat, datée du même jour, 29 août (voir Pièces justificatives n° IV).

« *Je demanderai au critique de ne pas nous « juger à notre premier cri, qui a servi de ralliement* à tous les médecins de l'A. *mais* D'ATTENDRE NOS PREMIERS ACTES QUI VOUS PROUVERONT QUE NOTRE ŒUVRE NE SERA POINT DIRIGÉE CONTRE LE SYNDICAT, *mais le remplacera là où il nous fait défaut* ».

Nous avouons bien sincèrement qu'aucun de nous, au Bureau du Syndicat, n'a l'esprit combatif ; aussi, comment n'aurions-nous pas accueilli avec satisfaction, après avoir cru à une ouverture d'hostilités, des déclarations aussi nettes, aussi amicales, aussi pacifiques !

Pourquoi n'aurions-nous pas pu faire bon ménage avec une Union syndicale agissant parallèlement avec le Syndicat des médecins de la Nièvre, s'occupant spécialement d'intérêts particuliers de quelques-uns de nos adhérents ? Seule conséquence fâcheuse, pour quelques autres, la question de *Liberté du choix du médecin pour les Enfants Assistés* était désormais réservée ; mais les explications données plus haut prouvent qu'elle n'avait pas, pour nous, une importance *pratique* bien grande.

Il ne nous restait donc qu'à « ATTENDRE LES PREMIERS ACTES » annoncés par M. le Secrétaire général de l'Union, et, persuadés qu'ils ne pouvaient être que pacifiques et amicaux, nous ne fîmes même pas attention, à ce moment, à la phrase suivante de la même lettre:

« *Le* VOTE ÉMIS *n'a pas été la goutte d'eau qui « a fait déborder le vase, mais le* PRÉTEXTE ATTENDU *de songer à* DÉFENDRE D'ABORD, *à* AMÉLIORER ENSUITE *nos intérêts de médecins « de l'Assistance* ».

Cette phrase est capitale cependant, et résume d'une façon nette et précise toute l'œuvre de M. le Dr J. SUBERT : mais ce n'est que plus de deux mois après, quand nous eûmes des raisons d'être fixés définitivement sur la sincérité des promesses tombées de la plume de M. le secrétaire général, le 29 août, qu'à une plus attentive lecture, son sens exact nous fut révélé ; alors seulement nous pûmes commencer à noter, pour le présent et pour l'avenir, la réalisation des conséquences qu'elle comportait logiquement.

Ce fut le compte rendu de la première réunion générale de l'Union, en date du 23 octobre paru dans le *Concours médical* du 3 novembre (voir Pièces justificatives, n° V) qui nous dessilla ainsi les yeux. Qu'y voyons-nous, en effet ?

Tout d'abord, les différents confrères qui y ont exposé des vœux se sont limités généralement à des questions concernant bien l'Assistance de la Seine ou de la Nièvre (nous en jugeons ainsi tout au moins, dans la mesure que peut permettre la concision du compte rendu en ce qui les concerne).

Le Dr BILLARD traite « de l'*inscription des « nourrissons sur la liste de l'Assistance médicale « gratuite* » — le Dr CHARPENTIER père « *des « visites décadaires de la Seine* ».

De même plus loin, pour les questions restant à l'ordre du jour :

« *Formation d'un Conseil de discipline* » (Dr LEBŒUF) ; *Unification et répartition des Circonscriptions médicales* » (Dr MAURION) ; « *Placement et déplacement des Enfants assistés de la « Seine* » (Dr VALERY).

De même les vœux à transmettre au Conseil supérieur de la Protection des Enfants du 1er âge ;

« *Moyens à employer, pour empêcher le placement frauduleux des nourrices sur lieu* ».

« *Améliorations à apporter aux certificats médicaux délivrés aux nourrices.* »

Nous ne voyons vraiment que des avantages à ce que des questions aussi spéciales soient traitées par un groupement spécial de nos adhérents.

Mais, nous constatons en même temps que les questions soulevées par M. le Dr J. SUBERT sortent au contraire du cadre qu'il a fixé lui-même à l'activité de son Union ; lui seul a engagé sa parole, ce sont les autres qui la tiennent !

Qu'il parle des « MÉDECINS ATTACHÉS A « L'ADMINISTRATION DÉPARTEMENTALE ET DES « CHEMINS DE FER DÉPARTEMENTAUX », assurément, nous n'avons rien à y voir, mais quand nous le voyons se présenter à ses confrères portant dans ses bras le PROGRAMME COMPLET DE L'ADMINISTRATION, tout pénétré qu'il est de l'importance qu'aura pour lui un jour ce nouveau-né d'une si belle venue, nous serions vraiment curieux de savoir si, dans son âme et conscience, il estime QU'IL N'ENTEND S'ÉCARTER EN AUCUNE FAÇON DE L'ÉTUDE PARTICULIÈRE DES QUESTIONS DE L'ASSISTANCE DE LA SEINE ET DE LA NIÈVRE, s'il se souvient alors qu'il nous a écrit : « QUE SES PREMIERS ACTES NOUS PROUVERAIENT QUE SON ŒUVRE N'EST PAS DIRIGÉE CONTRE LE SYNDICAT ! »

Le rapport dont il donne lecture occupe la presque totalité du compte rendu : C'est le plat de résistance de la Réunion. Il a pour objet d'exposer le « *Vœu tendant à confier aux médecins de la Protection les autres services de l'Assistance* » — « *de montrer qu'il est juste et prudent de rassembler les mêmes services sur la « même tête* ».

En somme le Dr J. SUBERT nous donne simplement lecture du Programme de l'Administration, qui est, comme peu l'ignorent, de centraliser sur des médecins de circonscriptions, tous les services de médecine administrative créés ou à créer dans la Nièvre, et dont l'énumération est donnée de la façon suivante :

« La VACCINATION,

« La SURVEILLANCE DES CRÈCHES,

« La PROTECTION DES ENFANTS DU PREMIER AGE (*consultation des nourrissons*),

« ENFANTS SECOURUS DU PREMIER AGE,

« PUPILLES DE L'ADMINISTRATION,

« ASSISTANCE MÉDICALE GRATUITE,

« ASSISTANCE AUX INFIRMES INCURABLES (assimilés aux enfants assistés).

« ASSISTANCE AUX VIEILLARDS.

« Et quand le médecin sera cantonal :

« HOSPICE CANTONAL.

« PROPHYLAXIE ANTIÉPIDÉMIQUE,

« MATERNITÉ,

« HYGIÈNE et SANTÉ PUBLIQUES ».

Le seul vœu qui appartienne en propre au Dr Subert est que ces services soient réunis sur la tête des *Médecins de la protection* c'est-à-dire des membres de l'*Union Syndicale*.

Nous n'avons pas assurément, ici, à critiquer ce programme administratif, fort beau du reste sur le papier ; encore moins pensons-nous à discuter le droit qu'a l'Administration de choisir ses collaborateurs « EN FAISANT, ELLE AUSSI, SON « LIBRE CHOIX ». Non : notre ambition est moins haute ; NOUS SOMMES SIMPLEMENT ICI ENTRE SYNDIQUÉS, ET NOUS DEVONS MAINTENANT RECHERCHER SI LE Dr J. SUBERT A AGI, DANS LA CIRCONSTANCE, EN BON SYNDIQUÉ.

Or, il n'ignore pas assurément que de nombreux praticiens de la Nièvre seraient heureux de concourir à l'exécution de ce programme, quoi qu'ils ne puissent pas faire partie de l'U-

nion syndicale n'étant pas médecins de la protection ; non seulement ce serait leur intérêt, mais ce serait aussi l'intérêt des services à organiser, car le Dr J. SUBERT n'exagère rien en avançant que ce nouveau travail, ajouté à celui que donne déjà la Protection, sera un « LOURD FARDEAU » (bien lourd assurément s'il ne peut compter, pour trouver les forces nécessaires à le réaliser, que sur « LA CONSCIENCE TRANQUILLE DU DEVOIR ACCOMPLI » (?)! La collaboration de confrères de bonne volonté, serait autrement efficace !

Sans doute, beaucoup de confrères indépendants que séduirait cette collaboration au programme de l'Administration s'enquerraient tout d'abord des conditions qui leur seraient proposées : TOUTE PEINE MÉRITE SALAIRE, ET LE SALAIRE DOIT ÊTRE PROPORTIONNÉ A LA PEINE ! alors peut-être n'auraient-ils pas grandes chances d'être agréés ; il n'en est pas moins vrai que le Dr J. SUBERT, en PRÉVENANT LEURS DÉMARCHES COMME IL L'A FAIT, en OFFRANT SES SERVICES A L'ADMINISTRATION EN DEHORS DU SYNDICAT DONT IL FAIT PARTIE, en DESSERVANT MÊME SES CONCURRENTS POSSIBLES par des insinuations, déplacées dans sa bouche, et que n'importe qui relèvera en relisant ce rapport, a accompli certainement une ŒUVRE DE DÉSUNION et que cette œuvre est, sans aucun doute possible, DIRIGÉE CONTRE LE SYNDICAT.

Mais, nous dira-t-on peut-être, c'est là une question d'appréciation individuelle ; c'est ainsi que le Bureau du Syndicat voit les choses, mais chacun est libre de penser différemment et d'une façon moins rigide. Nous en convenons parfaitement, et notre tolérance a toujours été trop grande (de même que celle de nos statuts) pour que nous puissions nous ériger ainsi — *sans raison* — en critique sévère. Mais quel témoignage plus convaincant pourrions-nous apporter contre cette façon du Dr J. SUBERT, d'interpréter le DEVOIR SYNDICAL que le témoignage du Dr J. SUBERT lui-même ?

Or, lui-même, avant d'avoir trouvé son CHEMIN DE DAMAS, envoya au Président du Syndicat, à la date du 14 décembre 1906, en réponse à une question posée en Referendum « *opportunité d'une modification aux statuts de notre* « *Syndicat avec sanctions plus rigoureuses* » un plan complet d'organisation syndicale où nous relevons ce qui suit :

« 4° *Amélioration de la Situation.*

« *Substitution du Syndicat aux confrères dans* « *toutes les questions d'ordre général* : OBLIGATION « IMPÉRATIVE *de ne* POINT ENTRER EN RELATION « *avec les* COMMUNES *ou le* DÉPARTEMENT *ou les* « SOCIÉTÉS *pour l'adoption d'une* MESURE *ou* « *d'un tarif. Le syndicat, en ces circonstances,* « *traite au nom ou pour les intéressés qui s'en-* « *gagent à le laisser juge de la situation et lui don-* « *nent pleins pouvoirs.* »

Ainsi donc, dans le programme syndical que rêvait le Dr J. SUBERT fin 1906, entrait l'OBLIGATION IMPÉRATIVE, pour un syndiqué, de ne pas ENTRER EN RELATION AVEC LE DÉPARTEMENT pour L'ADOPTION D'UNE MESURE, et c'était le Syndicat qui devait, en ces circonstances, traiter au nom des intéressés ! Quel irréprochable syndiqué et quel excellent président de notre Syndicat il eût fait alors ! QUANTUM MUTATUS AB ILLO !

N'insistons pas davantage, et retenons simplement, pour en tirer plus tard le parti utile, que l'œuvre du Dr J. Subert est *essentiellement antisyndicale*, et que, d'autre part, l'Assemblée générale de l'*Union syndicale*, en « *décidant, après* « *une courte discussion, et sur la proposition de M.* « *le Dr* PAILLARD (*de Varzy*), *qu'elle approuvait* « *en principe les conclusions du rapporteur, et* « *qu'elle priait l'Administration départementale* « *de vouloir bien mettre la question à l'étude dès* « *qu'il lui serait possible* », s'est bien, à ce moment précis, OFFICIELLEMENT SOLIDARISÉE AVEC SON SECRÉTAIRE GÉNÉRAL.

Chercherons-nous maintenant à montrer que le Docteur J. SUBERT était, en la circonstance ci-dessus, en contradiction, non seulement avec ses convictions de fin 1906, mais aussi avec les termes de sa lettre du 29 août adressée au Président du Syndicat, et lui affirmant : « *que ses pre-* « *miers actes nous prouveraient que son œuvre ne* « *sera point dirigée contre le Syndicat* ».

Non, assurément, car nous aurions moins de succès, cette lettre ayant de quoi parer à la double éventualité. Sans doute, elle affirme que le Syndicat sera soigneusement respecté, mais elle laisse entendre aussi qu'il sera attaqué ; elle contient, en effet, la précieuse phrase : « *Le* VOTE « ÉMIS *n'a pas été la goutte d'eau qui fait déborder* « *le vase, mais le* PRÉTEXTE ATTENDU *de songer à* « DÉFENDRE D'ABORD, *à* AMÉLIORER ENSUITE « *nos intérêts de médecins de l'Assistance* » ; et nous allons assister maintenant à la réalisation du programme qui y est tracé.

Le VOTE ÉMIS n'était qu'un PRÉTEXTE. Quand, dans la circulaire du 19 août, le Dr J. SUBERT se lamentait, jetait les hauts cris, ce n'était pas qu'il crût avoir à redouter du Syndicat rien de sérieux ; il commençait simplement l'exécution d'un plan ARRÊTÉ A L'AVANCE SANS DOUTE, puisque le prétexte était ATTENDU. Le prétexte une fois trouvé, il importait d'aller vite ; l'occasion n'a qu'un cheveu ! ainsi s'explique la rapidité et le secret apportés à la création de l'Union Syndicale. De même, nous voyons que, jusqu'à sa première réunion générale, l'Union syndicale avait DÉFENDU D'ABORD les intérêts particuliers de ses membres ; sa mise au jour, à elle seule, sous les auspices de l'Administration, suffisait à ce résultat. Mais, en se ralliant aux conclusions du rapport du Dr J. Subert, elle allait s'occuper d'AMÉLIORER ENSUITE ses intérêts, en soulevant sans plus tarder la grosse question de l'ASSISTANCE MÉDICALE GRATUITE DÉPARTEMENTALE.

Ce n'est pas sans un certain embarras que notre confrère explique la légitimité de l'accaparement pour le compte de l'*Union Syndicale* de ce gros service départemental, régi depuis sa création, à la satisfaction générale des Praticiens du département, par le SYSTÈME DE LA LIBERTÉ DU CHOIX DU MÉDECIN PAR L'ASSISTÉ, OU SYSTÈME A LA VISITE AVEC INDEMNITÉ DE DÉPLACEMENT, et voici comment il s'exprime à ce sujet, après avoir énuméré tous les services administratifs prévus :

« *Ce sont là, en effet, les divisions prévues. L'ac-* « *cumulation de quelques-unes avec le service de* « *la Protection s'impose d'elle-même ; pour d'au-* « *tres, la relation est moins visible : l'Assistance* « *médicale gratuite par exemple.* »

La relation logique n'est nullement visible, en effet, à moins que l'on ne convienne au préalable que tout service médical auquel on pourra appliquer l'étiquette ASSISTANCE reviendra de droit aux médecins de la Protection. Mais il n'y en a pas moins cependant une relation bien apparente pour nous entre les projets de réorganisation et l'arrivée de l'Assistance médicale gratuite sur la sellette.

En la voyant ainsi amener sur le tapis de l'Union Syndicale par le Dr J. SUBERT, nous avons bien la sensation d'être sortis des prétextes et de toucher au cœur du sujet. Cette vieille

connaissance du Syndicat des médecins de la Nièvre, dont elle suffirait, à elle seule, à entretenir l'existence, étant données les nombreuses propositions auxquelles elle donnait lieu annuellement, cette POMME DE DISCORDE entre les Conseils généraux et les Syndicats médicaux de France, la voilà donc en personne dans le débat — bien empêchée, elle, de pouvoir faire son Libre choix ! — et destinée assurément à être enfin découpée en tranches, — pardon en circonscriptions médicales — à telle enseigne que le compte rendu de la Réunion nous fait assister aux préliminaires du partage ; on s'inquiète des dimensions à donner aux tranches : « *les confrères* « *sont en outre priés de répondre aux questions* « *ci-dessous* :

« *Au cas possible où le Conseil général de la* « *Nièvre, par mesure d'économie, et en vue de* « *mieux assurer le service de l'Assistance médicale* « *gratuite, voudrait confier, comme la Loi en donne* « *droit, aux seuls médecins de la Protection la* « *charge du service* :

« 1° *Dans quelle mesure pourriez-vous l'assurer* !

« 2° *Le périmètre kilométrique où vous assurez* « *la Protection des Enfants du premier âge vous* « *paraît-il convenir à cette extension* ?

« 3° *Dans la négative, quelles modifications* « *territoriales vous paraîtraient utiles* ?

« 4° *Quels seraient les avantages que, selon vous,* « *les Pouvoirs publics retireraient de cette réorga-* « *nisation* ?

Cette réorganisation, escomptée par le Dr J. SUBERT, cette substitution, fort probable on en conviendra, du SYSTÈME DES CIRCONSCRIPTIONS à celui de la LIBERTÉ DU CHOIX est assurément un fait important, un fait grave pour nombre de confrères. Mais pour le Dr J. SUBERT, c'est MOINS QUE RIEN, et il le déclare tout de suite dans sa lettre au *Concours médical* du 3 novembre (page 791).

« *La situation n'est pas aussi grave que votre* « *correspondant* (le Dr *Gauthier, de* Saint-Benin-« d'Azy) *se l'imagine. Je pourrais donner comme* « *titre à ma réponse*: « *Une tempête dans un verre* « *d'eau* » *ou* « *Beaucoup de bruit pour rien* » *ou* « *encore* « *La grenouille qui veut se faire aussi* « *grosse que le bœuf.* »

Cette différence d'appréciation du même fait est logique. L'aimable désinvolture avec laquelle ce jeune confrère traite cette grosse affaire tout du long de sa lettre n'est pas pour nous surprendre ; nous pensons bien que la réorganisation en question ne sera pas dommageable pour ses intérêts. Mais nous sommes moins rassurés sur le compte de ceux de nos confrères qui, n'étant pas médecins de la Protection, ou manquant de ce qu'il faudra pour le devenir, ne pourront profiter des faveurs monopolisées par l'Union Syndicale. Pour AMÉLIORER LA SITUATION des uns, ne faudra-t-il pas, en ce qui concerne l'Assistance médicale gratuite, service existant déjà, déposséder les autres ?

***

Nous voici arrivés aux termes de nos recherches. Le Dr J. SUBERT nous a appris que le VOTE ÉMIS n'était que le PRÉTEXTE de la création de l'Union, Il nous a montré de plus quelle en était la VÉRITABLE CAUSE ; par les aperçus qu'il nous a ouverts sur le programme administratif — PROGRAMME BIEN ANTÉRIEUR A L'UNION SYNDICALE et dont nous n'ignorions pas l'existence, ni même les grandes lignes — par l'énumération des GARANTIES qu'EXIGERAIT L'ADMINISTRATION de ses collaborateurs futurs, nous avons compris facilement que l'Union Syndicale avait été créée dans le but précis de fournir à l'Administration « LE ROUAGE NOUVEAU » nécessaire à « UNE SITUATION NOUVELLE » et que, si elle s'est recrutée parmi les médecins de l'Assistance de la Seine et de la Nièvre, c'est parce qu'ils étaient naturellement désignés pour ces fonctions «....... *il vous semblera que les mêmes* « *raisons qui vous ont fait choisir pour être méde-* « *cins de la Protection seront une indication pour* « *vous confier celles nouvelles, qui augmenteront,* « *certes, un fardeau déjà lourd* : *mais pour le ser-* « *vice duquel vous trouverez les forces nécessaires* « *dans la conscience tranquille du devoir accompli.* »

En cours de route, nous avons vu entraîner dans ce mouvement général de mise en circonscriptions l'Assistance médicale gratuite « RELATION MOINS VISIBLE ». C'est à ses dépens que se fera l'accord, et la relation devient ainsi apparente.

Nous désirerions vivement — puisque nous parlons de choses futures — être mauvais prophètes, mais nous avons tout lieu de craindre en effet que les frais de la réorganisation ne soient payés par les PRATICIENS INDÉPENDANTS, ceux que désigne le Dr J. SUBERT, au cours de son Rapport, disant qu'ils « SE CONTENTENT DE « RESTER OBSERVATEURS INDIFFÉRENTS OU « HOSTILES A L'EXÉCUTION DES LOIS », qu'ils « NE SE PLIENT PAS AUX EXIGENCES DES LOIS « ET RÈGLEMENTS », les mêmes probablement, aussi qui « SOUVENT CANALISENT LES ASSISTÉS ».

Ces confrères, dont le plus grand tort assurément est de ne pas faire partie de la Protection, ne seront-ils pas en effet privés des honoraires légitimes qui leur revenaient avec le SYSTÈME DU LIBRE CHOIX, et ces honoraires ne seront-ils pas reportés, grâce au SYSTÈME DES CIRCONSCRIPTIONS, sur la tête des confrères de l'Union Syndicale?

***

Au cours de ce long EXPOSÉ DE FAITS, nous nous sommes abstenus de toute appréciation personnelle, soit des faits eux-mêmes, soit de leurs acteurs : c'eût été, bien inutilement, diminuer la valeur de nos constatations, et perdre notre temps.

Nous ne devrions donc même pas nous expliquer sur l'insistance avec laquelle le nom de M. le Dr J. SUBERT (de Nevers) revient sous notre plume ; elle n'est nullement proportionnée à l'importance que nous attribuons à sa personnalité dans cette affaire, ni l'indice d'une animosité particulière contre lui. Le Dr J. SUBERT a provoqué la création de l'Union, il en est le Secrétaire général ; dans le spectacle qu'il nous offre depuis le mois d'août dernier, c'est lui qui est l'unique et infatigable figurant ; faisant des prédictions à l'Assemblée générale du Syndicat ; rédigeant la circulaire du 19 août ; donnant des explications au *Concours médical* sur « UN NOUVEAU SYNDICAT » ; présentant à la première réunion générale de l'Union le programme de l'Administration ; entretenant avec le Président du Syndicat une correspondance instructive, et qu'il ne demandait qu'à rendre copieuse ; aidant et stimulant ainsi, alternativement et, avec la plus louable impartialité, amis et adversaires. Lui seul paraissant sur la scène, nous n'avions aucune raison — NE NOUS OCCUPANT QUE DES FAITS, ET NON DE CEUX QUI LES PROVOQUENT — pour aller regarder dans la coulisse.

En bonne justice, nous lui devons même des remerciements pour nous avoir ainsi glissé dans la main le FIL D'ARIANE qui nous a permis de traverser ce LABYRINTHE sans nous y égarer, et aussi pour nous avoir autorisé à publier dans le présent Bulletin toute sa correspondance avec le Bureau du Syndicat :

« *Je suis trop ami,— nous a-t-il écrit— des res-*

« *ponsabilités bien établies pour ne pas accéder* « *à votre désir* ».

Sa responsabilité est-elle bien établie ? A nos adhérents d'en juger.

CONCLUSION

Et maintenant, revenons au *Syndicat des Médecins de la Nièvre* ; qu'allons-nous en faire ?

RECHERCHERONS-NOUS DES RESPONSABILITÉS ? Aucunement ; les statuts de notre Syndicat sont assez anodins pour permettre toutes les fantaisies ; aucun engagement spécial n'a été demandé aux adhérents, donc pas de sanction possible.

TENTERONS-NOUS — UNE FOIS DISSIPÉ LE MALENTENDU ORIGINEL QUI A SÉPARÉ NOS ADHÉRENTS — DE LES GROUPER A NOUVEAU ? Ce serait avec grand plaisir, mais la chose nous paraît impossible. De franches explications, en temps opportun, auraient sans doute empêché la formation de l'UNION DU Dr SUBERT ; auraient pu, tout au moins, limiter son action à la DÉFENSIVE, mais une fois constituée sur les bases indiquées, nous ne voyons pas qu'il soit opportun ni pour nous, ni surtout pour ses adhérents — de songer à la rompre. Nous pouvions prévenir — si l'on nous en eût laissé le loisir — nous ne pouvons plus guérir, et ce n'est pas, certes, dans cet espoir, que nous avons rapporté ici le FAIT NOUVEAU. SA SEULE UTILITÉ SERA, et nous l'espérons vivement, de MODIFIER NOTABLEMENT L'OPINION DE NOS CONFRÈRES DISSIDENTS SUR LES PREMIERS TORTS DU SYNDICAT ENVERS EUX, ET PAR CONSÉQUENT SUR LA LÉGITIMITÉ DE LEUR OFFENSIVE.

ALLONS-NOUS TOUT AU MOINS, RÉCRIMINER SUR LES ÉVÉNEMENTS DONT EST LE JOUET NOTRE SYNDICAT ? A quoi bon ! Quand une entreprise de désunion de ce genre réussit aussi facilement, ne faut-il pas en conclure que le lien d'union était bien fragile ! Quand des confrères aussi pondérés et d'aussi bonne foi que nombre de ceux que nous voyons dans les rangs de l'Union, admettent si facilement des griefs qui nous paraissent à nous non motivés, quand, des deux côtés, on en arrive, du jour au lendemain, à se prononcer sur les mêmes faits d'une façon si dissemblable, à s'accuser mutuellement de si mauvais procédés, de déloyauté, etc., etc., ne doit-on pas penser que, des deux côtés sans doute, il y a d'autres torts, et qu'une insuffisante tolérance journalière a, depuis longtemps, engendré, sur bien des points, une défiance réciproque que l'INTÉRÊT est venu, accidentellement, exaspérer?

Nous ne voyons donc qu'un point sur lequel nous pouvons facilement être d'accord avec l'Union syndicale, c'est que le SYNDICAT DES MÉDECINS DE LA NIÈVRE et l'UNION SYNDICALE DES MÉDECINS DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE NE PEUVENT DÉSORMAIS AVOIR UNE EXISTENCE COMMUNE.

Déjà, dans ses lettres au *Concours médical* (n° 39, page 705), notre confrère GAUTHIER (de Saint-Benin-d'Azy) avait noté une divergence complète de tendances : « *Jusqu'ici, on avait cru*, dit-il, *dans le Corps médical, qu'un Syndicat devait nous protéger contre les Corporations, Assu-* « *rances, Mutualités, Administrations publiques* « *et privées*........... *Vous, vous voulez que les* « *Administrations vous protègent contre le Syn-* « *dicat* ».

Nous espérons avoir démontré surabondamment, au cours de l'exposé de faits ci-dessus, que cette appréciation est entièrement juste et que l'UNION SYNDICALE EST DIRECTEMENT DIRIGÉE CONTRE LE SYNDICAT DES MÉDECINS DE LA NIÈVRE. Les deux groupements doivent donc se séparer : comment rester sous un toit commun où la proximité, du reste, créerait des causes journalières de querelles ? Le divorce s'impose, puisque, dans le ménage mal assorti que nous formons aujourd'hui, règne une complète incompatibilité de tendances, et que ni l'un ni l'autre des conjoints ne veut ni ne peut céder.

COMMENT DONC DOIT SE FAIRE LA SÉPARATION ?

Il semblera à quelques-uns que cette question n'aurait même pas dû se poser ; nos confrères de la Protection, diront-ils, croyant avoir à se plaindre du Syndicat, et s'étant mis sur la défensive d'abord, puis ayant pris l'offensive, auraient dû — à l'occasion de cette seconde attitude tout au moins — METTRE TOUS LEURS ACTES A L'UNISSON, ET ENVOYER LEURS DÉMISSIONS DE MEMBRES DU SYNDICAT.

Nous ne tenterons pas d'élucider ce problème ; nous nous en tiendrons simplement à l'assurance qu'a donnée au Président du Syndicat l'honorable Président de l'Union Syndicale, que LA DÉCISION PRISE DE NE PAS DÉMISSIONNER ÉTAIT UN TÉMOIGNAGE AMICAL, UNE PREUVE QUE L'UNION N'AVAIT AUCUNE IDÉE D'HOSTILITÉ CONTRE LE SYNDICAT.

L'intention, certes, était courtoise ; nous ne pouvons qu'en remercier ceux de nos confrères de l'Union qui l'ont exprimée et nous ont donné ainsi, dans un moment difficile, une preuve de leur bonne confraternité.

Mais cette bonne intention ne peut prévaloir contre les faits ; elle était naturelle au moment où elle s'est manifestée ; elle ne le serait plus après les explications ci-dessus, que nous estimons vraiment trop claires pour ne pas modifier l'opinion de tous les confrères sincères.

Donc, puisque les membres de l'Union n'ont pas donné leur démission, et s'ils ne se ravisent maintenant — car pourquoi ne se raviseraient-ils pas aujourd'hui, mieux informés qu'ils vont être ? — il ne reste plus qu'une solution, c'est la DISSOLUTION DU SYNDICAT.

Le Bureau Syndical décide donc la réunion d'une Assemblée générale à l'effet de la prononcer, conformément à l'article XVII de nos statuts :

« LA DISSOLUTION DU SYNDICAT NE « POURRA ÊTRE PRONONCÉE QUE PAR « UNE ASSEMBLÉE GÉNÉRALE CONVO- « QUÉE A CET EFFET ET A LA MAJORITÉ « DES TROIS QUARTS DES VOTANTS ».

CORRESPONDANCE

Une cruelle leçon de prévoyance

31 janvier 1908.

Mon cher confrère de Grissac,

Votre fils qui est un de mes externes, a pu voir mourir récemment, dans mon service de l'Hôtel-Dieu, un de mes vieux camarades, avec qui j'ai concouru plusieurs fois jadis et qui n'est jamais arrivé au concours des hôpitaux, surtout à cause d'une difficulté physique qu'il avait pour écrire rapidement. J'ai fait remarquer à mes élèves combien cette fin lamentable sur un lit d'hôpital d'un ancien chef de clinique de la Faculté devait servir d'enseignement à la jeunesse médicale. Mais je voudrais que cet exemple ne fût pas perdu pour tous ceux qui débutent dans notre carrière. Voilà un brave garçon qui, à ses débuts, avait donné les plus belles espérances, qui avait été interne des hôpitaux et chef de clinique chirurgicale du professeur Trélat, et qui meurt à l'hôpital en laissant une veuve et une courageuse fille de 20 ans, dans la plus grande détresse.

Nous l'avons vu vendre successivement ses instruments, ses chers livres, son squelette articulé, etc., pour subvenir aux frais du ménage. Je passe sur des détails lamentables.

On ne saurait donc donner trop de publicité à ces faits : que les jeunes le sachent bien : tout arrive, et les vaincus de notre belle profession ne sont pas rares. Il faut donc, dès le début, s'affilier en prévision de mauvais jours, à vos nombreuses associations professionnelles, le *Sou médical*, le *Concours Médical*, association Lagoguey, Association des médecins de France, Association des médecins de la Seine, etc.

Bien cordialement,

Dr A. GUINARD.

Procédés de Compagnies d'assurances.

Mareuil, 16 janvier 1908.

Mon cher et très honoré Confrère,

On ne saurait croire de quelle ténacité font preuve les Sociétés d'assurances pour sauvegarder leurs intérêts particuliers.

Le libre choix du médecin les gêne. Vous verrez à la lecture de la circulaire que je joins à ma lettre, l'attitude qu'elles ont prise à cet égard.

Elles espèrent ainsi triompher et réduire à néant nos légitimes revendications. Pour cela tous les moyens leur sont bons.

Ma lettre a pour but de vous en faire connaître deux :

1° L'acceptation presque forcée d'une nomination préparée à l'avance, à votre nom, et cela sans qu'il y ait eu la moindre consultation préalable.

2° L'*intimidation* pour les victimes du travail qui seraient tentées de choisir leurs médecins.

L'accueil toujours si sympathique, si cordial, que j'ai reçu de vous, toutes les fois qu'il s'est agi de défendre par la plume les intérêts généraux de la profession, m'a encouragé à venir vous confier cette petite histoire personnelle qui n'a d'autre mérite que la solution expéditive que j'ai cru devoir lui apporter.

J'espère qu'en publiant cette lettre, on ne m'accusera pas de me tailler une réclame ou de vouloir jeter quelque éclat sur ma très modeste personnalité.

S'il ne s'était agi que d'un simple cas personnel, j'aurais gardé le silence.

Mais les questions que je ne fais qu'effleurer soulèvent un coin du rideau qui cache au public les agissements des Sociétés d'assurances.

J'ai pensé qu'à cet égard l'intérêt général était en jeu, et qu'il était bon que le corps médical fût éclairé comme je l'ai été moi-même, très incidemment d'ailleurs, afin que la majorité de mes confrères *indépendants* sache bien ce que les Sociétés pensent de nous et sur quels arguments spéciaux elles s'appuient pour détourner les malades, victimes du travail, de leurs cabinets.

J'ai reçu avant-hier une lettre de l'*Urbaine et la Seine* que je vous envoie.

Cette lettre m'informait qu'on avait jeté le dévolu sur moi (*quel honneur*, mon Dieu !) pour m'offrir le service médical dans ma circonscription.

Je répondis *illico* au Directeur de la Compagnie la lettre suivante :

« Monsieur le Directeur,

« Etant donné qu'en ce qui concerne tous accidents « du travail, la loi de 1898-1905, n'a entendu placer « en présence que deux individualités nettement dé« finies : le *Patron* et l'*Ouvrier*, j'ai l'honneur de vous « informer que je ne saurais à aucun titre accepter « l'offre que vous me faites d'assurer le service médi« cal dans ma circonscription.

« Le corps médical, de plus en plus conscient de ses « devoirs et de ses droits, n'a pas à connaître les com« pagnies quelles qu'elles soient, ni à engager de con« versation avec elles.

« Je vous retourne donc sous pli séparé votre let« tre de nomination, en vous exprimant tous mes re« grets de ne pouvoir vous être agréable, et en vous « rappelant ce grand principe de la liberté individuelle « que trop souvent on méconnaît ; le Droit impres« criptible qu'a tout homme de confier sa santé au « médecin de son choix.

« Veuillez...

Permettez-moi maintenant, mon cher Confrère, d'appeler votre attention sur la mentalité nouvelle des Sociétés d'assurances, mentalité qui s'est fait jour depuis que le corps médical a secoué ses vieux préjugés, marchant résolument à la conquête de ses droits.

Partout, en effet, grâce aux vaillants confrères qui, comme *Diverneresse*, ont mené le bon combat pour la défense des intérêts professionnels systématiquement foulés aux pieds par ces collectivités riches, puissantes, partout, dis-je sera reconnu le droit du malade de choisir son médecin.

Ces Sociétés, on le comprend, ne peuvent admettre un pareil principe qui, s'il était universellement admis (*il le sera pourtant, gardons-en le ferme espoir*), contribuerait à faire perdre aux Compagnies tout un stock de bénéfices dont, jusqu'à ce jour, le corps médical a fait seul tous les frais.

Aussi, ont-elles entrepris depuis quelque temps une campagne hostile au libre choix du médecin, pensant ainsi diffuser dans la masse des ouvriers des idées absolument contraires à celles que nous défendons, dans l'unique but de sauvegarder leurs finances compromises.

Il se publie à Paris un journal international des assurances qui a nom l'*Argus*, dont le siège est 2, rue de Châteaudun. Ce journal, très répandu dans le monde particulier des affaires, et qui est le porte-paroles officiel des Sociétés d'assurances, a publié récemment une circulaire spéciale, qui a été tirée à part, contre le libre choix du médecin par l'ouvrier.

Je ne sais si au *Concours* on a eu vent de l'affaire.

J'ai eu la bonne fortune d'entrer en possession de cette circulaire, parue dans l'*Argus* n° 1444, grâce à la bienveillance d'un de mes amis.

L'article étant trop long pour que j'en prenne une copie, j'ai prié mon ami de me prêter la circulaire et je vous l'adresse pour que vous en preniez connaissance. Vous voudrez bien me la renvoyer pour que je la restitue à son propriétaire.

Vous y verrez sur quels arguments ridicules on s'appuie pour persuader aux victimes du travail qui seraient tentées d'user de leur droit de choisir leurs médecins et leurs pharmaciens, que leur intérêt est de *s'adresser au médecin attitré d'une Compagnie*

L'auteur ou les auteurs de cette circulaire s'appuient sur des faits qui sont des cas particuliers d'abus qui doivent être et sont condamnés par la majorité des praticiens.

Ces faits blâmables, constituant, Dieu merci, la très rarissime exception ne sauraient donc en rien infirmer notre thèse, ni constituer une arme capable de se retourner contre le corps médical.

Pour moi, je crains qu'en cette circonstance les Compagnies n'aient pas agi *sponte suâ*. Quand on a assisté comme moi à la mémorable séance si mouvementée du vendredi soir 12 avril 1907 (*Congrès des Praticiens*) où la question du libre choix du médecin était discutée et dans laquelle plusieurs médecins d'assurances se montrèrent si particulièrement violents, on ne saurait être taxé de faire un jugement téméraire en supposant que la campagne d'hostilité contre le libre choix du médecin, entreprise par les Sociétés d'assurances, a été inspirée par quelques confrères impénitents demeurés fermement attachés à leurs fonctions.

Quoiqu'il en soit, j'estime qu'il y a là un état d'esprit qu'on ne saurait méconnaître et contre lequel il est urgent de s'élever. Il faut que partout en France les Syndicats s'occupent de ces questions brûlantes et

qu'à côté de la question médico-muutualiste il y ait place aux discussions sérieuses sur la conduite des Praticiens à l'égard des Sociétés d'assurances qui, dans un journal qui pénètre partout, et par voie de circulaires,faisant de l'exception la règle,essayent de jeter le discrédit sur le corps médical, en éloignant du praticien, libre de toute attache, l'ouvrier victime du travail.

A Périgueux nous venons, grâce à l'énergique et très dévouée impulsion de votre sympathique délégué du *Concours*, le Dr Delbès, de former un Syndicat départemental. Ce Syndicat promet d'être vivace et de faire œuvre utile et féconde. D'importantes questions y ont été déjà traitées.

Je me propose, à la prochaine réunion de soulever cette question des Compagnies d'assurances dans le but unique d'appeler l'attention de mes confrères sur la campagne active que ces Sociétés mènent contre nous et qui n'aurait rien moins comme résultat, si elle n'était pas rigoureusement combattue, de réduire à néant ce grand principe admis à l'assemblée générale des Praticiens de France : le libre choix du médecin par le malade.

Pardon, mon cher Confrère, d'avoir si longtemps retenu votre attention bienveillante, et croyez à mes sentiments les meilleurs et les plus dévoués.

Dr Mantelin,
Membre du *Concours* et du *Sou*.

La série des réclamations continue :

Pour la Commission du tarif Dubief

Monsieur le Rédacteur en chef,

A l'article très explicite de notre président publié à la chronique des accidents du travail, le 26 janvier, permettez-moi d'annexer un détail précis sur l'œuvre de la « Commission spéciale etc., » et ses conclusions prises. Il s'agit de S...-V..., ma résidence. On nous demandait surtout des attestations du maire pour établir le prix de 2 francs antérieur à 1901 ; or comme délégué du Syndicat, j'ai, pour S...-V... obtenu de *notre maire, gros industriel local*, et *président* à la fois de l'*Association patronale* de son industrie et de la *Société de Secours mutuels*, englobant la majeure partie de notre population ouvrière, la *déclaration formelle et sans ambages* que le prix de 2 fr. était établi depuis 1881 (vingt ans avant !) pour la *classe ouvrière et la mutualité*.

C'est le document que l'enquête administrative, invoquée dans la lettre du 7 janvier du ministre du travail, *n'a pas trouvé probant*. Il n'y a évidemment pas à discuter les procédés employés pour l'étouffement de nos revendications, nos délégués devraient au moins dévoiler les trucs employés, les compromissions évidentes et les accointances de la dite commission.

En se justifiant,ils nous donneraient au moins des armes pour le nouvel assaut à livrer. Que sont devenues les attestations fournies ? Seront-elles de nouveau discutées, jugées contradictoirement et publiquement ? Est-ce à un nouvel enterrement de nos revendications qu'ils vont assister impuissants.

Dernièrement, le journal *Le Temps* (novembre 1907) semblait l'annoncer dans un article à grande envergure.

Cordialement à vous et tout dévoué à votre œuvre de défense professionnelle.

Dr C...

REPORTAGE MÉDICAL

Hôpital Saint-Antoine. — (Service de M. le docteur Albert Mathieu). — *Maladies de l'appareil digestif.* — Pendant le semestre d'hiver, à partir du 5 novembre, M. le Docteur Mathieu, aidé de ses assistants, fera une série de conférences ; ces leçons auront lieu aux jours et heures indiqués ci-dessous, dans le service de la consultation (20, rue de Citeaux).

Le mardi à 10 h. Examen des malades de la consultation externe, par M. le docteur Mathieu.

Le mercredi à 10 h. 1/2. Conférence de M. le docteur J.-Ch. Roux.

Le jeudi à 10 h. 1/2. Conférence de M. le docteur Mathieu.

Le vendredi à 10 h. Conférence de M. le docteur Laboulais, sur les méthodes d'exploration gastro-intestinale, ou de M. le docteur Moutier, sur l'anatomie pathologique de l'appareil digestif.

Le lundi à 10 h., visite dans la Salle Chomel ; Conférence et présentation de malades. Les cours continuent jusqu'en Avril.

Faculté et Hôpitaux.

M. Variot commencera ses conférences d'hygiène et de clinique infantile aux Enfants-Assistés, le lundi 17 février, à 10 h. 1/2 et les continuera chaque lundi à la même heure. Conférences complémentaires sur : La radioscopie de l'estomac du nourrisson ; M. Barret ; La bactériologie du lait : M. Ferrand ; Etude physiologique des premiers aliments : M. Lassablière.

— Hôpital Cochin (service de gynécologie chirurgicale). — M. J.-L. Faure (pavillon Velpeau), — Les lundis, mercredis et vendredis à 10 h. 1/2. Consultations externes. Les mardis et samedis, à 9 h. 1/2, opérations abdominales. Les mercredis, vendredis à 11 h. examen clinique des malades, dans les salles, par les internes du service. Les étudiants et les docteurs seront admis à ces séances cliniques,moyennant un droit de 20 francs par mois. Le nombre des élèves est limité à 10. Prière de se faire inscrire dans le service (pavillon Velpeau). Les séances cliniques commenceront le mercredi 12 février 1908, à 11 h. du matin.

— Les exercices réglementaires de médecine opératoire commenceront : à l'école pratique de la Faculté de médecine, le lundi 9 mars ; à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, le lundi 2 mars. Les exercices auront lieu tous les jours à 1 h. Ces exercices sont obligatoires pour les élèves docteurs de 3e année en vue de l'obtention de la 12e inscription. Les élèves en cours irrégulier d'étude ayant 10 inscriptions pourront être admis à ces exercices après autorisation du doyen.

On s'inscrit au secrétariat de la Faculté (guichet n° 2), de midi à 3 h., jusqu'au 29 février inclusivement.

— M. Pierre Sébileau, directeur de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, fera avec l'assistance des deux prosecteurs, MM. Descomps et Desmarets, une série exceptionnelle de conférences de médecine opératoire en douze leçons, qui commencera le lundi 17 février,à 1 h. 1/2, et aura lieu tous les jours à la même heure.

L'accès à ces conférences est gratuit pour les externes et internes des hôpitaux. Pour tous les autres auditeurs, droits à verser de 50 frs. Se faire inscrire 17, rue du Fer-à-Moulin.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs Hue père, d'Orbec (Calvados) et Grenouiller-Decourt, de La Condamine (Monaco), membres du « Concours Médical ».

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales

Trentième année | N° 7 | Dimanche 16 FÉVRIER 1908

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des Inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Les garanties des médecins et chirurgiens des hôpitaux.

La première des promesses faites par M. Mirman, le 17 novembre dernier, à la table du *Concours médical* et dont nous attendions la réalisation avec quelque impatience avait été tenue avant la fin de l'année.

La circulaire que nous cherchions chaque jour à l'*Officiel*, nous arrive aujourd'hui par le Bulletin de l'A. G. : il la reproduit après une autorisation que nous croyons pouvoir nous risquer à faire nôtre, tout mystère paraissant inutile en l'espèce.

Révocation des Médecins et Chirurgiens des hôpitaux de province.

M. le Directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques veut bien nous autoriser à publier la circulaire suivante, inspirée par le Conseil Général de l'Association et rédigée à l'issue de l'audience que M. le Président du Conseil a bien voulu accorder à M. le Président de l'Association.

MINISTÈRE de L'INTÉRIEUR — RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

DIRECTION de L'ASSISTANCE et DE L'HYGIÈNE PUBLIQUES —o— 3e BUREAU

Paris, le 3 Décembre 1907,

LE PRÉSIDENT DU CONSEIL,
Ministre de l'Intérieur,

A Messieurs les Préfets,

La tâche des médecins ou chirurgiens d'un hôpital ou hospice est noble entre toutes. Qui en assume l'honneur accepte de ce fait une lourde responsabilité; il doit exercer ses fonctions avec d'autant plus de zèle que les malades indigents sont plus faibles devant lui.

Je me plais à reconnaître le dévouement de la très grande majorité des médecins et chirurgiens. Il appartient aux Commissions administratives de veiller à ce qu'aucune exception ne se produise, d'exiger de tous les praticiens une absolue régularité dans leur service hospitalier, d'avertir d'abord, puis de révoquer ceux qui, dans les fonctions de médecin ou chirurgien d'un hôpital ou hospice, ne rechercheraient qu'un titre propre à accroître leur réputation et méconnaîtraient le respect dû aux pauvres.

Mais, si j'estime qu'on ne saurait être trop attentif à ce que les médecins, comme tous autres serviteurs de la nation, accomplissent avec une impeccable conscience leur tâche journalière, je considère, d'autre part, que certaines garanties leur doivent être accordées qui les mettent à l'abri de décisions arbitraires.

Aux termes de l'article 14 de la loi du 7 août 1851, les Commissions administratives des hospices et hôpitaux ne peuvent révoquer les médecins et chirurgiens de ces établissements qu'avec l'approbation du Préfet. Or, j'ai pu constater, en des circonstances heureusement fort rares, mais néanmoins fâcheuses, que certaines décisions de Commissions administratives relatives à ces révocations n'étaient point justifiées par une faute ou négligence professionnelle et que le Préfet était, en ce cas, trop disposé à faire passer certaines considérations d'ordre personnel et le souci de querelles locales avant l'intérêt bien compris des malades.

Aussi, ai-je décidé que, désormais, avant d'approuver et de rendre ainsi définitives ces révocations, vous auriez à me soumettre le dossier de l'affaire ; je n'ai

pas besoin de dire qu'un dossier ne me paraîtra pas susceptible d'examen, s'il ne contient pas, avec les griefs nettement formulés par la Commission contre le praticien, les explications fournies par celui-ci ou la preuve qu'il a été mis à même de les produire devant la Commission avant qu'elle ait délibéré ; vous joindrez à ces pièces votre avis motivé.

Il convient de prévoir et d'excepter les cas d'extrême urgence où un intérêt d'ordre public exigera que le praticien cesse de suite ses fonctions ; vous approuverez alors, sans m'en référer au préalable, la délibération de la Commission administrative, mais vous me rendrez compte aussitôt, par rapport spécial, tant des causes de la révocation que des raisons de l'urgence invoquée.

Dans le même ordre d'idées, vous voudrez bien désormais ne plus approuver, sans mon assentiment préalable, les délibérations desdites Commissions tendant à modifier les articles de leur règlement relatifs, soit au mode de recrutement, soit à la durée des fonctions des médecins ou chirurgiens.

Je vous prie de m'accuser réception de la présente circulaire et de la communiquer aux Commissions administratives des hôpitaux et hospices de votre département. Elles ne verront dans cette mesure que mon désir de les soutenir dans l'accomplissement de leur tâche et de fortifier leur légitime autorité morale en prévenant des incidents fâcheux de nature à y porter atteinte.

Et je me plais aussi à penser que les médecins et chirurgiens de ces établissements hospitaliers, soucieux de leur propre responsabilité, autant que respectueux de celle qui incombe de par la loi aux Commissions administratives, reconnaîtront *par un redoublement de* généreux efforts et de bonne volonté conciliante, la haute satisfaction morale qui leur est ici accordée.

Signé : G. CLÉMENCEAU.

Les élections municipales étant la cause la plus ordinaire des accidents que le Ministre a voulu prévoir, il était fort intéressant de ne pas différer davantage la publication de la circulaire ci-dessus.

Puissent nos confrères Défaucamberge (de Gien) et Versepuy (de Chevreuse), trouver là un document de défense pour protester contre les décisions prises à leur égard dans des conditions que l' « Union des Syndicats » et le « Sou médical » ont considérées comme parfaitement injustes.

L'Assemblée générale de l'A. G. (voir procès-verbal au n° 28 de 1907, page 160), avait adopté, sur le sujet qui nous occupe, les trois vœux suivants pour être renvoyés aux Sociétés locales :

Ordre du jour présenté par M. PAMARD (*Vaucluse*. — « Demander à l'autorité supérieure d'obliger les commissions administratives des hôpitaux à respecter les règlements approuvés, et à ne pas modifier ceux-ci sans cesse, sans consulter le corps médical hospitalier et sans se préoccuper de l'approbation préfectorale ».

Ordre du jour présenté par M. JARDET (*Allier*). — « L'Association générale, pour éviter les révocations injurieuses pour la dignité des médecins ou chirurgiens des hôpitaux de province, révocations qui sont actuellement sous la dépendance absolue des commissions administratives,

« Emet le vœu que ces mesures ne soient jamais prises qu'après décision d'un conseil de discipline composé en majeure partie par les pairs du chirurgien ou médecin en question ».

Ordre du jour présenté par M. JEANNE (*Seine-et-Oise*). — « L'Assemblée générale émet le vœu que la nomination et la révocation des médecins d'hôpitaux proposées par les commissions administratives dans leurs délibérations, ne soient prononcées qu'après approbation du Ministre de l'Intérieur résultant des avis de sa direction compétente ».

Je remercie personnellement M. Mirman, qui assistait à la séance, d'avoir donné satisfaction à la proposition que j'y formulais.

Dr JEANNE.

LA SEMAINE MÉDICALE

Traitement des hémoptysies.

D'après M. le prof. A. ROBIN, la première chose à faire, avant tout autre traitement, est de pratiquer au niveau de la paroi abdominale une injection de 20 cc de solution de gélatine stérilisée :

On emploie la formule suivante :

Gélatine	20	grammes.
Chlorure de sodium	7	—
Eau ....Q. s. p.	1	litre

Répéter l'injection tous les jours, et même deux fois par jour, s'il est nécessaire.

2° A côté de ce moyen d'hémostase, il faut corroborer l'action par une médication interne. Elle comprend quatre éléments :

1° L'*ergotine* ;
2° Le *chlorure de calcium* ;
3° La *médication acide* ;
5° L'*ipéca* et la *digitale*.

L'ergotine et le chlorure de calcium doivent se donner en alternant. On associe à l'ergotine le tanin, sous forme d'*acide gallique* :

Ergotine Bonjean	4	grammes.
Acide gallique	0	— 50
Sirop de térébenthine	30	—
Hydrolat de tilleul	120	—

soit une potion de 150 grammes, représentant dix cuillerées à soupe. Le malade en prendra une cuillerée toutes les deux heures.

Dans l'heure intercalaire, on administre le *chlorure de calcium* en l'associant aux *opiacés* :

Chlorure de calcium	4	grammes.
Sirop d'opium	30	—
Eau distillée de tilleul	120	—

Une cuillerée à soupe toutes les deux heures.

Si l'hémoptysie résiste à ces moyens, il faut recourir à la médication acide, sous forme d'*eau de Rabel*, qui est un mélange d'acide sulfurique et d'alcool :

Eau de Rabel	4	grammes.
Eau bouillie.. Q s.p.	1	litre.

A prendre par cuillerées à soupe, ou par petits verres en 48 heures.

Il ne faut pas donner ce traitement en même temps que les deux premiers ; on l'emploie seulement si les précédents n'ont pas réussi.

Enfin, en cas d'échec, on peut s'adresser à la *digitale*. Pour associer des médicaments qui renforcent mutuellement leur action, il faut prescrire en même temps l'*ipéca* :

Poudre d'ipéca	0 gr. 05
Poudre de feuilles de digitale	—
Excipient .... Q.s.p.	1 pilule.

Donner cinq à six pilules par jour, jusqu'à l'apparition d'un état nauséeux, sans provoquer le vomissement.

Mais la digitale en poudre est caustique ; elle est irritante pour l'estomac, et ne convient pas aux dyspeptiques.

Il faut remplacer alors la digitale par le *perchlorure de fer*, qu'on aura soin de ne pas prescrire en même temps que l'ergotine ou l'acide gallique, qui formeraient un précipité.

Le malade prendra toutes les deux heures une cuillerée à soupe de la potion suivante :

Perchlorure de fer....	2	grammes.
Eau bouillie..........	120	—
Sirop de sucre........	30	—

Dans l'heure intercalaire, une cuillerée à soupe d'eau de Rabel, suivant la formule déjà indiquée.

En résumé : en présence d'une hémoptysie, on commence toujours par faire une injection de 20 cc. de la solution de gélatine ; en même temps, on donne l'ergotine et le chlorure de calcium à l'intérieur. En cas d'insuccès, on emploie d'abord la médication acide, puis la digitale associée à l'ipéca, ou le perchlorure de fer, suivant les indications que l'on vient d'énumérer. Les divers éléments de ce traitement s'adressent non seulement aux hémoptysies, mais ils sont applicables aussi aux hémorragies en général.

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu : M. le professeur agrégé AUVRAY

Les fractures de la base du crâne.

Vous m'avez vu faire, ces jours derniers, une série de ponctions lombaires chez un malade atteint de fracture de la base du crâne, en vue de le guérir. Nous avons échoué dans notre tentative thérapeutique. Les ponctions lombaires ne paraissent pas réussir, en pareil cas, lorsque l'épanchement est très abondant. Elles semblent donner des résultats surtout dans les fractures avec épanchement de quantité moyenne. C'est là, d'ailleurs, un point non encore fixé, que l'avenir déterminera. Je vous le signale simplement, pour n'y pas revenir, ayant l'intention de m'occuper aujourd'hui uniquement de la partie clinique des fractures de la base du crâne.

Voici, d'abord, l'observation de notre malade.

Il s'agit d'un homme entré le dimanche 5 janvier à l'Hôtel-Dieu. Etant ce jour-là en état d'ivresse, il fit une chute dans la rue. Un gardien de la paix le trouva étendu sur la voie publique et le conduisit à l'hôpital. Au moment de son admission, à 9 heures du soir, le blessé semblait plongé dans le sommeil de l'ivresse. A 10 heures, il commença à s'agiter. Le lendemain matin, l'agitation persistait : pendant la visite, il se leva, réclama son pantalon, voulant partir. On constatait, à l'examen de la tête, une plaie de 5 à 6 centimètres de longueur sur 1 centimètre de largeur, siégeant au milieu de la région pariétale, au fond de laquelle le périoste se montrait dénudé. Pas d'écoulement, sanguin ou séreux, ni par l'oreille, ni par le nez, ni par la bouche. Pouls à 112, température à 36°6. Le malade, toujours agité, — j'insiste sur cette agitation —, ne répondait pas aux interrogations. Je fis, à 11 heures, une première ponction lombaire et retirai 25 cent. cubes de liquide fortement sanglant, ce qui confirma mon diagnostic de fracture cranienne. Le mardi, deuxième ponction lombaire. Le surlendemain, mercredi, pas d'amélioration : coma, pouls à 132, température à 38°1. A dix heures, troisième ponction lombaire et extraction de 30 cent. cubes de liquide également sanguinolent ; à cinq heures, quatrième ponction lombaire. Le coma persiste et le blessé meurt à 11 heures du soir. A l'autopsie, on trouve un large hématome sous-dural, une déchirure de la matière cérébrale au niveau correspondant, et une fracture de l'étage moyen.

A propos de ce malade, je vais vous tracer l'histoire des fractures de la base du crâne.

L'étiologie des fractures de la base du crâne est simple. C'est une chute ou un choc. Notre malade, je vous l'ai dit, avait fait une chute sur la région pariétale, étant en état d'ivresse.

Deux mots sur les propriétés des os craniens. Ces os sont élastiques. Si vous laissez tomber un crâne sur le sol, vous le voyez rebondir. Cette élasticité, en quelque sorte providentielle, s'oppose à la fracture et l'évite assez souvent. Lorsqu'elle est dépassée, la fracture se produit.

Quelle est la marche anatomo-pathologique de ces fractures ? Il est nécessaire de la connaître, au moins schématiquement, pour bien comprendre les faits observés en pratique.

Il existe deux grandes variétés de fractures du crâne : celles limitées à la voûte, et celles qui, parties de la voûte, s'irradient et gagnent la base. Je m'occuperai uniquement de ces dernières.

Les fractures en question ont été bien étudiées en France. Déjà, en 1844, Aran avait reconnu et formulé les lois qui les régissent. Aran avait vu que, d'une part, le trait de fracture descend vers la base crânienne en suivant le plus court chemin, et que, d'autre part, les dites fractures occupent un siège déterminé selon le siège du choc. Dans les chocs sur la région frontale, le trait gagne l'étage supérieur de la base du crâne. Dans les chocs latéraux, il descend vers l'étage moyen. Dans les chocs sur l'occiput (chute sur le dos), il irradie vers l'étage inférieur. Ceci est très important puisque, de la connaissance du siège du traumatisme, vous pouvez prévoir la direction prise par la fissure osseuse. Cette loi est à peu près constamment suivie, excepté dans les fractures considérables, les écrasements avec brisures multiples du crâne, cas dans lesquels il n'y a plus guère de règle de direction.

Dans les traumatismes de moyenne intensité, le trait de fracture ne dépasse pas l'étage auquel il appartient. Il va seulement plus ou moins loin suivant que la force traumatisante est plus ou moins grande. Lorsque la force est très intense, le trait peut gagner un autre étage. Ainsi, dans les fractures de l'étage supérieur, le trait gagne alors la fosse moyenne. Dans les traumatismes violents de la région fronto-pariétale, le trait pourra passer de l'étage moyen à l'étage supérieur ou à l'étage moyen du côté opposé. De même, pour les chocs sur l'occiput. Le trait va, d'arrière en avant, vers le trou occipital ou le trou déchiré postérieur, et, dans les chocs intenses, en avant encore, faisant une fracture perpendiculaire du rocher, ou en dehors, faisant une fracture dite par arrachement de la base du rocher. En somme, selon l'intensité du traumatisme, et aussi un peu selon la direction oblique ou perpendiculaire du

trait, la fracture reste limitée à un étage crânien ou se propage à l'étage voisin.

Pourquoi cette marche, cette localisation des fractures aux divers étages de la base du crâne ? Cela tient, comme l'a montré M. Félizet, à la composition architecturale du crâne. Dans le crâne, il est des parties plus résistantes, des piliers pour ainsi dire (crête frontale interne, apophyse orbitaire externe, apophyse mastoïde, protubérance occipitale), et des parties plus faibles, limitées par les précédentes. Les traits de fractures suivent toujours ces parties moins résistantes, ces fosses, respectent les piliers — excepté dans les grands traumatismes.

Dans les fractures du crâne, en outre des lésions osseuses, vous pouvez avoir des lésions des parties molles péricraniennes et, ce qui est plus important, des lésions crâniennes. L'arachnoïde et la dure-mère peuvent être atteintes et il en résulte une communication de la cavité crânienne avec l'extérieur. La matière cérébrale est quelquefois déchirée (contusion). Les vaisseaux, l'artère méningée moyenne en particulier, peuvent être intéressés, d'où des épanchements sanguins, parfois abondants.

J'aborde maintenant le côté clinique des fractures de la base du crâne.

Les malades atteints de fractures de la base du crâne se présentent à nous dans deux conditions différentes. Tantôt ils ont conservé leur lucidité d'esprit, tantôt ils ont perdu connaissance, sont dans le coma, la résolution plus ou moins complète. Dans ce dernier cas, vous avez des difficultés spéciales de diagnostic.

Quand le malade est dans le coma, vous pouvez songer à tous les comas ; à ceux du moins qui, se produisant dans la rue (ivresse) ou éclatant à la suite d'une attaque subite (épilepsie, apoplexie) ont comporté une chute. Un individu fait une chute pendant l'ivresse ou par suite d'une crise épileptique, d'une attaque d'apoplexie. Vous êtes appelé à l'examiner : il porte une blessure à la tête, il est dans le coma. Vous vous demandez : est-ce le coma de l'ivresse, de l'épilepsie, de l'apoplexie, ou un coma dû à une fracture du crâne ? Lorsque, il y a huit jours, notre malade fut admis dans le service, le soir, cette question se posait. On eût volontiers, au premier abord, classé cet homme dans la catégorie des « pochards » que nous recevons souvent le dimanche. Le lendemain, en regardant le malade, j'ai été frappé de l'état d'obnubilation persistante qu'il présentait. Datant de 12 heures, l'ivresse avait eu le temps de se dissiper. De plus — j'insiste encore sur ce point —, le malade était agité, il se retournait, voulait se lever. Il avait une plaie du cuir chevelu et l'interne de la salle avait vu une fissure crânienne sous cette plaie. Aussi, même en l'absence d'autres signes, je pensai qu'il y avait sans doute irradiation de la fissure à la base. Je fis, pour éclairer et confirmer le diagnostic, une ponction lombaire qui retira un liquide céphalo-rachidien rempli de sang. Vous voyez que le diagnostic n'est pas toujours facile. La ponction lombaire nous a, ici, renseignés.

On tiendra compte, pour le diagnostic, des notions suivantes :

a) *Coma de l'ivresse.*

Il comporte une haleine particulière. De plus, il s'amende au bout de quelques heures. Lorsque les symptômes attribués à l'ivresse persistent, après une chute sur la tête, penser à la fracture du crâne. Ce sont de ces malades qui, dans leur chute, se sont fracturés le crâne, que l'on voit mourir au poste de police, où ils ont été conduits et enfermés la nuit, pour ivresse.

b) *Coma épileptique.*

Sa durée est également peu considérable. Le malade reprend alors connaissance assez rapidement. Et puis, on a la notion des crises, les reliquats de la crise (morsure de la langue). Les troubles vont en s'atténuant.

c) *Coma apoplectique.*

Le malade atteint d'apoplexie peut tomber et se faire une plaie du cuir chevelu. L'apoplectique a le facies vultueux, congestionné. Le blessé atteint de fracture du crâne est, au contraire très pâle. Le pouls, dans la fracture cranienne, es souvent lent. Le coma est plus profond dans l'apoplexie.

Enfin, toutes les fois que l'on hésite, on recherchera les signes propres à la fracture. Passons ces signes en revue. Ce sont :

L'issue de la substance cérébrale au dehors. Ce signe, pathognomonique — le seul, d'ailleurs — n'est pas rare dans les fractures du crâne et les blessures par armes à feu.

L'écoulement de sang par le nez, les oreilles, la bouche.

L'écoulement de liquide céphalo-rachidien, qui succède à l'écoulement sanguin. On peut le reconnaître à l'examen chimique.

Les ecchymoses, aux paupières, au pharynx, à la mastoïde.

Je vais essayer de vous faire comprendre le mécanisme de ces symptômes.

Prenons l'étage supérieur. Le trait de fracture traverse l'orbite et la lame criblée de l'ethmoïde, d'où écoulement sanguin par le nez et ecchymose de la paupière. Il faut, pour que ces phénomènes aient de la valeur, que l'épistaxis soit *prolongée*, l'écoulement de liquide céphalo-rachidien *abondant* et l'ecchymose *tardive*. Notre malade avait des ecchymoses sur la face, mais elles étaient précoces ; ce n'était pas l'ecchymose profonde, apparaissant au 3e ou 4e jour, quand l'épanchement a eu le temps de s'infiltrer, de gagner de la profondeur à la superficie.

Considérons l'étage moyen. Si la fracture de l'étage moyen siège en avant, elle ne rencontre pas de cavité naturelle et il n'y a pas de signes extérieurs. C'était le cas chez notre blessé. Si la fracture est postérieure, parallèle à l'axe du rocher, il y a un écoulement immédiat abondant de sang par l'oreille, auquel succède, quelques jours après un écoulement de liquide céphalo-rachidien et une ecchymose mastoïdienne tardive, apparaissant (comme l'ecchymose palpébrale) le 3e ou 4e jour, et gagnant de proche en proche.

A l'étage inférieur, on observe peu de signes. Si la fracture vient couper le rocher, on trouve un écoulement, par l'oreille, de sang et de liquide céphalo-rachidien.

Tels sont les signes physiques principaux des fractures de la base du crâne : écoulement de sang, de liquide céphalo-rachidien, ecchymose.

Viennent, d'autre part, les symptômes fonctionnels. Ils sont très variables. Vous pouvez observer une commotion cérébrale, une contusion (destruction) cérébrale ou une compression par un fragment d'os ou du sang.

Dans la commotion, le blessé est dans la résolution ; il y a perte du mouvement et de la sensibilité ; l'œil et la pupille sont immobiles ; le pouls et la respiration sont très lents (troubles d'ordre bulbaire).

Dans la contusion, le blessé est dans un état non plus de résolution, mais d'agitation. Lorsque, aussitôt après un traumatisme cranien, vous voyez le blessé agité, vous ne pouvez pas songer à des phénomènes d'infection méningée, qui n'ont pas eu le temps de se produire. Je me rallie, avec les auteurs du Compendium, à l'idée de la contusion cérébrale. Puis, si la lésion a porté sur une

zone motrice, il se produit des petites épilepsies partielles (des paupières, de la face, des membres) dans les contusions superficielles, ou des parésies dans les contusions plus profondes. Quelquefois, on note de la fièvre. Chez notre malade, il n'existait aucun de ces symptômes, en dehors de l'agitation.

Dans la compression, on constatera, soit des signes de compression locale (troubles épileptiformes, paralysies), soit des signes de compression généralisée (ralentissement du pouls, respiration stertoreuse).

Restent, enfin, les complications infectieuses. Elles apparaissent au bout de quatre ou cinq jours, plus tard parfois. C'est la méningite, qui se traduit par de l'agitation (tardive), un pouls précipité, une température élevée, des convulsions, du délire ; la ponction lombaire extrait un liquide d'aspect louche, qui colonise. Plus tard, c'est, dans certains cas, l'abcès du cerveau, avec ses signes (pouls lent, céphalée, délire, fièvre, symptômes de localisation).

Voilà, schématisée, l'histoire clinique des fractures du crâne. Certes, la question est, dans la réalité, beaucoup plus compliquée. Je me suis proposé simplement de vous en donner une idée générale.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

LA SINISTROSE

Par E. Brissaud,

Médecin de l'Hôtel-Dieu, Professeur à la Faculté de médecine.

Dans tous les pays qui indemnisent les accidents du travail, les blessures « assurées » exigent, pour guérir, un temps beaucoup plus long que les blessures « non assurées ». A ce fait brutal, incontestable et incontesté, se ramène et se réduit toute la question de la sinistrose. Ainsi, tandis que, pour une même fracture simple de jambe, le blessé *non assuré* séjourne à l'hôpital quarante-trois jours en moyenne, le blessé *assuré* y séjourne trois cents jours en moyenne — presque une année (1). Personne n'a jamais supposé que, chez le blessé assuré, la formation du cal réclame 257 jours de plus que chez le blessé non assuré. C'est la capacité fonctionnelle ou, plus exactement, la capacité ouvrière qui, après la consolidation, tarde à se rétablir chez le blessé assuré ; et ce retard varie suivant les pays, c'est-à-dire suivant les lois et la jurisprudence de chaque pays.

A quoi tient cette prolongation de l'incapacité ouvrière ? A un état mental morbide — qui est précisément la sinistrose — et qui consiste en une inhibition très spéciale de la volonté ou, mieux encore, de la bonne volonté. Donc, pas de confusion possible avec l'exagération calculée ou la simulation consciente.

Sans doute, les cas de simulation et d'exagération ne sont pas exceptionnels ; mais, par rapport aux cas de sinistrose, ils sont rares. On ne les constate guère que parmi les jeunes gens qui n'ont ni famille, ni responsabilités, ni charges ; alors la simulation n'est qu'une sorte de gaminerie intéressée et nullement intéressante. Ou bien, c'est dans une catégorie d'hommes de tout âge qui n'ont jamais eu la vocation du travail ; il en est pour qui un petit accident est une aubaine inespérée : à quelque chose malheur est bon.

Nous répétons que la sinistrose, incomparablement plus fréquente, est une maladie authentique ; et il est regrettable que certains médecins de compagnies d'assurances l'aient tantôt assimilée à un hystéro-traumatisme par trop complaisant, tantôt confondue systématiquement avec la simulation.

Nous avons suffisamment défini la sinistrose en disant qu'elle consistait en une inhibition de la bonne volonté. Le blessé, depuis longtemps guéri, ne se décide pas à faire, au prix d'un peu de douleur ou simplement de fatigue, le moindre essai de reprise du travail. Il se refuse au plus petit effort : « C'est inutile, je souffre, je ne peux pas, je ne pourrai pas, je sais très bien que je ne pourrai pas... ». Il ne sort pas de là. Et celui qui parle ainsi est un homme dans la force de l'âge, laborieux, père de famille, dont le salaire est dix fois, vingt fois supérieur à la rente ou au petit capital rachetable représentant les *dommages-intérêts auxquels il croit avoir droit.*

C'est, en effet, une idée fixe, une idée fausse sur *la forme de la réparation du préjudice* qui exerce et développe ce pouvoir d'inhibition. Voici pourquoi et comment.

Sauf de très rares exceptions, les accidentés du travail conservent encore — depuis près de dix ans que la loi est entrée en vigueur — la conviction que toute blessure professionnelle leur confère un droit à des dommages-intérêts. Ils ignorent que l'innovation fondamentale de la loi de 1898 est une dérogation au droit commun. Le patron étant toujours responsable du préjudice, ils s'imaginent que ce patron (ou la Compagnie d'assurances du patron) leur *doit* la réparation prévue par les articles 1382 et 1383 du Code Civil. Ils ne conçoivent pas que, la blessure une fois guérie, aucune compensation pécuniaire ne leur soit attribuée en dehors du demi-salaire de la période d'incapacité. Des deux principes sur lesquels repose la loi, ils semblent ne reconnaître intégralement que le premier, celui du *Risque professionnel*, qui met à la charge du patron l'indemnisation de l'ouvrier ; et ils n'admettent que dans la mesure qui leur convient le second principe, celui de l'*indemnité transactionnelle et forfaitaire*, calculée d'après la réduction de salaire qu'entraîne définitivement la blessure, et qui est fixée à la moitié de cette réduction de salaire. Ils méconnaissent le sens du mot *consolidation*, tel que l'a précisé la jurisprudence (1), mais, ils savent que la date de la consolidation marque la cessation du paiement du demi-salaire.

De là il résulte trop souvent que l'accidenté entrevoit la date de la consolidation comme une échéance qu'il voudrait pouvoir ajourner indéfiniment ; et, en fait, il l'ajourne ; toutes les statistiques hospitalières, sans exception, en font foi. Il ajourne, il ajourne, et l'idée erronée qui le préoccupe, détourne sa bonne volonté de tout effort utile. Peu à peu, cette idée fausse, passée à l'état d'idée fixe, non seulement absorbe toute son activité psychique, mais va même jusqu'à briser les ressorts de son activité physique. Et alors que, guéri de sa blessure depuis des mois, il a cessé d'être une victime du travail, il reste encore victime d'une erreur de bonne foi, c'est-à-dire sa propre victime à lui-même. Voilà la sinistrose constituée, psychose d'occasion et le plus souvent peu sévère, mais psychose funeste au travail et, par exception, grave dans ses extrêmes conséquences.

L'idée fixe a naturellement et toujours pour substratum un fait ou l'interprétation d'un fait. Dans le cas de la sinistrose, il s'agit de l'interprétation d'un fait, et ce fait, c'est la loi.

(1) Voy. : Bernachi, Forgue et Jeanbreau, *Pratique médico-chirurgicale*, t. I, p. 719.

(1) Cour de Cassation, 24 février 1902.

« L'idée fixe, dit fort bien Régis, n'est en réalité autre chose qu'un délire rudimentaire, réduit à sa plus simple expression,... Elle finit le plus souvent par s'étendre, s'organiser et, par suite, tourner au délire proprement dit ». D'une idée fausse ou inexacte — mais non pas nécessairement absurde —, le malade tire des déductions fausses ou inexactes. Ces déductions s'imposent à son esprit avec une ténacité obsédante ; et par une pente naturelle l'anxiété, qui caractérise toute obsession, finit par transformer un trouble primitivement intellectuel en un trouble émotif et rien qu'émotif.

L'interprétation erronée de la loi ne compte plus. Les douleurs mêmes de la première heure changent de caractère. Comme elles ne résultent plus de la meurtrissure des parties traumatisées (le blessé ayant depuis longtemps cessé de souffrir), ce ne sont plus des sensations ni, à plus forte raison, des hallucinations obsédantes qu'il éprouve, ce sont maintenant des obsessions hallucinatoires, des « topoalgies » ou des « algies ».

Sans doute, les circonstances de l'accident ne sont pas oubliées, mais les algies (qui ne sont que des hallucinations cénesthétiques) n'ont qu'un rapport très indirect avec les douleurs primitives du trauma.

A ce propos, nous ne saurions mieux faire que de reproduire une définition déjà ancienne de Leuret. Le temps ne l'a pas démodée : « L'hallucination n'est pas un souvenir, c'est une chose actuellement perçue ; elle diffère autant et de la même manière du souvenir que la sensation elle-même. J'accorde qu'elle puise ses éléments dans la mémoire, car toute hallucination peut se résoudre en sensations ou en idées antérieures ; mais, elle crée une existence, elle donne une actualité et, pour celui qui l'éprouve, elle est aussi distincte de la mémoire que, pour nous tous, la mémoire est distincte de la sensation ».

Dans l'espèce, la distinction si bien établie par notre collègue M. Séglas entre l'hallucination obsédante et l'obsession hallucinatoire a une importance capitale ; ce n'est pas la douleur qui crée l'obsession, c'est l'obsession qui crée la douleur. Si fâcheux que soit le fait, il est ainsi et non autrement. Régis encore a su, en quelques mots, montrer que « ces hallucinations ne sont pas les hallucinations habituelles des aliénés. Elles en diffèrent comme l'idée obsédante elle-même diffère de l'idée fixe ». Et en effet, l'idée fixe de la réparation du dommage est passée à l'arrière-plan ; ce sont les algies qui occupent maintenant et remplissent presque toute la scène. Ces hallucinations « consistent le plus souvent dans la matérialisation de l'obsession, dans la transformation de l'idée émotive en sensation extériorisée, en un mot dans la production d'une idée-image. C'est, en quelque sorte, l'analogue de ces phénomènes d'objectivation hallucinatoire qui se produisent dans la méditation profonde ». Pas un médecin habitué à l'analyse psychopathologique n'élèvera un doute sur la réalité et la simplicité de ce processus mental. Et, qu'on prétende le contraire ou non, l'obsession hallucinatoire, absolument indépendante de l'accident lui-même, n'est pas le fait de l'accident, mais le fait de l'accidenté.

Aujourd'hui, les chirurgiens n'hésitent plus sur les causes d'une incapacité qui, par exemple, à la suite d'une fracture simple de jambe ou d'avant-bras, se prolonge, s'éternise, s'exagère même de jour en jour, de semaine en semaine, de mois en mois. Ils diagnostiquent un état névropathique, considèrent leur rôle comme terminé et adressent l'ex-blessé au médecin. Un état névropathique, c'est vrai. Mais lequel ? Car il y en a plus d'un : et à la rigueur, il se peut que l'accidenté ne présente aucun signe ni d'hystérie, ni de neurasthénie, ni même de névrose traumatique. L'hystérie a ses stigmates, la neurasthénie a ses symptômes et son évolution ; quant à la « névrose traumatique », si mal nommée, c'est un syndrome persistant de commotion cérébro-spinale, dont les manifestations somatiques laissent deviner une atteinte grave ou sérieuse des centres nerveux. Dans la sinistrose, rien de tel. Le sinistré — (pourquoi pas le sinistrosé ?) — ne peut rien faire « parce qu'il est trop faible et parce qu'il souffre ». Cependant cette faiblesse ne l'empêche que de travailler ; toutes les autres occupations lui sont encore possibles, du moins au début.

Quant aux douleurs, rien ne les explique ; leurs localisations surtout et leurs irradiations sont d'une fantaisie que l'anatomie du système nerveux n'avait guère prévue avant 1898.

Ainsi l'algie, « hallucination représentative », d'abord concept sensitif assez vague, se perfectionne par l'auto-analyse, se dégrossit, se limite, se précise et devient hyperesthésie localisée. Désormais, le malade a acquis la certitude qu'il est frappé d'incapacité (1). Il a fixé d'avance et s'est, en quelque sorte, infligé à lui-même les troubles que le traumatisme « *devait* » fatalement entraîner.

Nous avons pris pour exemple la sinistrose survenue, non par le fait, mais à la suite des fractures simples du radius ou de la jambe, c'est-à-dire la sinistrose la plus commune, celle qui depuis la loi de 1898 a quintuplé ou, pour le moins, quadruplé la durée des incapacités post-traumatiques. Mais, d'une façon générale, toutes les blessures se valent. Et pourtant, il en est quelques-unes dont un délire d'occasion peut tirer plus facilement parti. Une plaie de tête, une contusion superficielle du cuir chevelu *doit* — selon la pathologie de la victime — se compliquer de troubles cérébraux ; la logique l'exige. A plus forte raison, si l'accident a déterminé un évanouissement, les plus graves symptômes cérébraux doivent se produire. En effet ils se produisent, et même trop souvent. Mais, dans la sinistrose, ce ne sont pas les symptômes habituels. La sinistrose n'en comporte guère que quatre ; l'insomnie, un mal de tête sincipital plus ou moins pénible, des vertiges indéfinissables et exclusivement subjectifs, et l'irritabilité du caractère.

---

(1) En voici un exemple très simple : « Il y a quelques années un mécanicien ajusteur, gagnant 9 francs par jour, fut atteint d'une fracture de l'extrémité de l'olécrane droit. La guérison fut rapide et complète avec absolue intégrité (anatomique et fonctionnelle) de l'articulation et des muscles. Cependant le Tribunal attribua une petite rente au blessé, qui protesta contre l'insuffisance du taux de la réduction de capacité et maintint qu'il ne pouvait plus exercer son métier.

« Pendant un quart d'heure, dit-il, ça allait encore ; mais tout de suite, j'étais obligé de m'arrêter ». — « Pourquoi ? » — « Ça me résonnait là-haut », et il indique du doigt la région inférieure du deltoïde. Voilà bien une algie qui n'avait aucun rapport anatomique ni avec l'olécrane blessé, ni avec les muscles, ni avec les nerfs brachiaux ou anti-brachiaux. Notre ajusteur renonça donc complètement à son métier. Il fit des démarches à la préfecture de police, obtint la médaille des marchands de quatre-saisons, et poussa pendant quelque temps sa lourde brouette, dur métier. Puis, il se fit cocher-livreur et put tenir en brides ses chevaux, dur métier encore.

Aujourd'hui, nous venons de l'examiner avec nos confrères de La Personne, Emmanuel et Antonelli. Il persiste à soutenir qu'il ne pourrait pas manier une lime : « Tenez, dit-il, rien que le geste de limer, çà me résonne là haut ». Tous les mouvements du coude sont libres, la musculature est puissante ; et nous sommes convaincus de la franchise de cet homme, quand il se lamente : « Je suis veuf, j'ai une fille à élever ; autrefois je gagnais bien ma vie, et je ne suis pas un fainéant ».

Par contre, les phénomènes cérébraux proprement dits font toujours défaut ; pas de myosis, pas de mydriase, pas de diplopie, pas de strabisme, pas de secousses fibrillaires, pas de tremblements, pas de crises épileptiformes, pas de convulsions ni de spasmes limités, pas de contracture, pas de clonus, pas de tachycardie, pas de bradycardie... attendu que tous ces phénomènes, « l'idée image » est toujours incapable de les réaliser, de les extérioriser. Ceux-là, les vrais symptômes *cérébraux* traduisent un état morbide trop spontané, trop indépendant, pour participer — sinon par un hasard exceptionnel — à un syndrome purement *psychique*.

Peut-être plus encore que la nature de la blessure, la nature de l'accident fournit un prétexte à la sinistrose. Bien rarement la victime accepte qu'un grave accident puisse ne produire qu'un traumatisme léger. Un maçon tombe d'un quatrième étage ; c'est un grave accident. On le ramasse respirant encore et on le transporte à l'hôpital où il revient à lui. Par miracle, il n'a qu'une contusion de l'épaule ; c'est un bien léger traumatisme. Il réclame donc son *exeat*. Les jours suivants, il se sent encore endolori ; donc il *doit* avoir quelque lésion interne ; cette lésion va s'aggraver, l'incapacité s'ensuivra ; et déjà le médecin de l'assurance prévoit la reprise du travail pour la fin de la semaine ! Nous choisissons à dessein cet exemple *arrivé* et malheureusement trop rare, bien qu'un mémoire fameux ait été intitulé : *De l'innocuité des chutes d'un lieu élevé* (1).

Les circonstances qui favorisent l'apparition de la sinistrose sont donc assez nombreuses et de nature variée. Mais faut-il invoquer et admettre l'influence d'un de ces *états antérieurs* sur lesquels la jurisprudence s'est prononcée ? (Arrêt de la Cour d'appel, Paris, 9 juillet 1904). En d'autres termes, la sinistrose exige-t-elle une prédisposition ?

Elle n'en exige ni plus ni moins que tous les troubles mentaux ou délires fortuits suscités par un accident ou un incident quelconque, avec ou sans traumatisme préalable. Au demeurant, peu importe, car cette prédisposition était inefficace et inoffensive avant la loi de 1898. Les mêmes blessures guérissaient alors normalement, simplement, selon la bonne vieille coutume des blessures sans garantie. Qu'y a-t-il donc de changé maintenant dans l'effet du traumatisme ? Rien, si ce n'est que la loi assure l'incapacité permanente et que, lorsque toute incapacité d'ordre chirurgical disparaît, une nouvelle incapacité apparaît, celle-là d'ordre médical. Or, il n'appartient pas au médecin de déclarer qu'il y a lieu, ou non, de prendre en considération une prédisposition restée inefficace et inoffensive jusqu'à la loi de 1898. C'est au juge seul d'en décider ; l'expert n'est qu'un témoin, rien de plus, et c'est aussi le juge qui apprécie la valeur de son témoignage.

Mais si, en telle matière, l'interprétation du rôle de la prédisposition relève uniquement de la compétence du juge, le médecin, qui a vu poindre les premiers signes de la maladie et qui en a suivi l'évolution, sait, au moins à l'égal du juge, que la sinistrose n'est pas toujours un produit de génération spontanée. Le médecin ne doit jamais dire : *Post hoc, ergo propter hoc* ; mais, il peut affirmer que certaines influences d'une nature spéciale — et nullement traumatique — sont les véritables causes *déterminantes* de la sinistrose :

Toute incapacité permanente vaut un titre de rente ; c'est la justice comme c'est la loi. Dès l'accident, au moment même où, tout à coup, l'avenir devient si sombre ou si incertain, le blessé se prépare à sauvegarder cette rente problématique, à la défendre *contre l'assurance*. Qui l'en blâmerait ? Il s'y prépare et on l'y prépare. M. le sénateur Chovet, dans son rapport du 17 novembre 1903, disait « que l'ouvrier a besoin d'être protégé contre son inexpérience des affaires litigieuses ; presque toujours, il est une proie trop facile pour les empiriques, pour les faméliques et les agents d'affaires de bas étage ». Les appréhensions de M. le sénateur Chovet ne se sont pas complètement réalisées ; il ne manque certes pas de braves gens bien organisés bien groupés pour porter secours aux victimes du travail. Mais il n'est que trop vrai que l'entrée en scène d'une bande d'aigrefins est devenue pour les blessés une funeste calamité. Ces soi-disant *agents d'affaires* sont des agents provocateurs de sinistrose. Ils s'entendent à cultiver l'idée fixe ; au besoin, ils la font germer. Par les promesses les plus effrontées, ils s'emparent de la confiance de l'accidenté (1) et lui imposent quelques médecins de *leur* libre choix, toujours les mêmes. Un certificat d'incurabilité définitive est bien vite rédigé (2). Ces médecins-là, encore plus méprisables que leurs pourvoyeurs (3), on les compte, on les connaît. Les agissements cyniques d'une demi-douzaine de « médecins marrons » ne réussiront pas à compromettre ce qu'il y a de dévouement de conscience et de dignité dans toute notre corporation médicale — eux mis à part. N'en parlons plus.

Mais il faut bien aussi convenir que la sinistrose est parfois favorisée par le désaccord — plus apparent que réel — de deux médecins de bonne foi : celui du blessé et celui de l'assurance. Si leur collaboration simplement confraternelle était plus étroite, le blessé ne s'ingénierait pas à les opposer l'un à l'autre. Dans un état psychopathique quelconque, le grand remède est toujours la confiance. Le blessé n'a qu'une demi-confiance en son médecin qu'il ne trouve jamais assez pessimiste, et naturellement il se méfie du médecin de l'assurance dont l'optimisme « vénal » le révolte ! Et cependant, de l'optimisme de celui-ci et du pessimisme de celui-là mis en présence se dégagerait l'opinion juste et de simple bon

(1) Il n'était pas alors question de la sinistrose, à laquelle échappa un de nos camarades d'études qui, en 1877, tomba du sixième étage, à travers un vitrail, sur la descente de lit de sa concierge. Amené dans le service de la Clinique chirurgicale de Broca, il y reçut les soins de l'interne Jalaguier, — soins inutiles, car tout se borna à une courbature. L'accidenté (qui lira peut-être ces lignes), est depuis longtemps professeur à la Faculté de médecine de Lyon.

(1) Ils ne s'emparent pas seulement de leur confiance. Le mois dernier, nous examinions en présence de notre estimé confrère le Dr Clerval, un débardeur qui nous faisait ses doléances : son entraîneur lui avait d'abord fait avancer cent francs pour s'occuper de son affaire, puis avait exigé un engagement à lui verser 33 % du capital de la rente *promise*.

(2) Donner un certificat d'incapacité permanente totale à un homme jeune, non épileptique, qui a conservé l'usage intégral de ses quatre membres, de ses deux yeux et de ses deux oreilles, est une faute lourde, selon tous les experts. Cette opinion n'est pas celle des médecins auxquels nous faisons allusion. Mais, il y a mieux : Un jour que nous nous efforcions, avec notre collègue M. Troisier, d'encourager un ex-blessé, robuste et bien musclé, à reprendre peu à peu son travail, le médecin, se tournant vers son client, s'exprima ainsi : « Ces messieurs vous diront tout ce qu'ils voudront, ils sont payés pour ça. Mais vous me croyez, moi, n'est-ce pas ? Eh bien, mon ami, vous êtes un pauvre infirme, pour toujours, et, c'est moi qui vous le dis, vous ne guérirez jamais ».

(3) Voy. un passage sur les « médecins marrons » : VALUDE, *Droit médical*, mars 1907.

sens qui apporterait la meilleure et la plus prompte solution au procès et à la maladie. C'est au médecin de l'assurance et au médecin du blessé de donner l'exemple de l'esprit de conciliation. Au lieu de cela, il arrive quelque fois au médecin Tant-Pis de se faire avocat et de plaider ; il croit devoir majorer le taux de la réduction de capacité pour obtenir « quelque chose », « si peu que ce soit ». C'est peut-être aussi le médecin Tant-Mieux qui a pris les devants en faisant le calcul inverse. Si bien que deux conclusions par trop discordantes (entre lesquelles la victime n'hésite pas) sont soumises à l'expert.

Expert... *Experientia fallax.* Mais certainement l'expert aussi peut se tromper ! Du moins l'expérience des expertises lui a-t-elle appris que l'opinion d'un expert mécontentera toujours un obsédé : cet obsédé est « méconnu, condamné injustement, ses droits lui paraissent menacés, lésés, détruits. Il s'en prend d'abord au médecin, puis au juge, au Tribunal, aux Lois, à la Société à l'Etat » (1).

Si l'idée première qui marque le point de départ de la sinistrose est une idée erronée de revendication, la maladie peut survenir chez n'importe qui, à la suite d'un accident quelconque entraînant une responsabilité civile. A ce propos, le dernier numéro du *Concours Médical* citait le passage que voici : « En cas d'incendie ou d'accident de chemin de fer, n'importe quel bourgeois essaiera de se faire indemniser dans la plus large proportion possible, et chacun trouvera cela naturel ». Rien n'est plus vrai. Mais les prétentions du *bourgeois* sont, en pareil cas, soumises à la même appréciation juridique que les prétentions de l'*ouvrier* blessé dans le même incendie ou dans le même accident de chemin de fer. L'indemnisation *la plus large possible*, visée par le correspondant du *Concours médical*, comporte les dommages-intérêts prévus par les articles 1382, 1383, etc., du Code Civil et exclus par la loi de 1898. Du reste, tout comme l'ouvrier, le bourgeois pourra payer son tribut à la sinistrose. Exemple : Au mois de janvier 1906, un honorable député qui avait été victime d'un léger accident de chemin de fer recevait les soins de notre collègue le Dr Rémy. La guérison fut rapide, mais la sinistrose était déjà caractérisée. Or, comme le blessé continuait de prendre part aux débats parlementaires, comme il venait même de déposer son bulletin, au Congrès de Versailles, en faveur du Président Fallières, il nous fut possible d'établir (par application de la loi de 1898 qu'il avait votée), que sa capacité ouvrière n'avait subi qu'un déchet tout à fait insignifiant, à supposer que ce déchet existât. La question des dommages-intérêts fut réglée à l'amiable et la sinistrose n'alla pas plus loin.

L'obsession de la sinistrose est, en effet, de celles qui disparaissent le plus souvent avec la cause qui les a fait naître. Le plus souvent, mais non pas toujours. En effet, certaines conditions, principalement d'ordre pathologique, l'entretiennent et la prolongent. D'abord, il faut tenir compte de la réduction matérielle de capacité qui résulte soit d'un raccourcissement, soit d'une cicatrice superficielle, soit d'une adhérence ou d'une bride profondes. D'autres fois — et alors, très fréquemment — quelques symptômes ou quelques stigmates persistants de neurasthénie et d'hystérie s'ajoutent au syndrome purement psychique de la sinistrose, et l'amplifient (2). En pareil cas, le diagnostic est toujours délicat. Mais l'étude des commémoratifs permet de reconnaître que l'idée fixe d'où procède la sinistrose est venue après coup, que c'est une idée parasite et que le traumatisme ne l'a pas par lui-même imposée à l'esprit avec une force inéluctable.

Ce n'est guère que chez les sujets âgés que la sinistrose peut devenir grave. Passé la soixantaine, l'ouvrier n'est plus en état de reprendre, après des mois ou des années de chômage, l'habitude du labeur quotidien. Comment espérer que sa bonne volonté, depuis si longtemps paralysée, redeviendra sensible à des encouragements? Peut-être même sera-t-il indifférent à l'issue favorable de son procès ? La hantise du mal « sans remède » lui a rendu trop pénible la difficulté de vivre, trop angoissante la misère. Qui sait si le désespoir ne va pas mettre le comble au désordre mental ?

Liersch, à qui nous venons d'emprunter un passage (1), a parfaitement exposé l'évolution du syndrome que nous avons baptisé *sinistrose*. Malheureusement, il a attribué à deux choses tout à fait distinctes — la simulation consciente et l'exagération inconsciente — un même nom, celui d'*aggravomanie*. Or, il n'y a, entre la simulation et l'exagération inconsciente (aggravomanie honnête ou sinistrose), aucun rapport, à l'exception du rôle étiologique que peut jouer l'entraîneur. En outre, il nous semble que Liersch n'accorde pas une valeur suffisante aux phénomènes émotifs, sensitifs, cénesthésiques qui succèdent à la période de méditation. Et si, par hasard le malade « devient aliéné », Liersch ajoute : « Il n'y a plus alors d'*intention mauvaise* ; le mobile n'est plus le besoin, le souci, l'anxiété ». Liersch a donc fort bien distingué les deux périodes ; certainement, le mobile n'est plus le besoin, le souci, l'anxiété, et nous nous sommes efforcé de le démontrer. Mais jamais ni le besoin, ni le souci, ni l'anxiété n'ont impliqué une *intention mauvaise*. Voilà un nouvel inconvénient du mot *aggravomanie*.

Nous terminerons donc comme nous avons commencé :

La prolongation exceptionnelle de l'incapacité ouvrière, constatée par tous les chirurgiens à la suite des accidents du travail, tient à un état psychopathologique spécial qui est la *sinistrose*, et qui ne peut être confondu ni avec l'exagération ni avec la simulation conscientes.

PRATIQUE CHIRURGICALE

La laparotomie dans la péritonite tuberculeuse.

Par le Dr J. Tissot,

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Chambéry.

La tuberculose péritonéale, souvent secondaire et simple épisode au cours d'une tuberculose généralisée, peut être primitive et acquise. On connaît la loi de Louis : « Les tubercules ne se développent pas dans un organe s'il n'y en a pas en

(1) Liersch. — *Monatshefte fur Unfallsheilkunde*, Octobre 1903, cité par Vergely.

(2) L'hystérie, toujours ingénieuse, aggrave la situation d'autant plus sûrement qu'elle est un produit plus immédiat et plus complet de ce que nous avons appelé l'*hystériculture*. La lecture d'un chapitre de pathologie est toujours suggestive. On s'y reconnaît : « Tiens ! voilà ma maladie ». L'hystérique aime la lecture. Un blessé que nous avons examiné avec notre collègue le Pr Raymond avait appris (mieux que beaucoup d'étudiants) la paralysie cervicale radiculaire totale. Il savait son Déjerine ; on lui avait prêté le volume ou enseigné le syndrome. Il employait les termes techniques. Malheureusement, il se trompait constamment sur les territoires d'anesthésie.

(1) *In* Vergely. — *Journal de médecine de Bordeaux*, 26 janvier 1908.

« même temps dans les poumons. » Cette loi est trop absolue ; la tuberculose péritonéale peut être la première manifestation clinique de l'invasion de l'organisme par le bacille de Koch, qui peut même traverser la muqueuse intestinale saine sans laisser de traces de son passage (expériences de Dobroklousky). Grisolle, qui a donné une si belle description de la tuberculose péritonéale, a le premier établi qu'elle pouvait être primitive.

On sait qu'il existe trois formes de péritonite tuberculeuse : miliaire aiguë, chronique ulcéreuse, chronique fibreuse.

La péritonite tuberculeuse miliaire aiguë peut s'observer au cours d'une tuberculose généralisée ; mais elle peut être primitive. En pareil cas on trouve assez souvent un épanchement pleural simple ou double. Il y a fort longtemps déjà, Godelier avait voulu faire de cette coexistence une loi. D'après Boulland, on trouverait des lésions pleurales concomitantes des lésions péritonéales deux fois sur douze. La forme miliaire aiguë est généralement fatale quoiqu'on fasse et dans un délai assez court. La guérison est cependant possible. Je viens d'en observer un cas très net.

Un jeune homme de 18 ans, qui n'avait présenté dans ses antécédents qu'une synovite tendineuse, fut pris de tuberculose miliaire aiguë avec épanchement ascitique considérable, épanchement pleural double et fièvre très élevée variant entre 39°5 et 40°. Après un mois d'état fébrile, tout cet orage s'apaisa progressivement ; les épanchements séreux se résorbèrent et il ne resta plus qu'un peu d'induration du sommet pulmonaire droit. Bien que l'avenir de ce malade reste douteux, il n'en est pas moins vrai qu'on peut le citer comme un cas de guérison de la forme miliaire aiguë.

La forme chronique ulcéreuse n'a aucune tendance à la régression ; elle se complique souvent d'abcès enkystés, qui, suivant leur localisation, amèneront une symptomatologie variée. Elle s'accompagne généralement de lésions des ganglions mésentériques et des organes pelviens. C'est la forme décrite par Grisolle, qui disait à son sujet : « La péritonite chronique ne guérit que rarement et jamais quand il y a tuberculose ». Grisolle avait raison ; mais il ne connaissait que cette forme de tuberculose péritonéale.

La forme fibreuse s'accompagne plus souvent que les autres d'ascite, d'autrefois, par excès du processus scléreux, de brides, d'adhérences. La transformation en tissu fibreux est un des modes de guérison du tubercule ainsi que l'a établi Grancher. Cette forme tend naturellement vers la guérison.

Si, anatomiquement, ces trois formes de péritonite tuberculeuse se différencient nettement, il n'en est pas de même en clinique. En dehors du diagnostic de la nature de la péritonite que l'on doit toujours faire, ce qu'il faut surtout considérer au point de vue chirurgical, le seul que j'ai en vue, c'est le diagnostic des accidents causés par les tubercules péritonéaux.

Je laisserai de côté les cas d'obstruction intestinale par brides, coudures de l'intestin, les adhérences variées que l'on observe surtout dans la forme fibreuse et dans la forme ulcéreuse sèche ; les abcès enkystés, ou la forme suppurée généralisée, qui relèvent de la forme ulcéreuse et leurs complications multiples, pour ne m'occuper que d'une conséquence de la péritonite tuberculeuse : l'ascite.

L'ascite n'est pas spéciale à une forme ou à une autre de tuberculose péritonéale ; elle s'observe dans toutes, mais en particulier dans la forme miliaire pleuro-péritonéale et dans la forme fibreuse. Elle est en général précédée de météorisme. Portal disait à ce sujet : « Les grands vents précèdent la pluie ». J'en ai observé l'année dernière un cas très net chez une veuve de 45 ans, qui venait me voir pour un météorisme assez accentué et durant depuis un mois. Je ne trouvai aucune lésion d'organe ; il n'existait que de l'amaigrissement et de la perte des forces. Deux mois après, je revis cette malade et cette fois je trouvai une ascite déjà considérable. Le diagnostic s'imposait ; je fis une laparotomie ; le péritoine était tapissé de tubercules assez gros. La guérison fut rapide et six mois après je ne constatai aucune récidive.

Bien que l'intervention chirurgicale, dans la tuberculose péritonéale, comprenne, en dehors de la laparotomie, les ponctions évacuatrices suivies ou non de lavages péritonéaux avec de l'eau bouillie ou des solutions médicamenteuses, ou bien injection d'oxygène, je ne m'occuperai ici que de l'incision de la paroi abdominale, qui est la véritable intervention de choix. Il est banal de répéter que la laparotomie dans l'ascite tuberculeuse naquit d'une erreur de diagnostic et fut pratiquée la première fois en 1862 par Spencer Wells chez une malade qu'il croyait atteinte de kyste de l'ovaire. Cette malade guérit et vivait encore 27 ans plus tard. Il paraît surprenant qu'un clinicien de la valeur de Spencer Wells pût confondre une ascite avec un kyste de l'ovaire. On s'explique parfaitement le fait quand on a observé des cas pouvant prêter à erreur. Il y a quelques années, je vis une jeune fille paraissant jouir d'une santé superbe et présentant les signes classiques d'un kyste de l'ovaire. C'était une ascite tuberculeuse dont une portion considérable était emprisonnée et immobilisée par une contracture des grands droits.

La laparotomie mit au jour un péritoine farci de petits tubercules miliaires; le péritoine entourant l'utérus et les ovaires était atteint. Il y eut une récidive au bout d'un an, la même contracture se produisit, et un gynécologue distingué de Lyon, consulté, commit la même erreur. Cette jeune fille mourut de tuberculose généralisée au bout d'un an.

Quel est le mode d'action de la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse. Expérimentalement, Stchegoleff a constaté chez les animaux que la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse amène la guérison par régression des tubercules ; par leur transformation fibreuse grâce à une phagocytose très active. Cette phagocytose serait déterminée par des agents physico-chimiques et mécaniques : traumatisme, influence thermique, air, lumière. Guinard arrive aux conclusions suivantes : « Nous pensons, avec Kœnig, Pic, Truc, « Cecherelli, Getti, que la laparotomie favorise « la régression et la transformation fibreuse des « tubercules par un processus qui a été étudié « expérimentalement chez les animaux par Kischewski. Dans une étude très soignée, cet auteur « a vu qu'à la suite de l'intervention simple ap- « paraît régulièrement dans le péritoine un exsu- « dat séreux, qui exerce une action bactéricide « sur les bacilles tuberculeux ; c'est cette destruc- « tion qui provoque le processus fibro-formateur « dont la guérison est la conséquence. »

Si dans certains cas de péritonite tuberculeuse avec ascite, la laparotomie donne de très bons résultats, dans d'autres, elle est inutile ou même nuisible. On ne peut faire de l'ascite tuberculeuse et de la laparotomie les deux termes d'une équation. Il est donc indispensable de bien connaître les indications et les contre-indications de cette intervention.

1° Les formes aiguës et surtout fébriles ne doivent pas être opérées. Je suis intervenu chez une jeune bonne de 20 ans, qui, avec un épanchement ascitique notable, présentait un épanchement et une température vespérale de 38°. La récidive fut rapide et cette jeune fille mourut six mois après de tuberculose généralisée que rien ne put enrayer.

La tuberculose pleurale concomitante est une contre-indication à la laparotomie. En général l'intervention ne donne aucun résultat chez ces malades et aggrave plutôt leur état.

2° La tuberculose pulmonaire n'est pas une contre-indication aussi absolue que la tuberculose pleurale. Pic, sur 27 cas de tuberculose pulmonaire avec tuberculose péritonéale à forme ascitique opérés, donne 5 améliorations et 12 états stationnaires. D'après Debove, la disparition des lésions abdominales exercerait une influence heureuse sur la marche de la tuberculose pulmonaire.

Malgré tout, il ne faut pas s'attendre à des résultats brillants dans ces cas. Il y a deux ans, je laparotomisai une fillette de treize ans atteinte d'ascite avec induration des deux sommets pulmonaires. Je trouvai le péritoine tapissé de granulations tuberculeuses dont quelques-unes étaient grosses comme un pois. Elle succomba huit mois après à sa tuberculose pulmonaire.

Si donc la tuberculose pulmonaire n'est pas une contre-indication absolue, elle commande une réserve prudente.

3° La tuberculose intestinale, les formes miliaires généralisées, sont des contre-indications absolues. Il en est de même des lésions tuberculeuses étendues, soit articulaires, soit osseuses.

Quelles sont les véritables indications de la laparotomie dans l'ascite tuberculeuse ?

1° Chez la femme, toutes les fois qu'avec des lésions péritonéales tuberculeuses on soupçonnera des lésions annexielles, qui en sont le point de départ, on aura intérêt à intervenir et à faire l'ablation des annexes malades. On supprimera ainsi un foyer tuberculeux initial ;

2° Une forme spéciale d'ascite à laquelle on a donné le nom d'ascite essentielle des jeunes filles, forme étudiée d'abord par Wolff, puis par Cruveilhier et dont Bailly a fait une modalité clinique de la tuberculose génitale indique formellement l'intervention. C'est dans cette forme que l'on a les plus beaux succès. J'ai le souvenir d'une laparotomie pratiquée dans un cas pareil, il y a une quinzaine d'années, chez une jeune fille qui est toujours vivante et bien portante. ;

3° C'est lorsque les poumons sont indemnes, qu'il y a de l'apyrexie, que le foie et le rein ne sont pas touchés, que l'allure est franchement chronique, qu'en même temps qu'une ascite à tendance stationnaire, on constate la présence de masses indurées (forme fibro-caséeuse avec ascite) que l'indication de la laparotomie se pose nettement et que l'on a des succès. Et cependant, même dans ces cas, on assiste à des revers. En avril 1900, je fis une laparotomie à une jeune fille de 16 ans dans ces conditions. Le péritoine était tapissé de petits tubercules ; le liquide renfermait des filaments de fibrine. L'ascite disparut ; mais il persista des douleurs abdominales vagues et de la crépitation amidonnée sus-pubienne. Quatre mois après cette jeune fille était emportée par une granulie aiguë.

4° Dans les formes ulcéreuses, la laparotomie n'est justiciable qu'en cas d'épanchement purulent, généralisé ou enkysté. Et les résultats sont peu encourageants.

La technique opératoire à suivre est des plus simples. L'ouverture abdominale doit être sous-ombilicale, de petite étendue. Elle peut se faire avec l'anesthésie cocaïnique. L'hémostase doit être faite soigneusement ; les tissus sont souvent très vascularisés. L'ouverture du péritoine, souvent épaissi et saignant, mérite de l'attention : on peut trouver au-dessous une anse intestinale adhérente. Une fois le liquide évacué, réséquer les parties malades : appendice, ovaires, etc. Le dépouillement attentif des opérations de laparotomie dans la péritonite tuberculeuse montre que l'intervention nécessaire et suffisante est l'incision simple avec évacuation du liquide ; que l'ablation des fausses membranes, le lavage péritonéal soit avec de l'eau stérilisée, soit avec des solutions antiseptiques ou modificatrices sont tout au moins inutiles. La paroi abdominale doit être suturée par une suture à trois plans.

L'ulcération tuberculeuse de la ligne de suture, l'éventration, les fistules intestinales et les récidives sont les suites opératoires que l'on peut observer.

Quels sont les résultats de l'intervention chirurgicale dans la péritonite tuberculeuse ? Sur 368 cas, Roersch, cité par Guinard, accuse une mortalité brute et immédiate de 83, soit 23 % se décomposant en 32 morts post-opératoires et 51 morts éloignées. Manganicci, en 1896, sur 253 cas donne une mortalité de 37, soit 14,6 p. % se décomposant en 15 morts post-opératoires et 22 tardivement.

En 1897, Marchthurm donne une statistique de 19 cas de péritonite tuberculeuse laparotomisés et observés tous chez des femmes, à la clinique du professeur Chrobak de Vienne. Sur ces 19 cas il cite une mort post-opératoire ; 12 guérisons, dont deux moururent de tuberculose pulmonaire deux à cinq ans après l'opération ; 3 récidives locales. Chez 11 malades de cette série de 19 on constata des lésions pulmonaires concomitantes ; deux guérirent complètement.

Dans les numéros 2 et 3 de la *Deutsch. med. Wochenschrift* (1901), Baumgart rapporte 36 cas de péritonite tuberculeuse traitées les unes par laparotomie, les autres par la colpo-cœliotomie. Il trouve que la laparotomie a donné le 64,7 p. % de guérisons définitives, le 5,8 p. % d'améliorations et le 29,4 p. % de morts ; que la colpo-cœliotomie a donné 57 p. % de guérisons ; 14,3 % d'améliorations et 28,5 % de morts ; que cette dernière opération donne moins de chocs opératoires et expose moins à l'infection que la laparotomie.

Lauper, de Berne (1901), cite 22 cas de péritonite tuberculeuse observés dans la clinique du professeur Kocher, dont 16 femmes et 6 hommes. Des 14 malades opérés par Kocher, 10 moururent dans l'année.

Dans une communication faite à l'Association centrale des médecins suisses (mai 1906), Bircher, donnant les résultats observés dans la tuberculose péritonéale à la clinique d'Aarau, relate que jusqu'à la fin de 1880 tous les cas furent traités médicalement. Sur 32 cas on obtint 10 guérisons (31 %) ; 6 améliorations (19 %) ; 2 insuccès (6 %) ; 14 morts (44 %).

Depuis 1880, tous les cas furent traités par la laparotomie suivie de lavage avec une solution phéniquée à 1 %, ou à l'eau stérilisée, 63 cas donnèrent 24 guérisons (37 %) ; 21 améliorations (33 %) ; 10 insuccès (16 %) ; 9 morts (14 %) et il conclut que la laparotomie avec ou sans lavage de la cavité constitue le traitement de choix.

Quelle conclusion faut-il tirer de ces faits ? Tout d'abord, il faut dire que beaucoup de cas de tuberculose péritonéale, surtout chez les enfants, ont une tendance naturelle à la guérison, qu'il n'y a souvent qu'un traitement hygiénique à instituer pour aider la nature. Certaines formes : miliaire aiguë et chronique ulcéreuse, se terminent

L'OMNIUM DES CONSTIPÉS

« *Les 5* **Produits Châtelguyon-Gubler**
« *constituent un traitement complet*
« *de la* **Constipation** *et de l'***Entérite**. »

	INDICATIONS	MODE D'EMPLOI
(1 **EAU** DE **GUBLER** — Eaux Minérales de CHATEL-GUYON SOURCE GUBLER — Déconstipante	**Constipation chronique.** **Entérites.** **Dyspepsies intestinales.** **Colonialites.**	**Régime** : aux repas, mêlée aux boissons, quantité à volonté. **Cure** : 3 f. p. j., 1 h. av. les repas, 1/2 v. à 2 v., 5 à 6 semaines. (*Régulateur de l'intestin ; puissant modificateur local et général*).
2) **COMPRIMÉS** DE **CHATELGUYON-GUBLER** — Laxatifs.	**Toutes les constipations.** **Entérite muco-membraneuse.**	8 à 10, pour 1/2 verre d'eau pure ou de Seltz, à jeun. (*Effet rapide ; pas d'accoutumance*).
(3 **GUBLER CONCENTRÉE** — CHATEL-GUYON GUBLER CONCENTRÉ — Purgative	**Constipation chronique.** **Embarras gastriques.** **Maladies du foie.** **Congestions viscérales.** **Congestions cérébrales.**	1 verre, le tiers de la bouteille, en 2 fois, à jeun. (*Purgation agréable, très douce et très sûre*).
4) **PASTILLES** DE **C.G.-GUBLER** — PASTILLES DE CHATEL-GUYON SOURCE GUBLER — Digestives	**Dyspepsies flatulentes.** **Lourdeurs et Aigreurs d'estomac.**	En croquer 3 ou 4 après chaque repas. (*Menthe, Citron, Oranger, Anis*).
(5 **LES 3 SONDES INTESTINALES CHATELGUYON-GUBLER** — Toutes Entéroclyses	Nos 1 et 2 : **Coprostases.** No 3 : **Hyper et Hypothermies. — Infections intestinales. — Intoxications généralisées. — Sérumisations.**	No 1 : pour lavements simples. No 2 : pr entéroclyses profondes. No 3 (*Appareil bi-courant*) : pr irrigat. continues. (*Instruments parfaits, très ingénieux ; Adultes et Enfants.* **Dem. Notice spéciale.**

Société des Eaux de Châtel-Guyon,
1, rue Rossini, PARIS

Demander le Memento médical avec Bon-Prime.
50 o/o aux Médecins : usage personnel.
30 à 40 o/o aux Médecins-Pharmaciens : revente.

CHOCOLATS ET SUCRES D'ORGE « CHATELGUYON-GUBLER »

Ces **Produits Hygiéniques**, de qualité hors pair, sont préparés par M. Rouzaud, l'habile confiseur de Royat, qui a réussi à leur incorporer une dose déterminée de Sels de Gubler, sans nuire en rien à leur finesse et à leur saveur. Ils complètent heureusement l'**Omnium thérapeutique des Constipés**, en ce qui concerne leur diététique et leur alimentation. — (*Demander la Notice spéciale*).

Correspondance hebdomadaire
(*Suite*).

Dr A., B., à *Concours.* — Merci de votre lettre du 9 novembre 1907.

Je m'empresse de vous faire savoir que M. le Préfet du Département de X..., m'informe que la note d'honoraires pour les soins que j'ai donnés aux pupilles de l'A. P. de son département *en l'absence ou après refus du médecin officiel du service de voir ces pupilles*, me sera payée par ce service. Il y a là un précédent peut-être précieux pour les confrères qui comme moi sont dépourvus de services officiels et peuvent être amenés à voir des indigents ou assistés de circonscriptions voisines.

(N. B. Je n'ai pas eu besoin d'assigner les maires ou gardiens).

Autre question soumise à votre bonne obligeance et qui peut intéresser chacun de nous.

Un pharmacien nouvellement installé dans la région et qui ne se prive ni de battre la grosse caisse, ni de consulter occultement, pare ses flacons d'étiquettes flamboyantes notamment avec les titres *ex-interne des hôpitaux, ex-préparateur à la Faculté de médecine, ancien pharmacien militaire.* Il signait ses analyses du titre de correspondant d'une Académie étrangère.

Le secrétaire de l'académie en question m'a écrit que ce monsieur n'avait droit à aucun titre de correspondant. Quant aux qualités d'ancien pharmacien militaire, interne et préparateur que je crois tout aussi usurpées (je suis sûr que ce Monsieur n'a jamais été pharmacien militaire, au moins en tant qu'officier) comment pourrai-je rechercher leur réalité, et si l'usurpation de titre est confirmée, peut-elle être empêchée ?

Réponse. — Cette usurpation de titres ne peut être poursuivie qu'*en concurrence* déloyale devant le tribunal de commerce par un pharmacien ou son syndicat, si on prouve les titres faux et usurpés.

Dr K., T., à *Concours.* — 1° J'ai égaré le n° 31, (trente et un) du journal. année courante : prière de me le remplacer.

2° Nous sommes à C... 3 ou 4 chirurgiens sollicitant l'administration des hospices de nous reconstruire une maison de santé démodée. Un des administrateurs nous répond : « Oui mais il existe déjà en dehors de la ville une maison de santé, qui appartient à un chirurgien. Celui-là ne réclame pas, mais si par hasard une ou plusieurs autres se construisaient (chose improbable car la ville a 60.000 habitants au maximum) n'aurait-on pas le droit de

presque fatalement par la mort. Mieux vaut s'abstenir en pareille occurrence. Ceci posé, il est incontestable que, dans certains cas d'ascite tuberculeuse l'intervention chirurgicale a un effet curatif non douteux. Et si on en est revenu de l'enthousiasme exagéré d'il y a quinze ans, il ne faut pas tomber dans l'excès contraire. Observer attentivement chaque cas, bien peser le pour et le contre et ne se décider qu'à bon escient, tout en faisant des réserves prudentes pour l'avenir, telle est la règle de conduite que je crois bonne à suivre.

THÉRAPEUTIQUE

Diagnostic et traitement de l'angine ulcéro-membraneuse.

Par le Dr Fréjoux.

Il n'est pas exceptionnel d'observer en clientèle l'amygdalite ulcéro-membraneuse à bacilles fusiformes de Vincent. Quand cette maladie n'est qu'une localisation de la stomatite ulcéro-membraneuse, son diagnostic est assez facile. Mais elle peut aussi évoluer isolément, et l'on conçoit alors l'embarras du praticien.

Est-ce bien là une angine de Vincent, et ne s'agit-il pas plutôt d'un chancre syphilitique ou d'une lésion diphtérique ? La question est sérieuse et doit être résolue sans retard.

Deux cas observés récemment, nous ont remis à l'esprit cette difficulté de pratique courante, et peut-être, n'est-il pas inutile d'y insister un moment.

Trois symptômes essentiels doivent faire penser à l'angine de Vincent : *la fétidité de l'haleine*, *une salivation abondante*, l'existence d'une ulcération *unilatérale*.

Presque toujours, pour ne pas dire toujours, il existe aussi sur l'amygdale un enduit grisâtre ayant l'apparence d'une fausse membrane, et qui fait penser à la diphtérie. Mais on remarquera que l'état général reste bon, et que, sous la fausse membrane, il existe une véritable et souvent profonde ulcération. On pensera aussi que dans la diphtérie, la fausse membrane se développe vite, envahissant les muqueuses voisines, et ne reste pas isolée comme dans l'angine de Vincent.

Cette ulcération large et profonde fait alors songer au chancre syphilitique, et dans les deux cas il y a de l'adénopathie.

Mais celle-ci est plus étendue dans la syphilis. Elle atteint les ganglions cervicaux, tandis que, dans l'angine ulcéro-membraneuse, elle se limite aux seuls ganglions sous-maxillaires.

De plus, dans la syphilis, on palpe *un gros* ganglion entouré par beaucoup d'autres plus petits, et si on examine la région amygdalienne on la trouve indurée. Elle est beaucoup plus souple et plus douloureuse dans l'angine de Vincent.

On fera bien de se rappeler aussi que cette amygdalite est souvent en rapport avec l'évolution dentaire. C'est ainsi que, chez nos deux malades, ayant 22 et 25 ans, il existait nettement une dent de sagesse en évolution.

Quel traitement faudra-t-il utiliser contre cette affection contagieuse et de longue durée ? Les simples gargarismes sont, à notre avis, insuffisants, et il faut recourir aux lavages de la gorge. Autrefois, nous utilisions une solution de phénosalyl à 5 p. 1000, mais nous avons reconnu que cet antiseptique déterminait au bout de quelques jours des lésions dentaires. Quand les dents ne sont pas absolument saines et résistantes, il favorise et agrandit leurs cassures. Aujourd'hui, nous préférons employer l'oxygène naissant.

Ce moyen est sans danger pour les tissus et l'état général, et plusieurs praticiens, ici même, ont écrit qu'en utilisant la fermentation oxygénée qui vient de l'anios, c'est-à-dire une production illimitée d'oxygène naissant, on obtient sans inconvénient des résultats germicides et kératoplastiques supérieurs.

Chez nos deux malades nous avons donc ordonné des lavages de la gorge avec une solution tiède d'anios à 2 °/₀. Un bock ordinaire contenant un litre de cette solution est placé à 50 ctm. au-dessus du niveau de la bouche, et après avoir fait pencher la tête du malade au dessus d'un récipient, on dirige le jet de la canule sur tous les points de la muqueuse bucco-pharyngée en insistant sur la région ulcérée. Ces lavages furent faits 4 fois par jour, et dans l'intervalle on devait cautériser la lésion amygdalienne à la teinture d'iode.

Dans les deux cas ce traitement s'est montré très actif. La salivation a diminué, la fétidité de l'haleine n'a pas tardé à disparaître et l'enduit grisâtre ne s'est plus reproduit. Au bout de 4 à 6 jours, l'ulcération était nettement rétrécie, et l'adénopathie s'effaçait, la douleur était moins vive, les symptômes inflammatoires aigus rétrocédaient. Nous avons fait alors continuer les lavages d'anios 3 fois par jour avec une seule application iodée matin et soir.

La guérison complète fut obtenue chez l'un de ces malades en 9 jours de traitement, et chez l'autre en 11 jours.

Ce sont là des résultats fort encourageants et qu'il faut, selon nous, attribuer à l'anios peut-être plus qu'à la teinture d'iode. Autrefois, en effet, nous avons soigné plusieurs angines de ce genre avec la teinture d'iode et des lavages au phénosalyl et à l'eau phéniquée, en ajoutant même parfois le chlorate de potasse pris à l'intérieur.

L'amélioration était plus tardive et il fallait en moyenne deux bonnes semaines pour guérir cette affection. Ces faits semblent prouver que la solution d'anios *à 2 °/₀ aurait une supériorité antiseptique* sur les solutions précédemment employées, et cela n'a pas lieu de surprendre, puisque le trioxychlorométhyle de vanadium détermine au contact des plaies une production incessante d'oxygène naissant. Il agirait donc sur l'ulcération amygdalienne, tout à la fois en détruisant les bacilles fusiformes et en excitant la vitalité des cellules, c'est-à-dire leur résistance à l'infection.

Les affections de la bouche et du pharynx nous paraissent donc susceptibles d'être rapidement influencées par l'action permanente d'un oxygène sans cesse renouvelé, et comme, d'autre part, l'anios est sans danger, même absorbé par les enfants, il est probable que dans l'avenir, il remplacera pour les gargarismes et les lavages de la gorge les autres antiseptiques, même l'eau oxygénée, dont le grand défaut est de colorer en noir la muqueuse linguale.

NOTES D'HYGIÈNE

Tempérants et abstinents

(*Réponse.*)

Dans le *Concours* du 3 novembre 1907, je prenais la défense du vin considéré comme boisson hygiénique. Dans le *Concours* du 26 janvier der-

nier, M. Legrain, qui mène brillamment et ardemment, comme chacun sait, le bon combat de l'abstinence dans ses *Annales antialcooliques*, me reproche mon opinion et m'invite à rompre avec lui quelques lances, lui en faveur de « l'abstinence totale », moi en faveur du « modérantisme ». M. Legrain est radical, je l'en admire sans qu'il me persuade. Je suis tout bonnement opportuniste et j'encours de la part de M. Legrain, dans son journal, le reproche tout confraternel de n'être pas « un tantinet révolutionnaire ». J'avoue n'en avoir pas le courage, mais j'affirme avoir le courage de mes idées et c'est pour cela que j'accepte volontiers l'invitation courtoise de M. Legrain.

Mon contradicteur ne me connaît pas, déclare-t-il. Je lui demande la permission de me présenter : viticulteur ne puis, négociant ne daigne, médecin suis. Pareille formalité serait superflue de la part de M. Legrain que je n'ai jamais vu, mais que je connais scientifiquement et dont j'estime fort les écrits et les actes. La preuve en est que, dans un volume récemment paru et que les *Annales antialcooliques* viennent d'analyser, j'ai cité plusieurs fois ses opinions et exprimé le vif regret que « la Source » soit une œuvre qui n'ait pas suscité plus d'imitations ; cette « source » dont j'ai expliqué les moyens d'action et la méthode, dont j'ai hautement loué non pas *le* mais *les* directeurs, dont un de mes malades enfin, qui était allé y recouvrer sa volonté et sa dignité, me confirmait, à son retour, dans tout le bien que j'en pensais à l'avance.

Et ceci n'est pas seulement le salut d'un adversaire avant le duel. C'est, tout de suite et sans tarder, une réponse, à une objection de M. Legrain qui me reproche de « lui avoir laissé « l'impression de ne pas connaître assez l'argu« mentation de ceux qui ont créé en faveur de « l'abstinence un véritable monument....., une « science antialcoolique que l'on ignore faute de « temps et de documents ».

L'argumentation et les documents de la partie adverse, les modérantistes les connaissent également par d'autres écrits, par ceux, entre autres, du Dr Forel, de Zurich, un des collaborateurs des *Annales antialcooliques*, un des manifestants les plus autorisés des différents congrès antialcooliques internationaux.

« Partie adverse », écrit M. Legrain ! Sommes-nous bien une partie adverse ? Les modérantistes ne le pensent pas. Ils s'honorent d'appartenir à la même armée que les abstinents absolus. Seulement ceux-ci combattent à l'avant-garde et ne voient pas, dédaignent même la seconde ligne, les troupes de soutien. Nous leur reprochons courtoisement cette attitude, comme un tort de leur part, parce que leur exclusivisme entraîne un manque de cohésion qui est une cause de faiblesse. Saint Pierre, intransigeant, qui refusait d'admettre les Gentils parmi sa suite et les repoussait n'eût peut-être pas réussi à fonder le catholicisme s'il n'eût été secondé par Saint Paul, plus tolérant, qui les acceptait et les enrôlait parmi les siens. Or, le règne de la Tempérance est peut-être aussi difficile à ériger actuellement en France que le fut autrefois le règne du Christ par le monde. Nous voulons bien des Gentils. Nous sommes même des Gentils.

C'est donc plutôt une question de doctrine, non fondamentale, qui nous sépare. « Nous sommes en un temps d'alcoolisme à outrance que personne ne nie, *même parmi les proviniques* », dit M. Legrain. Malgré la dernière incidente un peu dure pour eux, les proviniques sauraient d'autant moins nier l'alcoolisme qu'ils ont la prétention de le combattre. « Quant à s'évertuer à trouver des vertus alimentaires à cette « boisson fermentée, personne n'ignore, conti« nue notre contradicteur, qu'on en trouvera « facilement davantage et à meilleur compte « dans le moindre des aliments ». Nous sommes d'accord et ce n'est pas nous qui nous sommes évertués. Pour ne citer que des Français, c'est Duclaux, c'est Roux, c'est Richet. Nous sommes si bien d'accord que dans un livre que M. Legrain a qualifié de « livre officiel et de bréviaire des sages » (1), il est écrit, page 2, que l'alcool, pur ou dilué, « est un aliment faible, un aliment « d'épargne seulement, un aliment cher, un ali« ment secondaire, inférieur à la graisse et au « sucre ».

Voilà, n'est-il pas vrai, des points de contact, des terrains d'entente, mais il y a aussi des points de friction. Le premier consiste en l'usage des boissons hygiéniques et, parmi elles, du vin, que les uns condamnent, que les autres autorisent. Nous sommes de ceux qui l'autorisent à dose modérée et, à ce sujet, M. Legrain déclare, dans les *Annales antialcooliques*, sinon dans le *Concours*, « attendre avec avidité que nous voulions lui définir la modération ». Ailleurs que dans le *Concours*, nous avons dit : « le directeur de l'Ins« titut Pasteur, le regretté M. Duclaux, com« mentant les expériences de Bénédict et Atwa« ter, a écrit qu'un homme sain peut boire sans « aucun danger — et nous le croyons comme lui « — 75 centilitres de vin par jour ».

Sur quoi repose notre conviction ? Sur des arguments d'expérimentation, d'observation et d'autorité. Nous allons les résumer brièvement.

I. — Il y a d'abord les expériences de Bénédict et Atwater. Elles sont trop récentes, elles ont déchaîné de trop vives colères, elles ont été interprétées de façons trop contradictoires pour qu'on les ait oubliées. Inutile de les commenter. Antérieurement à elles, d'ailleurs, il y a eu, en France, des recherches très curieuses de MM. Broca, Sapelier et Thibault, dont le résultat a été communiqué à l'Académie de Médecine, le 26 décembre 1899. Voici en quoi consistent ces recherches. MM. Broca, Sapelier et Thibault, après avoir accoutumé un cheval à absorber de l'alcool par la bouche, ont extrait du sang de cet animal un sérum qui, injecté à des animaux ayant pris préalablement l'habitude et le goût de l'alcool, a produit chez ces animaux un dégoût tel de l'alcool qu'ils ont préféré s'abstenir de boisson ou de nourriture plutôt que de continuer à en absorber contenant de l'eau-de-vie.

Les mêmes auteurs, encouragés par ces constatations, ont fait des essais chez des buveurs non arrivés au terme de la déchéance organique, mais parvenus à cette période ou l'accoutumance est faite et le besoin impérieux, et ils ont constaté que ces intoxiqués, injectés par le sérum de cheval, perdaient le goût de l'eau-de vie, de l'absinthe et du rhum, pouvaient même en avoir le dégoût alors qu'ils retrouvaient l'appétit et les forces et, chose remarquable, *conservaient le goût du vin*.

Il y aurait là une conclusion à tirer en deçà de laquelle nous nous sommes toujours prudemment tenus. Nous n'avons jamais prétendu qu'on pouvait avec le vin — virus atténué — guérir un intoxiqué. Nous avons seulement dit, et c'est déjà bien beau, que l'usage modéré des boissons hygiéniques, que l'usage modéré du vin plus particulièrement, pouvait prévenir et empêcher l'alcoolisme. Et cela résulte de faits d'observation.

II. — Ces observations ont été faites par nous-

(1) Il est fait allusion ici à la Lutte contre l'alcoolisme, de MM. Vlaud et Vasnier. (N.D. L. R.)

même dans les Charentes au moment de l'invasion des vignobles par le phylloxéra. Tant que les paysans charentais ont eu du vin dans leurs chais et sur leurs tables, ils se sont contentés d'en boire modérément ; il n'y avait parmi eux qu'une quantité infime d'alcooliques. A cette époque, l'ivresse accidentelle elle-même était rare. A mesure que les vignes disparurent, l'ivrognerie fit des progrès. Les cultivateurs contraints de se mettre à l'eau pure, tout en travaillant plus pour un revenu moindre, prirent l'habitude du cabaret, de l'alcool, du rhum et de l'absinthe. L'alcoolisme était né de la mort des vignes.

Dans le *Journal des Débats*, avril 1899, se trouve un article d'Eugène Rostand où ces faits se trouvent observés et confirmés. Et tous les médecins des pays viticoles qui lisent le *Concours* doivent évidemment savoir qu'il y a là une incontestable vérité. Qu'ils disent si j'ai tort ! « Ils sont propriétaires, viticulteurs, marchands de vin. Ils sont orfèvres », dit M. Legrain. Eh ! non ! j'aime mieux ne pas le croire. Ils sont médecins avant tout. Ils sont médecins, c'est-à-dire incapables, dans une enquête scientifique, de fausser la vérité à leur profit.

Ouvrons, au surplus, les feuilles du *Relevé par département de la consommation imposée des alcools en* 1903, extrait du *Bulletin des statistiques et de législation comparée* du Ministère des Finances. Nous voyons d'abord que les dix départements de France les plus alcoolisés sont, par ordre de mérite, la Seine-Inférieure, la Somme, l'Eure, l'Oise, le Calvados, la Manche, le Pas-de-Calais, l'Aisne, l'Eure-et-Loir, la Mayenne, avec des quotités de consommation alcoolique par tête d'habitant qui varient de 11 litres 44 à 6 litres 08. Sont-ce des départements proviniques, ceux-là ?

Mettons en regard quelques départements à vignobles :

Aube, quotité par habitant...	2 litres 95
Aude	1 litre 11
Charente	0 litre 09
Charente-inférieure	0 litre 97
Dordogne....................	0 litre 99
Gironde.....................	1 litre 69
Gard	2 litres 65
Gers	0 litre 80
Hérault	2 litres 40
Haute-Marne.................	2 litres 18
Yonne	1 litre 44

III — Nous arrivons enfin aux arguments d'autorité. Le reproche de n'avoir pas contrôlé « des documents écrits par des docteurs marchands de vin, de n'avoir pas vérifié les auteurs cités » nous a été très sensible. Beaucoup d'auteurs, beaucoup de médecins, ont écrit avant nous que le vin est une boisson hygiénique. Nous avons étayé notre opinion de leur autorité. Or, de ceux que nous avons cités, il n'en est pas un que nous ne connaissions ou par ses travaux, ou par sa valeur, ou par sa conscience. Il en est qui sont les meilleurs amis de ce journal. Il en est qui sont, dans la même branche que M. Legrain, des spécialistes très distingués. Il en est qui furent nos maîtres très dévoués et très désintéressés. Evidemment, notre contradicteur ne vise personne à titre privé, mais il récuse en masse tous les témoignages dès qu'ils viennent du Midi, c'est-à dire des pays de vignobles et de vin où, il semble bien que c'en soit le corollaire, l'alcoolisme est de beaucoup moindre. Nous aurions mauvaise grâce à rappeler ici des noms d'auteurs et à les défendre, car ce sont des noms qui se défendent d'eux-mêmes.

Pour finir, nous voulons répondre à cette proposition de M. Legrain. Vos « affirmations « dit-il, contredisent si fort l'observation journa- « lière et la vérité scientifique que, seuls les jour- « naux à la solde des négociants, osent s'en ser- « vir. Il faut craindre de pareilles aventures ». Or, nous avons rapporté des observations de plusieurs années qui vont à l'encontre de celles de M. Legrain. Quant à la vérité scientifique, peut-être bien est-elle dans ce que Renan appelait des « sciences conjecturales », affaire de tempérament plus qu'axiome mathématique. Et puis, quelle est la feuille à la solde des négociants qui imprimera à l'usage de ses lecteurs : « Ne buvez pas plus de 0.75 centilitres de vin par jour, quand vous êtes bien portant ». Enfin, eussions-nous découvert l'alizarine que nous ne nous fussions pas préoccupé de ce qu'eussent pu penser ou dire les cultivateurs de garance.

En terminant, je m'aperçois que, au début, j'ai parlé au singulier, en mon nom personnel, et que, plus loin, plaidant au pluriel, j'ai semblé prendre la cause de tous les modérantistes qui ne m'en ont pas donné mission. Ils voudront bien me pardonner.

Dr L. VIAUD,
d'Azon-Containville (Manche.)

CORRESPONDANCE

Médecins inspecteurs d'enfants assistés

Neuilly-le-Réal, le 4 février 1908.

Le Dr Durand dans sa lettre parue le 8 décembre a l'intention de réfuter les arguments que j'opposais à son projet.

En réalité, il se contente de modifier ledit projet, ce qui est très commode pour avoir raison.

Ma lettre, datée du 25 septembre (et non du 13 octobre comme le dit le Dr Durand) ne pouvait viser que le projet exposé par lui dans un des nos d'août du *Concours* à la partie *correspondance*.

Je ne pouvais pas, à la date du 25 septembre discuter sur ce que le *Concours* a imprimé les 29 septembre 3 et 24 novembre.

Il me reproche ironiquement d'avoir à cœur les dépenses de l'A. P. Je dis seulement que *s'il faut créer* de nouvelles circonscriptions, l'A. P. ne le fera pas à cause des dépenses que ces créations entraîneraient.

Il ajoute qu'il n'est pas question d'en créer de nouvelles. Très bien ; mais il fallait le dire.

Il parle de deux injustices qu'aurait commises l'A. P. vis-à-vis de confrères. Elle en aurait commis un cent que cela ne constituerait pas une excuse pour celle dont je parlais, de confrères à confrères. Comparaison n'est pas raison, et ne prouve rien.

Le Dr Durand ajoute qu'il a spécifié que les situations acquises seraient respectées. Très bien ; mais il fallait le dire.

Maintenant que le projet n'est plus du tout semblable à celui que je combattais, il ne reste qu'un point sur lequel le Dr Durand ne me convaincra pas. C'est le libre choix par les nourriciers.

C'est l'A. P. qui doit choisir non pas seulement parce qu'elle paye (le libre choix des indigents dans les départements où il existe n'aurait plus de raisons d'être), mais surtout parce qu'elle représente les parents de l'enfant.

Si le nourricier choisit un autre médecin que celui de l'A. P. qui payera ? Malgré son fier dédain des questions d'argent, le Dr Durand doit bien admettre qu'il faut que quelqu'un paye.

L'Administration ? Il est douteux qu'elle s'inflige de son propre gré un accroissement de dépenses.

Et quand l'A. P. aura découpé suivant votre projet en 3 ou 4 morceaux une circonscription attribuée

actuellement à un seul, que deviendra, je vous prie, votre libre choix ?

Au lieu d'aller tous chez le Dr M. ceux de la 1re circonscription iront chez le Dr A., ceux de la 2e chez le Dr B. Les nourriciers ne seront pas plus libres qu'auparavant.

Peut-être me direz-vous qu'ils seront libres d'aller chez un des 3 ou 4 médecins. Je vous répondrai que cela s'est toujours fait.

Et pour finir, au lieu de conclure que j'ai raison, comme le fait le confrère Durand, je laisse aux lecteurs le soin de conclure.

Dr PELLERIN.

Pour rétablir une jurisprudence faussée.

Monsieur et cher Confrère,

Je sais qu'au *Concours médical* on est d'une complaisance confraternelle extrême et qu'on y pratique de la bonne solidarité médicale. C'est pourquoi j'ai recours à votre obligeance, sachant d'autre part qu'on y est très renseigné sur toutes les choses d'intérêt professionnel. Votre « concours » peut m'être très précieux en la circonstance.

Je me trouve en présence de trois procès à engager contre des compagnies d'assurance pour notes d'honoraires concernant les accidents du travail.

Or, je n'hésiterai pas à engager ces trois procès si je n'ai pas contre moi toutes — absolument toutes — les raisons de perdre. Et encore, je crois que je marcherais tout de même.. Mes notes d'honoraires sont établies, naturellement, d'après le fameux tarif (1905) dont j'ai votre exemplaire sous les yeux. Il s'agit de massages d'un pied. J'ai fait un massage chaque jour, et j'ai compté bien entendu 5 francs par massage en visite (art. 10, par. A. n° 7). Or les compagnies invoquent une jurisprudence, dont j'ai vaguement entendu parler, d'après laquelle on n'aurait pas le droit de compter chaque jour la visite avec le massage.

Pouvez-vous me renseigner, me documenter sur cette jurisprudence, avant que j'engage mes procès ?

Pouvez-vous me faire savoir si cette jurisprudence n'a pas été frappée d'appel en cassation?

Je ne vous cache pas que je suis décidé à lutter dans la circonstance contre les compagnies, fussent-elles unies toutes ensemble. Je tiens au préalable à être fixé. Mais s'il a plu à un juge de paix atteint d'aberration mentale de considérer qu'on ne fait pas une visite en se rendant chez un malade pour le masser, s'il lui a plu d'interpréter le tarif d'une façon saugrenue en donnant des entorses à la langue française au profit des Compagnies, il ne me plaît pas à moi de subir cette jurisprudence. Je sais que les juges de paix jugent sans appel jusqu'à concurrence de 300 fr. et mes notes d'honoraires sont loin d'atteindre ce chiffre ; mais si je suis condamné à subir la jurisprudence en question, j'ai l'intention de porter la chose en cassation en attaquant le jugement pour *vice de forme*, ce vice résidant *dans une interprétation illégale et inexacte du tarif ministériel.*

Voulez-vous me donner votre concours en la circonstance, tout simplement en me fournissant les renseignements y compris les textes de jugements possibles, et les documents nécessaires ?

Si la chose a été déjà vainement tentée, j'estime alors qu'il faut nous insurger contre cette jurisprudence, et si la loi, si les tribunaux, sont contre nous, je me propose de faire de l'agitation dans le corps médical, pour soulever un vaste mouvement de protestation contre une interprétation que je considère comme fausse et jésuitique du tarif ministériel. Encore une question s'il vous plaît. Ce tarif a-t-il force de loi ? Sommes-nous obligés de nous y soumettre ?

Excusez-moi d'une lettre si longue ; mais la question vaut la peine qu'on s'y intéresse et croyez-moi, mon cher confrère, tout confraternellement à vous.

Dr STRAFFORELLI.

Réponse. — Après lecture de l'article de Me Gatineau, publié au numéro 5 dans la « Chronique du Sou Médical » vous pouvez sans doute aller de l'avant. Les juges de paix vont ouvrir les yeux.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

L'affaire du Syndicat de la Somme.

Mon cher confrère,

J'ai lu dans un grand journal politique de la semaine dernière, puis dans un journal médical de cette semaine, que des poursuites étaient intentées au bureau du Syndicat des médecins de la Somme pour entrave au libre exercice d'un service public ; les confrères auraient décidé de ne plus faire partie du service départemental de l'assistance médicale gratuite à partir du 1er janvier.

Le *Concours* de cette semaine, pas plus que celui de la semaine dernière, ne faisant mention de cette affaire je viens vous demander si vous en êtes informé.

Et, dans ce cas, je pense que, non seulement vous tiendrez vos lecteurs au courant de cette affaire si intéressante pour tous ceux qui ne courbent pas l'échine devant les puissances sociales ou autres, mais que vous nous direz encore quelles mesures ne manqueront pas de prendre le Concours et le «Sou» pour apporter à nos confrères, victimes d'une sainte cause, tous les concours possibles.

Et c'est dans cet espoir que je vous prie d'agréer mes plus confraternelles salutations,

Dr HALIMBOURG,
de Jœuf,
(Meurthe-et-Moselle).

Réponse :

Le confrère qui nous écrit ces lignes n'est pas le seul à s'étonner de notre silence et à réclamer notre avis.

Mais 1° le « Sou » n'avait rien à dire puisqu'il ne s'occupe que de ses sociétaires, et 2° le Concours, averti trop tard, quand déjà le feu était aux poudres, n'a eu qu'un souci, celui de ne rien écrire qui pût être défavorablement interprété et nuire à la courageuse campagne des médecins de la Somme.

Nous doutons du reste qu'il y ait péril en la demeure et cela pour deux raisons.

La première est que le Syndicat n'a pas fait acte de coalition contre le département, car c'est en dehors de lui, par démissions individuelles, que les confrères ont agi. La seconde c'est qu'ils ne font pas d'autre grève que celle de la paperasserie, ayant continué d'assurer le service médical dans ce qu'il a de professionnel pour eux.

C'est au département à se débrouiller pour le reste, c'est-à-dire pour la réforme d'une organisation administrative qui était évidemment devenue mauvaise, puisque inacceptable pour les agents ayant *librement* adhéré à son fonctionnement jadis, et, de ce fait, *libres aujourd'hui* de n'en plus vouloir.

Ce n'est pas la première fois que de tels incidents se produisent : le Morbihan et l'Ille-et-

Vilaine, par exemple, ont passé par des situations analogues, et leurs médecins n'en sont pas morts.

Bornons-nous à signaler le bel acte de solidarité du corps médical de la Somme : dans la Seine et la Nièvre, nos confrères devraient bien s'en inspirer.

CHRONIQUE DE L'AMICALE

Le secrétaire général de l'*Amicale* a reçu la lettre suivante :

Mon cher Confrère,

Je suis abonné du *Concours* presque dès sa fondation ; je fais partie de la Société locale et du Syndicat de mon département, c'est vous dire que j'ai toujours été dévoué aux œuvres préconisées par notre journal ; j'aurais dû faire plus et mieux encore, ce qui m'éviterait d'avoir aujourd'hui des regrets.

Je vais avoir 58 ans et je me reproche très vivement de ne pas être entré à l'*Amicale*; c'est la lecture du n° du 26 janvier dernier qui a provoqué surtout mes regrets. Je ne veux pas chercher d'excuses, il n'y en a pas; j'ai lu et cela — combien de fois ! — les comptes rendus de cette excellente association, mais je croyais que je n'en aurais jamais besoin ! Et le temps passe, les années s'accumulent, les besoins sont toujours les mêmes quand ils ne sont pas plus grands et on s'aperçoit un beau matin qu'on a été imprévoyant et qu'on n'aurait pas dû l'être.

Me serait-il possible, malgré mon âge, de réparer cette imprévoyance ? Ma santé est excellente.

Ne pourrais-je pas entrer à la combinaison C qui a toutes mes préférences, en versant les annuités arriérées depuis l'âge statutaire ? Je crains bien que non, mais je veux en avoir le cœur net et peut-être pourrez vous m'ouvrir quelques horizons imprévus.

J'aurais pu, sans me gêner beaucoup, cotiser à l'*Amicale* et même à la Caisse des pensions, et aujourd'hui je serais très heureux de penser que jusqu'à 65 ans je serais garanti contre la maladie et qu'à ce moment mes petites rentes seraient accrues de la retraite de 1.200 francs.

Meâ culpâ.

Dr D..., à S. L...

Le secrétaire général a répondu :

Hélas, non, cher confrère, vous ne pouvez plus entrer à la combinaison C. Rappelez-vous que la loi exige pour la retraite *quinze années de participation* : verseriez-vous huit annuités d'un coup avec les intérêts accumulés que cela ne vous donnerait pas une journée de plus de participation.

Seule la combinaison A vous reste ouverte mais pour sept années seulement : à la fin de 1915 vous cesserez de faire partie de l'Association.

Vous pourriez, il est vrai, entrer du même coup à la Caisse des pensions qui peut vous offrir plusieurs combinaisons de versements, mais n'oubliez pas que vous ne pourrez toucher la retraite avant quinze ans.

Ce sont les seuls horizons qu'il nous soit possible de vous ouvrir.

Peu consolant tout cela, n'est-ce pas ?

Tous nos regrets, etc.,

Dr Mignon.

Nous avons tenu à publier ces deux lettres parce qu'elles portent un double enseignement.

Aux jeunes, elles montrent les dangers de l'indifférence. Qu'ils nous croient, on ne reste pas toujours jeune, pas plus qu'on ne reste toujours bien portant ; il faut prévoir le jour où les forces diminueront, où la maladie viendra le jour où l'on se trouvera tout heureux d'avoir été prévoyant.

Aux confrères qui frisent la cinquantaine, nous rappelons qu'il n'y a plus à hésiter et qu'il faut prendre une détermination tardive peut-être, mais encore possible, demain il sera trop tard.

TRIBUNE DES CORRESPONDANTS

Pour la propagande

Roanne, le 7 février 1908.

Mon cher Confrère,

Je vous prie de vouloir bien me faire adresser un certain nombre des notices annoncées dans les numéros du *Concours médical* du 19 janvier dernier, et en particulier :

1° *Væ solis*, votre *notice* de propagande générale ;
2° Documents concernant le *Concours Médical* ;
3° Statuts et feuilles d'adhésion du *Sou médical* ;
4° Statuts et feuilles du *Patronage médical*.

Je dois avouer, peut-être à ma honte, car je ne sais probablement pas trouver des arguments suffisamments persuasifs, que les adhésions de Confrères à ces diverses œuvres n'est pas chose facile à obtenir. Cependant les écueils rencontrés dans l'exercice de la profession médicale deviennent si nombreux et si variés que je ne m'explique pas du tout les difficultés que nous rencontrons à grouper autour de nous tous les isolés. Assez fréquemment, il m'arrive de recevoir de Confrères des environs, qui me savent correspondant du *Concours*, des demandes de renseignements relativement à des contestations avec Sociétés de secours mutuels ou Compagnies d'assurance. Tout en leur indiquant ma façon d'envisager la question qu'ils m'exposent, je leur conseille de s'adresser au *Sou médical* et d'envoyer leur adhésion. Mais je ne vois que rarement le nom d'un d'entre eux figurer au nombre des nouveaux membres.

Veuillez agréer, etc.

N. D. L. R. — Pas de découragement cher confrère. Vos voisins comprendront à la fin qu'il est plus digne de payer sa cotisation que de faire résoudre ses litiges... aux frais des autres. Soyez tenace près d'eux comme devant les pharmaciens *qui dernièrement vous objectaient* une question de frais qui ne les touche pas.

Marseille, le 5 février 1908.

Cher Confrère,

Veuillez m'envoyer quelques carnets de propagande et votre brochure : l'« Inspection médicale des Ecoles ».

Je vous adresse une petite coupure du *Petit Marseillais*. C'est une histoire assez intéressante qui montre bien la mentalité de notre administration française et le sans-gêne avec lequel on en use vis-à-vis des médecins.

Pour toucher deux francs.

Un médecin de campagne était appelé, au mois de juillet dernier, à donner ses soins à un employé des ponts et chaussées. Il ne lui fit, d'ailleurs, qu'une simple visite, le cas ne présentant pas de gravité. Mais il n'en réclama pas moins le montant de sa visite, fixée à 2 francs par le tarif officiel. Seulement, notre docteur avait compté sans les formalités et la paperasserie administratives. Il adressa son mémoire au conducteur des ponts et chaussées, lequel le transmit à l'ingénieur ordinaire. Celui-ci l'expédia à l'ingénieur en chef, accompagné d'un rapport. De là, le dossier fut envoyé à l'ingénieur en chef du département et transmis ensuite au ministère, avec une lettre.

Le malheureux dossier, une fois arrivé à Paris, fit

la navette entre plusieurs bureaux, après quoi, il parvint entre les mains du ministre, qui n'avait plus qu'à signer le « bon à payer ».

Le « Bon » repassa alors par la filière, reprit le même chemin, mais en sens contraire, et arriva finalement, le 15 de ce mois, au docteur, qui fut obligé à un déplacement coûteux pour aller, à la caisse départementale, toucher... deux francs. Il lui aura donc fallu près de six mois pour encaisser une somme aussi formidable.

(*Petit Marseillais*, 20 janvier 1908.)

Pour le renouvellement du Conseil de notre Syndicat, nous avons eu 3 listes. C'est au moment où notre confrère, le Dr Reynès, avait entamé une bonne campagne pour obtenir la suppression du service à l'abonnement des sociétés de secours mutuels qu'on lui a opposé deux listes. J'étais de la sienne. On a trouvé que nous étions *trop combatifs* (*sic*), c'est l'expression exacte d'un confrère qui fait partie du nouveau conseil. Ce conseil a beaucoup promis, que donnera-t-il ? Jusqu'à présent il ne donne pas signe de vie. Il est à craindre que la division qui régnait parmi nous ne fasse que s'accentuer. C'est fort regrettable.

Les docteurs Bolliet et Albertin, de Lyon, sont venus à Marseille donner une conférence médico-mutualiste. Malgré les arguments et les conseils donnés, nous en sommes toujours au même point.

J'ai essayé personnellement de réagir un peu en lançant l'idée de la création d'une Maison médicale, à Marseille.

Cette maison, à mon sens, ne serait pas un simple cercle, mais un véritable « Office médical », si je puis m'exprimer ainsi. Tout ce qui concerne le médecin y serait étudié et mis en pratique. Salle de cercle, salle de réunion, bibliothèque, instruments de chirurgie, service de recouvrements, livre noir, service du *Sou médical* (adhésion en bloc), création d'une coopérative, service des remplacements, ventes et achats de clientèles, service d'infirmiers, laboratoire de bactériologie, service du vaccin (*Concours*) création d'un organe de défense professionnelle etc., etc., etc.

Vous voyez que le programme est vaste. Je crois que cette Maison ferait beaucoup pour l'union du corps Médical; on se verrait plus souvent, on se connaîtrait mieux, on discuterait tous les jours les questions d'intérêts communs.

Qu'en pensez-vous ? Si vous êtes de mon avis, dites un mot de mon projet dans le *Concours médical*. Aidez-moi, merci bien d'avance.

J'ai fait connaître mon idée au banquet de la Société médicale du bureau de bienfaisance de Marseille, dont je suis le président.

Les confrères présents, pour la plupart, m'ont approuvé.

A propos du bureau de bienfaisance savez-vous combien sont payés les médecins de la seconde ville de France — ? — 450 francs, 650 et 850 fr. par an. Le plus grand nombre étant à 450 fr.

....

Le Dr Larche, rue Paradis, 278, voulait demander son admission au *Sou médical*, vous a-t-il écrit ? Le Dr Monteux, rue Sainte, 54, avait la même intention.

Amitiés et bien cordialement à vous,

Dr BAGARRY.
Correspondant du *Concours médical*

REPORTAGE MÉDICAL

Les stations d'Auvergne à l'exposition Franco-Anglaise. — Par une très heureuse initiative et une intelligente conception de leurs intérêts les *cinq* grandes Stations d'Auvergne : Châtel-Guyon, La Bourboule, Le Mont-Dore, Royat, et Saint-Nectaire, viennent de décider de participer en commun à l'Exposition de Londres de 1908 et de grouper leurs expositions particulières en un salon unique qui portera le nom collectif de : Stations thermales d'Auvergne.

L'emplacement arrêté a été très habilement choisi face à l'entrée d'une des galeries principales, dans la partie du Palais réservée à la médecine et à l'hygiène. L'organisation comprend: un grand salon de 39 mètres carrés, avec deux façades, donnant l'une sur le grand passage central et l'autre sur un des passages latéraux. A l'angle des deux façades, en pan coupé, se dressera un grand portique lumineux tout ajouré, laissant voir, rangés en demi-cercle dans le fond du Salon les *cinq* stands particuliers de chacune des stations.

Les Municipalités pressenties, les Syndicats locaux, les Hôtels et les Compagnies de chemin de fer en cause ont promis de participer sous des formes variées à cette Exposition.

Ainsi se trouvera réalisée aux yeux des visiteurs, grâce à ce groupement d'efforts, grâce à cette démonstration collective par les faits et par les choses, la preuve éclatante de la valeur pittoresque de l'Auvergne et de sa valeur sanitaire, au plus grand bénéfice de l'Auvergne elle-même en général et de ses *cinq* stations thermales en particulier.

Exercice illégal. — Le 11 janvier 1908, la IXe Chambre de la Cour d'appel de Paris a condamné, pour exercice illégal de la médecine, par confirmation d'un jugement de la Xe Chambre du Tribunal correctionnel de la Seine, M. S...-V..., masseur à Paris, président de la Ligue anti-alcoolique, rédacteur du journal « *La Prospérité* ». Le Syndicat des Médecins de la Seine a obtenu 200 francs et M. L.... 1.000 francs à titre de dommages-intérêts.

Faculté et Hôpitaux.

M. Sabouraud, chef du laboratoire municipal de l'hôpital St-Louis, commencera, le lundi 2 mars et continuera les vendredis et lundis suivants, à 9 h. 1/4, une série de leçons sur les maladies du cuir chevelu, à l'Ecole Lailler. Entrée, 42, rue Bichat.

— Maladies du nez, de la gorge, des oreilles, de la bouche et du cou. M. Pierre Sébileau, agrégé de la Faculté, chargé de cours, commencera son enseignement (2e série), le lundi 2 mars, dans son service de l'hôpital Lariboisière avec l'assistance de MM. Lombard, laryngologiste des hôpitaux ; Caboche, Grivot, Gilbert, Lemaître, assistants ; Baldenweck et Halphen, internes du service.

Cet enseignement sera gratuit pour les étudiants en médecine. Les médecins français et étrangers devront verser un droit d'inscription de 100 francs. Les élèves inscrits, après un mois d'instruction technique, seront admis pour trois mois à la consultation, sous le contrôle permanent d'un assistant. Il leur sera ensuite délivré un certificat d'études. Tous les médecins et tous les étudiants en médecine seront admis aux leçons cliniques du chef de service. Cet enseignement hospitalier sera complété par des démonstrations anatomiques faites à l'Ecole d'anatomie et de chirurgie des hôpitaux, 17, rue du Fer-à-Moulin. — Distribution du travail : Consultations, mardi, jeudi, samedi ; examen public des malades par le chef, mardi, samedi ; leçon clinique hebdomadaire, mercredi ; opérations, lundi, vendredi ; végétations adénoïdes, mercredi. Pour les inscriptions, s'adresser (pavillon Davaine), à MM. Gibert et Lemaître, assistants du service.

Le Directeur-Gérant : **Dr H. JEANNE.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trentième année N° 8 Dimanche 23 FÉVRIER 1908

LE CONCOURS MÉDICAL

QUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des Inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.
ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

AVIS

Par suite de l'augmentation sans cesse croissante des documents que nous insérons pour tenir nos lecteurs au courant de toutes les questions professionnelles intéressantes, nous avons été obligés, depuis le 1er novembre dernier, d'augmenter notablement la hauteur de toutes nos colonnes de texte. En outre, à dater du 1er janvier 1908, nous publierons, chaque mois environ, un numéro comportant quatre pages en plus.

« La Direction ».

PROPOS DU JOUR

UN SINISTRE CHEZ LES ASSUREURS

Grosse émotion chez quelques-uns de nos lecteurs à la suite de la campagne statistico-déontologique inaugurée par des maçons d'un Syndicat de garantie et du G. O., campagne policière, avec moutons et détectives, poursuivie jusqu'à ces jours-ci et racontée dans une presse embauchée pour cette belle cause.

Mais calmez-vous, chers confrères, il ne s'agit que d'un accident de plus supporté par les assureurs.

Les gens du bâtiment avaient élevé un bel échafaudage pour remanier du haut en bas le tarif Dubief, la loi accidents, etc. Tous y étaient montés.

Mais crac ! l'échafaudage vient de s'écrouler sous une chiquenaude de M. Paulet ; c'est un accident du travail fréquent dans la partie, et qui ne saurait nous émouvoir, si, parmi les blessés, ne se trouvait notre si dévoué confrère, M. le Dr Petitjean, que ses électeurs craignent de ne plus voir à la hauteur de son mandat sénatorial après pareille dégringolade.

C'est au *Temps* lui-même (n° du 16 février) que nous emprunterons le récit du sinistre.

Fédération des industriels et des commerçants français.

A midi a eu lieu, à l'hôtel Continental, le déjeuner mensuel de la Fédération des industriels et des commerçants français. Parmi les nombreux convives nous avons reconnu MM. André Lebon, Paul Delombre, Gruner, Paulet, Petitjean, Villemin, Octave Noël, L. Soulé, Paul Delaunay, Jacques Siegfried, Delarbre, etc.

Au dessert, M. Villemin, président de la chambre syndicale des entrepreneurs de maçonnerie, a traité, dans une intéressante conférence, la question de la législation sur les accidents du travail. Il a montré que le but si juste et si humanitaire de la loi de 1898 était pleinement réalisé, et la réglementation des accidents, telle que l'avait voulue le législateur, parfaitement assurée.

Malheureusement, la législation sur les accidents n'a pas eu que des résultats favorables ; elle en a produit d'autres extrêmement fâcheux, attestés par les statistiques et les chiffres irrécusables qu'a produits M. Villemin.

Les documents de l'orateur montrent la progression effrayante du nombre des accidents bénins et la progression de plus en plus considérable des frais médicaux et judiciaires.

M. Villemin a surtout insisté sur le côté médical des accidents du travail qui, comme il le démontre dans l'article que nous publions d'autre part, est la cause principale des déformations subies par la loi de 1898.

Après avoir démontré que les tribunaux avaient déformé, par une interprétation inexacte, la volonté pourtant bien nette du législateur, en octroyant des rentes à des blessés qui ne pouvaient subir, du fait de leur accident, aucune dépréciation professionnelle, M. Villemin a conclu en indiquant les modifications qu'il y aurait lieu d'apporter à la législation sur les accidents pour qu'elle soit vraiment l'œuvre si humanitaire et si juste qu'a voulue le législateur.

Il suffirait pour cela :

1° De faire partir dans tous les cas l'indemnité journalière du lendemain de l'accident ;

2° De rétablir l'égalité entre les ouvriers et les industriels en ne faisant pas supporter à ceux-ci les frais d'expertise ;

3° *De conférer le droit de choisir le médecin traitant à celui qui doit le payer ;*

4° De ne considérer comme incapacité permanente, donnant lieu à rente, que les accidents ayant entraîné une véritable dépréciation personnelle.

Cette conférence a été très applaudie.

M. Paulet, directeur de la prévoyance sociale, a pris la parole ensuite.

M. Villemin, selon lui, n'a pas fait le procès de la loi de 1905, mais seulement le procès des abus auxquels elle donne lieu. Il est tout à fait d'accord avec le président de la chambre syndicale de la maçonnerie pour reconnaître qu'il importe de remédier sans retard à ces abus « que personne, a-t-il dit, ne saurait défendre ». Il faudrait si vraiment la loi pénale ne permet pas de poursuivre les simulateurs et leurs complices, — ce dont il n'est pas certain — étudier et obtenir l'application des sanctions efficaces.

Il croit qu'on pourrait obtenir des médecins honorables un utile concours pour disqualifier les médecins qui se font les complices des simulateurs. En tout cas, il ne lui paraît pas possible de revendiquer pour le patron le droit d'imposer au blessé un médecin de son choix.

Parmi les réformes qu'on pourrait utilement introduire dans la loi, M. Paulet a signalé la suppression du rachat des rentes, car c'est selon lui la possibilité laissée aux blessés d'aliéner contre une certaine somme la rente à laquelle ils ont droit, qui facilite l'industrie des gens d'affaires.

M. André Lebon a, aux applaudissements unanimes des convives, félicité les deux orateurs.

Nous aussi, nous félicitons les deux orateurs : le premier, pour avoir carrément *dévoré le morceau* et montré, par sa conclusion n° 3, qu'en fait de *moralisation médicale* on n'en avait cure, et que l'on voulait tout bonnement se procurer, par un texte de loi, des médecins imposés aux blessés, rabaisiens, et solidement tenus en main par les assureurs ; le second pour avoir douché, avec l'élégance et la précision qui caractérisent sa séduisante éloquence, ces énergumènes de l'assurance à poigne subordonnée au seul respect du coffre-fort.

La petite note suivante, parue dans le *Matin* du 19 février, n'a d'ailleurs pas d'autre but sans doute que de renouveler le traitement réfrigérant institué par le Directeur de l'Assurance et de la Prévoyance sociales.

Fraude médicale

Le ministère du travail et le ministère de la justice s'efforceront d'éviter le retour des faits signalés.

Les faits révélés à la charge de certains médecins, touchant l'application de la loi sur les accidents du travail, ont attiré l'attention du ministère du travail.

M. Viviani étudie la question ; il examinera, d'accord avec son collègue de la justice, comment on pourrait éviter le retour de pareils faits, *s'ils se trouvent vérifiés.*

Aux journalistes médicaux qui, par illusion de sagacité, ou par intérêt, étaient montés dans le train Villemin, Petitjean et Cie, et y faisaient déjà du cent à l'heure, nous ne pouvons plus maintenant que donner un conseil, celui de se mettre sur la langue un beau bœuf du Nivernais, afin de ne pas se rappeler sans opportunité au souvenir des membres du *Congrès des Praticiens.*

La lettre suivante est suggestive à cet égard.

Syndicat des Médecins du Bugey et du Pays de Gex.

Oyonnax, le 17 février 1908.

Docteur Jeanne, *Concours Médical.*

Mon cher Confrère,

Je vous envoie ci-joint deux coupures de journaux au sujet des abus commis par des médecins. Il est bien probable que vous en avez déjà eu connaissance ; mais je serais curieux de savoir quelle est la part de vérité dans les allégations y contenues.

Certes, je n'en suis pas à croire qu'il n'y a que d'honnêtes gens parmi les praticiens et qu'il ne se produit jamais aucune défaillance ; mais n'est-ce pas un coup monté de toutes pièces pour les besoins de la cause des compagnies d'assurances ?

En somme, que cela veut-il dire ? Il n'y a d'honnêtes que les médecins liés par des contrats forfaitaires avec les compagnies d'assurances. Les autres, les partisans du libre choix, sont tous des besogneux à qui la misère fait faire des actes malhonnêtes : Conclusion : Messieurs les parlementaires, sauvez les Compagnies en rapportant le libre choix du médecin.

Je soupçonne fort que, pour arriver à leurs fins, les assurances trouveront que tous les moyens sont bons Et qui me dit que les Drs X., Y. et Z. ne sont pas de connivence et que la mise en scène, les termes des certificats, n'étaient pas arrêtés et réglés d'avance. J'ai encore présent à la mémoire l'âpreté, avec laquelle, dans une séance mémorable du Congrès des Praticiens, les médecins d'assurance sont venus faire bloc pour défendre leurs privilèges et je ne serais donc nullement surpris que, leur incognito étant respecté (puisqu'aucun nom n'a été publié dans les articles du *Temps*), ils aient pu se laisser entraîner à jouer le rôle de « médecin marron ».

D'ailleurs, cette question du libre choix est la bête noire des assurances comme aussi des mutualités : ne m'a-t-il pas été dit aujourd'hui même, par un président de Mutualité : « Du moment que les médecins demandent le libre choix, c'est qu'ils y ont un avantage ; vous l'accorder ce libre choix, c'est aller contre nos intérêts, car les nôtres sont forcément contraires des vôtres. » Et je n'ai pu le faire sortir de ce raisonnement !

Où est-il le temps où les compagnies d'assurances pouvaient faire obéir au doigt et à l'œil les médecins rivés par des forfaits ?

Veuillez agréer, mon cher confrère, mes bien cordiales salutations.

Dr Boudin.

Aux assureurs nous adressons nos condoléances. Ils jouent de malheur depuis un mois et ne cessent pas d'être soumis à de pénibles traitements par les ordonnances du Dr Paulet succédant près d'eux au Dr Duchauffour ; que la «Sinistrose » du moins leur soit épargnée.

A nos confrères, enfin, disons que le *Concours* s'en tient à ses propositions de l'Assemblée générale au sujet 1° des abus *possibles* dans les applications médicales de la loi sur les accidents, et 2° de la façon de croquer les «*marrons*» tirés du feu par M. Petitjean (de la Nièvre), mais à la condition que se soient de vrais « marrons », reconnus tels par des arbitres autorisés.

AU SOU MÉDICAL

Séance trimestrielle du Conseil d'Administration du jeudi 23 janvier 1908.

Sont présents : MM. les Docteurs Maurat, Jeanne, Vimont, Gassot, de Grissac, H. Cézilly, Diverneresse, Bellencontre, Levassort, Daverne ; MM. Gatineau et Dumesny.

M. Gassot présente la liste des nouveaux adhérents, dont le Conseil prononce l'admission :

MM. les Docteurs :

1333 Janowicz, à Paris.
1334 Chastenet, à Puteaux (Seine).
1335 de Lagorce, à Puteaux (Seine).
1336 Perinelle, à Puteaux (Seine).
1337 Masingue, à Paris.
1338 Castaigne, à St-Médard-en-Jalles (Gironde)
1339 Pichard, à Chauny (Aisne).
1340 Poissonnier, à Montluçon (Allier).
1341 Gaudelut, à Varennes (Loiret).
1342 Monin F., à Lyon.
1343 Milliet, à Paris.
1344 Sécheret, à Paris.
1345 Dubois, à Yerres (Seine-et-Oise).
1346 Couénon, à Cerdon (Loiret).
1347 Petit (H), à Château-Thierry (Aisne).
1348 Anthony, à Pau (Basses-Pyrénées).
1349 Métivier, à Coincy-l'Abbaye (Aisne).
1350 Casse, à Aix (Bouches-du-Rhône).
1351 Lévy, à Oullins (Rhône).
1352 Denis, à Macon (Saône-et-Loire).
1353 Buy, à Caluire (Rhône).
1354 Monier, à Coudekerque-Branche (Nord).
1355 Hémery, à Lens (Pas-de-Calais).
1356 Jacques, à Rochefort (Charente-Inférieure)
1357 Vitry, à Cette (Hérault).
1358 Noir, à Paris.
1359 Lachize, à Trémentines (Maine-et-Loire).
1360 Foisy, à Chateaudun (Eure-et-Loir).
1361 Perrault, à Nueil-sous-les-Aubiers (Deux-Sèvres).
1362 Montigny, à Clary (Nord).
1363 Dalmon, à Bourron-Marlotte (Seine-et-Marne).
1364 Morin Ch., à Paris.
1365 Laisné, à Paris.
1366 Roué, à Janville (Eure-et-Loir).
1367 Artigues, à Lormont (Gironde).
1368 Delucq, à Vic-Fezensac (Gers).
1369 Collin, à Ste-Menehould (Marne).
1370 Tabary, à Paris.
1371 Chamba, à Lyon.
1372 Séjournet, à Braux (Ardennes).
1373 Courtin, à Bordeaux.
1374 Sabadini, à Alger.
1375 Le Tellier, à Claville (Eure).
1376 Hours, à St-Flour (Cantal).
1377 Drouet, à Jumilhac-le-Grand (Dordogne).
1378 Guillaud, à Les Echelles (Savoie).
1379 Thomas, à Aix-en-Provence (Bouches-du-Rhône).
1380 Glaive, à Mussy-sur-Seine (Aube).
1381 Bourguet, à Braux (Ardennes).
1382 Humery, à Craon (Mayenne).
1383 Hamant, à Cambo-les-Bains (Basses-Pyrénées).
1384 Lachèze, à Hautefort (Dordogne).
1386 Coriveaud, à Blaye (Gironde).

Le Conseil examine les conditions auxquelles le « Sou » pourra participer au Congrès des Praticiens, qui doit se tenir cette année à Lille.

Il décide que le « Sou », conjointement avec le « Concours médical », subventionnera le Congrès à concurrence d'une somme de six cents francs. Mais cette subvention ne peut être accordée qu'à la condition expresse que le vote par délégation des groupements locaux, sera admis au Congrès toutes les fois que la demande en sera faite par un certain nombre de délégués à fixer.

Le Tribunal des conflits vient de se prononcer dans l'affaire du Dr V... contre le Dr C... Il a jugé que cette affaire était d'ordre civil et non administratif, ainsi que nous l'avons toujours soutenu. Le Conseil du «Sou» décide de continuer son appui au Dr V... pour reprendre devant la juridiction civile l'instance qui date de l'année 1901.

M. Diverneresse demande que le « Sou », prenant une fois de plus la défense des intérêts généraux du corps médical, entreprenne une campagne active et énergique pour obtenir une application normale et légale du Tarif Dubief, qui est journellement faussé par l'interprétation, aussi contraire à son texte qu'à son esprit, qui en est faite tout au moins par des Tribunaux de Paix, et notamment par un certain nombre de ceux de Paris et de sa banlieue. Il dénonce la véritable ligue qu'ont su constituer contre le corps médical les Compagnies d'assurances et les grandes entreprises industrielles. Voyant que, soutenus par leurs sociétés professionnelles, les médecins ne se soumettaient pas à leur interprétation tendancieuse du Tarif Dubief, et ne craignaient pas d'avoir recours aux Tribunaux, les Compagnies d'assurances sont arrivées, par des moyens que nous ne pouvons tous connaître, mais que peut expliquer au moins en partie leur puissance financière, à courber sous leurs lois la jurisprudence d'un trop grand nombre de Tribunaux de Paix. Juges de paix titulaires inféodés à des médecins députés ou sénateurs qu'ils désignent presque exclusivement comme experts ; médecins experts acquis aux théories des Compagnies et couvrant de leur compétence médicale la solution favorable à celles-ci de questions purement juridiques, comme par exemple, celle du cumul du prix de la consultation ou visite avec le prix des interventions, etc.,— toute cette organisation occulte a suffi pour obtenir des jugements que la chicane des assurances se charge ensuite d'interpréter pour influencer les décisions des autres magistrats pour lesquels la question se présente comme nouvelle.

Les médecins, tout au moins ceux qui ont eu la prévoyance de s'affilier à des Sociétés de défense professionnelle comme le « Sou médical », pourront déférer, il est vrai, à la Cour de Cassation, quelques-unes de ces décisions qui violent par trop ouvertement le tarif légal. Mais, dix-huit

mois ou deux ans passeront avant que l'arrêt de la Cour Suprême vienne rappeler les juges de paix à la légalité, et pendant ce temps les jugements continueront à être favorables aux assureurs, en dépit du tarif.

Devant certaines juridictions on a trouvé le moyen de faire prévaloir un moyen fort ingénieux pour détourner les médecins de leur prétoire. Après avoir ordonné une expertise, pour laquelle certains médecins experts prennent cent francs d'honoraires, il ne reste plus qu'à condamner le médecin à supporter une partie des frais dans une proportion beaucoup plus considérable que la réduction subie par sa note d'honoraires. De sorte que, souvent, après le paiement de cette quote-part des frais, de ses déboursés accessoires et des honoraires de son mandataire, le médecin, quand, il n'y est pas de sa poche, ne touche qu'une somme infime, encore inférieure à l'offre dérisoire qui lui a été faite avant le procès par la Compagnie d'assurances.

Ce stratagème est d'ailleurs approuvé indirectement par un des plus fermes soutiens des assureurs, un des champions de la ligue, M. le docteur-sénateur Petitjean, dans une Revue, « l'*Aide Sociale* », dans laquelle il publie toute une série d'articles contre ceux de ses confrères qui n'ont pas su, comme lui, s'entendre avec les Compagnies d'assurances.

En résumé, M. le Dr Diverneresse est d'avis qu'il y a lieu de transformer ou tout au moins de modifier l'action du « Sou médical » en matière d'accidents du travail, de manière à la rendre plus efficace, en ne se contentant pas de soutenir individuellement ceux de ses membres qui ont maille à partir avec les assureurs devant la Justice, mais en dévoilant par la tribune du *Concours médical*, qui lui est ouverte, et par tous autres moyens à étudier, l'organisation qui a pour but et pour effet de fausser l'application du Tarif Dubief, et en attaquant ouvertement et face à face tous ceux qui ne craignent pas de s'allier aux ennemis du corps médical pour lui disputer la légitime rémunération de son travail.

M. Dumesny expose les difficultés qu'il a en effet rencontrées dans la mise en œuvre du Service constitué par le « Sou médical », conformément à la décision de l'Assemblée générale du 17 novembre dernier, pour le recouvrement des honoraires sur les collectivités. Ses débuts en justice de paix n'ont pas été heureux et il a pu voir que, ainsi que le lui déclarait en conciliation le Juge de paix d'un canton de la banlieue parisienne, — personnellement d'ailleurs, très correct et même très aimable — le siège de ces magistrats était fait sur l'interprétation du tarif en ce qui concernait notamment le cumul du prix de la consultation et des pansements ou massages. Un autre juge de paix — d'un arrondissement central de Paris — en renvoyant une affaire à huitaine pour désignation d'un expert à défaut d'arrangement amiable, lui conseilla obligeamment, en pleine audience et sur un ton qui souleva l'approbation bruyante du chœur des assureurs présents dans la salle, de se concilier et ce « *dans l'intérêt même de la bonne renommée du corps médical* », ajoutant que, si l'on pouvait soutenir que la lettre du Tarif Dubief semblait favorable au cumul, il fallait envisager ce même tarif « *dans son esprit* » et que cet esprit était tout différent. Enfin, les décisions que M. Dumesny a obtenues ont été presque toutes défavorables à l'interprétation qu'a toujours soutenue le « Sou médical », et dans l'état actuel des choses, il ne pense pas pouvoir faire changer cette jurisprudence qui n'est d'ailleurs pas basée sur des arguments juridiques, mais seulement sur l'autorité de la plupart des médecins que les Juges de Paix ont accoutumé de désigner comme experts dans les causes qui leur sont soumises, et qui d'ailleurs sont à tort appelés à se prononcer sur une question de droit, les expertises ne devant d'après la loi porter que sur des questions de fait.

Le Conseil décide en principe que le « Sou médical », élargissant son action, entrera en lutte directe avec les adversaires du corps médical sous quelque aspect qu'ils se dissimulent, et s'efforcera notamment de démasquer ceux d'entre eux que les assureurs ont réussi à recruter jusque dans ses rangs, et même au Parlement.

Séance extraordinaire du 30 *janvier* 1908.

Présents : tous les membres du bureau et les Conseils judiciaire et technique.

Le Président déclare qu'il a réuni le Conseil pour lui communiquer un jugement rendu le 7 décembre 1907 par la 4e chambre, 3e section, du Tribunal civil de la Seine, qui est spécialement saisie des procès intéressant les accidents du travail. Cette chambre, sous la présidence de M. Duchauffour, réformant un jugement du tribunal de paix du XIXe arrondissement de Paris, a jugé que le prix de la consultation devait se cumuler avec le prix d'un pansement antiseptique complet, conformément aux articles 1 et 10, no 1 du tarif officiel. Ce jugement, vu son importance, sera publié dans le prochain numéro du *Concours* avec un commentaire de Me Gatineau (1). Le « Sou médical » est fondé à espérer que tous les juges de paix, et surtout ceux ressortissant du Tribunal civil de la Seine, s'inclineront devant l'interprétation de la juridiction supérieure.

Le Conseil est d'avis que, malgré le changement que le jugement du Tribunal de la Seine peut apporter dans les décisions à venir des juges de paix, il y a lieu de maintenir la décision prise lors de sa dernière réunion et de s'efforcer de réunir toutes les armes qui pourront servir à lutter contre la perpétuelle offensive des assureurs.

Le Conseil solutionne ensuite les vingt-sept affaires individuelles, qui lui sont soumises par le Secrétaire général, et décide que les ressources actuelles de la Caisse lui permettront d'accorder plus fréquemment l'appui pécuniaire dans les demandes individuelles.

Il approuve le tirage, aux frais du « Sou médical » : 1o d'une brochure de propagande sur le service médical dans les S. S. M. qui lui est soumise par le Dr Vimont, son vice-président ; 2o d'un travail de M. le Dr Diverneresse répondant, par publication de documents, aux allégations lancées par les assureurs ou les gens à leur solde contre des abus mis au compte du principe de la liberté du choix du médecin.

Il décide enfin que le Conseil ou le secrétaire-général n'accepteront à l'avenir d'être saisis d'une affaire que d'après un exposé par écrit accompagné des documents justificatifs. L'exposé verbal ne sera admis que pour compléter les renseignements écrits et les expliquer.

(1) Voir numéro 5 du 2 février 1908, p. 87.

LA SEMAINE MEDICALE

Accidents cérébraux et oculaires consécutifs à la ligature de la carotide primitive.

M. le Dr *J. de Fourmestraux*, de Chartres, a étudié dans sa thèse les conséquences oculo-cérébrales de la ligature de la carotide primitive. « Cette ligature, dit-il, ne constitue pas, en elle-même, une intervention très grave. Son pronostic est en raison directe de l'affection qui la nécessite. Mortalité, 54 p.100 dans la ligature pour plaie, 7 p.100 dans l'exophtalmos pulsatile.

Le pronostic est moins grave aujourd'hui qu'autrefois.

	Mortalité totale
Statistique de Le Fort, 1879......	45 p. 100
— de Siegrist, 1900......	38 —
— personnelle, 1900-1906	21 —

La ligature de la carotide primitive peut déterminer des troubles oculaires et cérébraux définitifs ou passagers : nécrose des cellules nerveuses oculaires qui aura la même signification clinique que le ramollissement cérébral ; accidents se traduisant dans le premier cas par l'amblyopie ou l'amaurose, dans le second par une hémiplégie organique dans ses diverses manifestations cliniques, hémiplégie totale, hémiplégie croisée, hémiplégie avec hémianopsie, etc.

L'étude de l'anatomie normale et celle des anomalies des artères cérébrales ne suffit pas à expliquer l'apparition de ces accidents.

La cause des accidents immédiats, accidents d'une certaine rareté, peut seule être expliquée par l'hypothèse d'une anomalie artérielle très accentuée, que complique une diminution passagère ou permanente de la tension artérielle (lésions cardiaques, hémorragies) ou une altération des parois artérielles (artério-sclérose). Le sang ne peut, en ce cas, revenir au niveau des centres par des voies collatérales, tronc dorso-spinal, tronc basilaire.

Si, malgré tout, on reste dans le domaine de l'hypothèse pour expliquer l'apparition des très rares accidents immédiats, la cause des accidents tardifs est très nette.

Ces accidents sont dus à une thrombose ascendante qui, partant du point de la ligature, se prolonge jusque dans les artères cérébrales et jusque dans l'ophtalmique. Les lésions de ramollissement cérébral, les lésions oculaires, seront en raison directe de cette thrombose.

La seule stase sanguine, alors que les parois artérielles sont saines, ne saurait déterminer une thrombose s'étendant aux artères cérébrales.

Une infection seule, même légère, est la cause déterminante de ce phénomène. La disparition de ces accidents avec les progrès de l'asepsie ; leur moment d'apparition le plus fréquent, deuxième au quatrième jour ; leur rareté quand l'intervention est simple et rapide, ligature pour exophtalmos, ligature pour anévrysmes ; leur fréquence, quand elle est longue et compliquée, ligature au cours de l'ablation d'un néoplasme, en sont une excellente preuve.

Le contrôle fourni par les lésions trouvées aux autopsies (coïncidence de la thrombose ascendante et de lésions suppurées, locales ou à distance), d'une part.

Les données expérimentales, d'autre part ; production constante d'une thrombose après ligature infectée absence de ce même phénomène quand l'intervention a été correcte et aseptique, nous permettent de conclure en établissant une relation de cause à effet entre une infection même légère de la plaie opératoire et l'apparition de troubles oculaires ou cérébraux.

Les bains chauds contre les pneumonies et broncho-pneumonies.

D'après la thèse de M. le Dr Armand Dufour, de Lille, la balnéation chaude est un excellent mode de traitement des maladies aiguës du poumon chez l'adulte.

« Elle amène une sédation très rapide des divers symptômes, température, dyspnée, expectoration ; elle calme les excitations du système nerveux.

« Les bains chauds sont en général très bien supportés par les malades.

« Les bains chauds ne reconnaissent aucune des contre-indications des bains froids comme l'artériosclérose, le mal de Bright, le diabète, les cardiopathies. Les bains chauds remontent l'énergie cardiaque et empêchent le collapsus.

« La balnéation chaude doit être faite d'une façon méthodique, sinon elle perd toute sa valeur ».

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

MÉDECINE PRATIQUE

Clinique et laboratoire

La retentissante communication académique de M. le Dr Calmette, de l'Institut Pasteur de Lille, sur la supériorité de l'ophtalmo-réaction tuberculinique comme procédé de dépistage universel de la tuberculose, et la critique de M. le Dr Delorme remettent une fois de plus en actualité la question de la rivalité moderne du laboratoire et de la clinique. Nous sommes véritablement assiégés, de nos jours, par la multitude des procédés de laboratoire destinés au diagnostic des maladies : recherche microscopique des bacilles de Koch, numération des globules sanguins et des leucocytes, spectroscopie urinaire et hématique, cryoscopie urinaire, dosage des éléments normaux et anormaux des urines, cultures du bacille de Klebs-Lœffler, séro-diagnostic typhique, séro-diagnostic tuberculeux, examen microscopique du liquide céphalo-rachidien, analyse du suc gastrique, tuberculi, cuti, ou ophtalmo-réaction, cystoscopie pleurale, radio-diagnostic pleuro-pulmonaire, etc.

Certes, on ne saurait mettre en doute ni la valeur réelle de ces procédés, ni la compétence des hommes qui se sont acharnés à la recherche de ces moyens, mais doit-on délaisser, de plus en plus, la clinique et oublier les résultats fournis par des milliers d'années d'observations recueillies par des hommes non moins intelligents et travailleurs ? Le laboratoire est-il destiné à

supplanter la clinique et le praticien non initié et non outillé doit-il se résigner, dans un avenir prochain, à servir uniquement de commissionnaire en échantillons d'urine, de sang, de parcelles organiques humaines entre les malades et les laboratoires détenteurs des oracles ? Quel rêve ! Mais c'est une folie, à moins que ce ne soit du somnambulisme extra-lucide ; avec quelques cheveux d'un inconnu, les somnambules ne nous disent-ils pas les pensées et l'avenir de cet inconnu ?

Allons ! courage, chers confrères, il y a encore de beaux jours pour les cliniciens à la mode de Laënnec, de Bouillaud, de Trousseau et pour les anatomo-pathologistes du style Virchow et Cruveilhier. Le laboratoire doit rester un auxiliaire, il ne peut devenir le maître C'est ce que nous allons essayer de vous démontrer aujourd'hui.

* * *

Les données fournies par le laboratoire sont du domaine des sciences exactes, c'est-à-dire qu'elles sont aveugles et qu'elles ne permettent pas de se rendre compte d'une foule de contingences devant toujours être connues du clinicien qui formule un pronostic et prescrit un traitement. Ainsi l'analyse d'une urine contenant du sucre fournit à peu près uniquement cette donnée : le malade qui a uriné ce liquide sucré est diabétique et c'est tout. Il est impossible avec cette seule indication de formuler ni pronostic, ni traitement. Un crachat examiné contient des bacilles de Koch c'est tout ce que dit le microscope. Le séro-diagnostic éberthien indique l'existence de la fièvre typhoïde, sans permettre de formuler ni pronostic, ni traitement ; et encore le séro-diagnostic n'est pas infaillible ; il y a des causes d'erreur qui déjà ont été signalées. L'examen des fausses membranes pharyngiennes et des sécrétions bucco-nasales ne fournit pas toujours des résultats indiscutables au point de vue de la diphtérie : il y a, à côté des diphtéries pures, à bacilles de Loëffler, des diphtéries associées où l'on trouve diverses variétés de microbes ou diverses particularités morphologiques qui déroutent même l'homme de laboratoire. Récemment, nous avons eu un exemple de cette incertitude : la réponse du laboratoire spécial de la Ville de Paris, pour un examen de fausses membranes pharyngiennes, fut : streptocoques, espèces diverses et peut-être, bacilles de Loëffler. Heureusement qu'on n'avait pas attendu la réponse du laboratoire pour intervenir avec le sérum ; une telle perplexité eût pu être dangereuse pour le malade.

Le cyto-diagnostic des pleurésies a-t-il la rigueur absolue que MM. Widal et Ravaut ont proclamée ?

L'absence de lymphocytes et de globules rouges et la présence de placards endothéliaux doivent-elles toujours éloigner toute idée de pleurésie tuberculeuse ?

L'examen histologique d'une tumeur est loin d'être toujours affirmatif et précis ; combien de fois, nous est-il arrivé de constater que la réponse du laboratoire flottait entre le fibrome, le carcinome et le sarcome, alors que les événements montraient qu'il ne pouvait être question d'une néoplasie maligne ? J'accorde que ces erreurs sont rares, et que, dans la grande majorité des cas, les indications fournies par le microscope sont justes, mais la clinique n'est-elle pas souvent plus précise ?

L'analyse du suc gastrique est actuellement le procédé employé par l'immense majorité des gastro-thérapeutes ; certes, cette analyse donne de sérieux renseignements qui méritent toute confiance, mais ne doit-on pas, dans de nombreux cas, recourir à l'analyse minutieuse des symptômes pour interpréter les résultats fournis par la chimie ?

Et l'analyse des urines ? Peut-on se borner à son examen pour expliquer les phénomènes morbides de la grande majorité des maladies ? Cela est tellement illusoire que les quelques thérapeutes modernes qui prétendent pouvoir établir un diagnostic sur le simple examen physico-chimique des urines sont considérés par les hommes sérieux comme des charlatans. Le défaut primordial de cette méthode de diagnostic est toujours qu'elle fournit des résultats absolus, sans tenir le moindre compte des conditions très variées des tempéraments, des tares héréditaires, des régimes alimentaires ou même des médications déjà employées par les malades, conditions qui peuvent aisément faire naître des erreurs quand on les ignore Faut-il citer les exemples des urines troubles et alcalines que produit l'administration prolongée du bicarbonate de soude et qui peuvent faire croire à une affection vésicale ou pyélonéphrétique pour celui qui se borne à l'inspection de l'urine ? Les exemples analogues sont nombreux, il est inutile d'insister.

Enfin, pour terminer, citons les regrettables erreurs auxquelles peut donner lieu la nouvelle découverte de laboratoire de M. le Dr Calmette, l'ophtalmo-réaction tuberculinique. Deux gouttes de solution à 1/200 produisent sur les conjonctives une réaction intense, congestive, caractéristique de la présence de tubercules dans l'organisme, dit M. Calmette ; cette réaction apparaît entre le 2e et le 4e jour, au plus tard ; elle est incontestablement révélatrice de l'existence d'un ou de plusieurs tubercules. Quel que soit le nombre, quel que soit l'âge de ces tubercules, la réaction les décèle. On voit d'ici la quantité de tuberculeux que la réaction indique, car, dans les villes et même dans bien des campagnes qui échappe à la tuberculose d'une manière complète ? Si l'on appliquait systématiquement la réaction de M. Calmette à tous ces candidats ou candidates aux emplois administratifs ou commerciaux, on écarterait peut-être 99 % des sujets. C'est un procédé aveugle qui fait trouver la tuberculose même là où elle est éteinte ou tellement faible qu'elle n'est plus à craindre pour les autres, un peu comme les réactifs ultra-sensibles de l'albumine qui en décèlent dans des urines où pratiquement, il n'y a pas lieu de s'en occuper, tellement la dose en est minime. Ajoutons que ce procédé de l'ophtalmo-réaction n'est pas inoffensif.

* * *

Les quelques exemples que nous venons d'envisager nous permettent, semble-t-il, de refuser toute prépondérance aux procédés de laboratoire. Irons-nous jusqu'à proclamer leur faillite ? Certes non ; nous affirmons même leur extrême utilité et la nécessité d'encourager de nouvelles recherches du même genre. Mais nous voulons que l'on maintienne le laboratoire au second plan, et que les chimistes biologistes se montrent plus discrets dans leurs communications académiques, surtout à une époque où la presse extra-médicale, avide de nouveautés, donne ces communications une publicité exagérée. Les savants de laboratoire ont sur la conscience un nombre assez respectable de « gaffes » et d'erreurs pour se montrer plus indulgents à l'égard des cliniciens qui n'ont pas pour eux le prestige des méthodes soi-disant exactes et expérimentales.

Ne nous laissons pas éblouir par les procédés de laboratoire et restons cliniciens sagaces et consciencieux, mais perfectionnons-nous toujours dans les méthodes cliniques. L'engouement mo-

Correspondance hebdomadaire
(*Suite*).

3° Nous ignorons absolument pourquoi votre S. insp. de l'A. P. a été changé et s'il y a eu là quelque chose d'anormal. — Ne vous semble-t-il pas d'ailleurs que c'est nous qui devrions poser aux Sociétaires ce genre de questions sur leurs affaires locales ?

Dr H. à B.-S.-Mer. – Puisque voilà des poursuites intentées contre ces confrères, il y a urgence de presser la Direction de l'hygiène de tenir l'une des promesses faites à notre banquet. C'est ce qu'ont fait nos Sociétés de défense qui n'attendent plus maintenant que la convocation de M. Mirman pour l'élaboration en commun du texte à proposer au Sénat en matière de déclaration des maladies contagieuses.

Dr P., de C., à *Concours* et *Sou médical*.

J'ai le plaisir de vous annoncer que, grâce à la jurisprudence publiée par le *Concours* et grâce aux conclusions de Me Gatineau, j'ai obtenu deux jugements condamnant deux patrons, représentés par leurs Compagnies d'Assurances, à payer le pansement antiseptique au prix de 4 fr. 50, le prix de la consultation étant compté I fr. 50 : Jugement du Tribunal de Paix de Buchy (Seine-Inférieure) du 4 décembre 1907 et Jugement du Tribunal de Paix de Lyons-la-Forêt (Eure) du 10 janvier 1908.

Rép. — Remerciements et félicitations. Il n'y a que les juges parisiens qui aient pensé à juger autrement après les découvertes faites dans le tarif par M. Thoinot et autres Mesler, devenus augures en expertises d'honoraires sans avoir rien connu des études de la Commission qui prépara le tarif ministériel.

Dr H., à P. — Si, dans toute cette campagne, le bon sens, la bonne foi, l'équité tenaient la place qu'a prise l'esprit de tendance intéressée, la question serait enfin tranchée par le jugement du Tribunal de la Seine que nous publions, commenté par Me Gatineau.

En tout cas, juges et suppléants des tribunaux de paix parisiens, dûment mis en possession de ce document, n'auront plus le droit de nous écraser de leur infaillibilité par des réponses

Suite page X.

LE SOU MÉDICAL

Ligue de protection et de défense professionnelles

Le « Sou Médical », ligue de protection et de défense professionnelle fondée en 1897, est destiné à couvrir ses adhérents contre tous les risques professionnels et prend en outre la part la plus active à la défense générale des intérêts médicaux, se proposant de traduire par des actes les prédications du *Concours Médical.*

Pour la protection individuelle de ses membres, il est intervenu dans plus de 10.000 affaires : procès devant toutes les juridictions (y compris la Cour de Cassation, le Conseil d'Etat et le Tribunal des Conflits), litiges, revendications, arbitrages, consultations, etc. Pour les luttes d'intérêt général, il marche d'accord avec le Concours, l'Union des Syndicats, l'Association Générale des Médecins de France, etc.

Récemment, il a créé une caisse de garantie destinée à garantir **ses membres jusqu'à concurrence de 2.000 francs** contre les **actions civiles en dommages-intérêts** qui pourraient leur être intentées en raison des faits cliniques et thérapeutiques accomplis dans l'exercice de leur profession, et dès maintenant cette caisse est dotée de ressources suffisantes pour lui permettre d'envisager tous les aléas.

Faut-il ajouter que tous les avis possibles sont donnés, toutes les démarches sont faites en vue de rendre des services extra-professionnels ?

Pour être membre du « Sou Médical » il faut être membre d'un Syndicat ou d'une Association Médicale ou bien être présenté par deux confrères déjà membres du «Sou Médical».

La cotisation annuelle est de 20 francs, comprise la participation à la caisse de garantie.

Les membres ne sont admis qu'après envoi de leur adhésion et paiement de la cotisation.

LE SOU MÉDICAL

LIGUE DE PROTECTION & DE DÉFENSE PROFESSIONNELLES

BULLETIN D'ADHÉSION

Je soussigné (nom, prénoms, qualités)....................

médecin à.................... *arrond*^t^ *de*.................... *dép*^t^ *de*....................

né le.................... *à*....................

reçu devant la Faculté de.................... *le*....................

membre de(1) ....

ou présenté par MM.(2) ....

déclare adhérer à la Ligue de protection et de défense professionnelles **LE SOU MÉDICAL**

et envoie au Trésorier la somme de(3) ....

montant de ma cotisation pour l'année courante.

A...................., *le*....................

SIGNATURE :

(1) Syndicat médical ou Association médicale.
(2) Deux confrères, membres du Sou Médical.
(3) Du 1er Janvier au 1er Juillet : **Vingt francs.**
Du 1er Juillet au 1er Décembre : **Onze francs.**
Au delà du 1er Décembre, pour l'année suivante : **Vingt francs.**

ENVOYER CE BULLETIN AFFRANCHI, AVEC LE MANDAT INCLUS, AU TRÉSORIER DU Sou Médical : Dr GASSOT, A CHEVILLY (LOIRET).

derne pour le laboratoire a fait beaucoup oublier de nos jours les études cliniques ; on n'apprend plus à examiner le pouls ; on ne perfectionne plus les procédés de percussion, on n'ausculte plus avec détail, on n'exerce plus l'œil à la différenciation des éruptions ou des exsudats, enfin on ne fait plus que des demi-cliniciens. Tout imbus du soi-disant progrès des moyens d'investigations chimiques ou physiques, les jeunes médecins ne songent même plus à analyser chaque symptôme, ni à examiner leurs malades organe par organe ; ils ne savent plus palper, ni percuter, ni ausculter. Les tubes de culture, le microscope, les réactifs, les fascinent ; pour eux, le malade n'est plus qu'un verre à expériences, ou un champ de cultures microbiennes. Aussi, que de déceptions ils se préparent ! les diagnostics échafaudés sur des bases chancelantes et pour ainsi dire taillés toutes sur le même plan, comme des pièces de mécanique faites à la grosse, et non pas adaptées spécialement à chaque individualité, sont souvent vagues, quand ils ne sont pas même tout à fait erronés.

Les pronostics sont encore plus à-côté ; on ne connaît plus le tact médical, le doigté des vieux maîtres du siècle dernier. Il y a de nombreux médecins savants, surtout théoriquement, il n'y a plus de grands médecins au coup d'œil infaillible, au toucher magistral. Cette tournure moderne de l'esprit médical trop attaché aux recherches de laboratoire a déteint même sur le caractère ; le client habitué à ne plus juger grand que le médecin qui l'éblouit par ses tubes, ses appareils, ses cornues et ses microscopes, n'est plus aussi expansif dans ses confidences, il ne considère plus le médecin comme un ami, et le médecin, moins initié à la vie intime de son client qu'il ne juge plus à propos d'interroger à fond, apparaît comme un conseiller moins bon, moins affectueux qu'autrefois. Evidemment, les mœurs modernes ont largement contribué à cette évolution fâcheuse; mais ne nous le dissimulons pas, la prépondérance des hommes de laboratoire y a contribué aussi.

Efforçons-nous donc de réagir et réclamons dans la réforme des études médicales actuellement en suspens, le rétablissement de l'enseignement franchement clinique et l'encouragement des maîtres qui comprennent qu'avant tout, le médecin doit savoir bien fouiller les organes pour en découvrir les altérations, chaque sujet ayant son évolution morbide et ses complications spéciales et ne pouvant pas être comparé à un autre sujet atteint de la même maladie. Hourrah ! donc pour la clinique.

Dr Paul Huguenin

NEURO-PATHOLOGIE DES ACCIDENTS

De la névrose traumatique

Par P.-J. Nuel.

L'article ci-dessous que nous empruntons au Liège médical *trouve naturellement sa place ici après l'étude sur la « Sinistrose » que M. le Pr Brissaud a bien voulu nous donner au n° 7 du* Concours médical. *Journal et Société d'études professionnelles pratiques; nous ne devons rien négliger pour dégager les conséquences de cette question dans les décisions judiciaires qui seront appliquées à nos clients sous le régime des lois réparatrices des accidents du travail.*

D'après une manière de voir qui se répand de plus en plus, beaucoup de cas de névrose traumatique, peut-être la plupart, résulteraient non d'un double choc, physique et moral (commotion cérébrale et frayeur), mais du *désir intense et prolongé d'obtenir une indemnité pécuniaire ou une rente viagère.* Ce désir étant un produit récent de notre état social, la névrose traumatique elle-même serait une résultante de l'évolution de notre état social et même de la législation sur les accidents du travail.

Il y a certainement du vrai dans cette « théorie » et j'ai cru que son exposé succinct pourrait présenter quelqu'intérêt pour les lecteurs de *Liège Médical* : d'une part, en raison du nombre toujours croissant des névroses traumatiques, et d'autre part, en raison des conséquences pratiques importantes qui découlent de cette manière d'envisager la névrose traumatique.

Inconnue il y a de cela 30-40 ans, la névrose se multiplie au point de constituer un fléau pour les sociétés d'assurances-accidents du travail, dont elle entame gravement les budgets. Les médecins, de leur côté, étaient restés longtemps perplexes devant cette maladie ; ils commencent à en percevoir vaguement la nature, tout en restant toujours fort embarrassés devant elle. Quant aux juges, qui ont à appliquer la loi sur les accidents du travail et aux avocats chargés de la défense des intérêts soit de l'assureur, soit du sinistré, grande doit souvent être leur perplexité devant cette affection déconcertante et toujours quelque peu fantastique.

Avant d'attaquer l'objet proprement dit de cette communication, circonscrivons d'abord et précisons le débat, en exposant aussi brièvement que possible l'état actuel de la question.

On est aujourd'hui d'accord avec Charcot pour ranger la maladie en question dans la catégorie des « névroses », à côté de l'épilepsie, de la chorée, de l'hystérie et de la neurasthénie. Le nom de « névrose », signifie que l'affection présente des symptômes nerveux attribuables à des parties très diverses du système nerveux central, et qu'on n'en connaît pas la lésion qui, du reste, doit être très subtile et pas des plus profondes, et capable de disparaître rapidement.

« D'aucuns, passant légèrement sur l'état rudimentaire de nos connaissances en physiologie du système nerveux central, affirment bravement que les névroses sont des maladies purement fonctionnelles sans lésion ou altération correspondante. — C'est là une opinion à laquelle ne se rallieront pas facilement ceux qui sont habitués à penser physiologiquement.— Plus éloignée encore du point de vue physiologique est l'opinion spiritualisante qui aime à voir dans les névroses des maladies de l'âme, de la volonté, etc. Mais laissons là les discussions sur la nature intime des névroses. Celles-ci, notamment celles dues à des traumatismes, n'en sont pas moins réelles, malheureusement. Retenons aussi comme un fait que la névrose traumatique a les liens de parenté les plus intimes avec l'hystérie et avec la neurasthénie. D'après une opinion généralement répandue, une partie des cas de névrose traumatique seraient absolument afférents à l'hystérie, d'autres à la neurasthénie, d'autres enfin, peut-être les plus nombreux, présenteraient un mélange de symptômes, les uns hystériques, les autres neurasthéniques. Les cas désignés du nom de « névrose traumatique, devraient être qualifiés, ou bien d'hystérie traumatique, ou bien de neurasthénie traumatique, ou encore d'hystéroneurasthénie traumatique.

Le lecteur trouvera dans les monographies, notamment dans celle de Vibert (1) et surtout

(1) Ch. Vibert. — La névrose traumatique, Paris 1893.

dans celle de Crocq (1), des exemples cliniques détaillés de névrose traumatique. La symptomatologie en est inconnue. Voici cependant un court rappel des principaux symptômes de la neurasthénie et de l'hystérie traumatiques. Ce sont, du reste, les symptômes des formes non traumatiques de ces affections.

La *neurasthénie* traumatique se distingue par une certaine fixité dans les symptômes, tant généraux que locaux, si on la compare à l'hystérie. En premier lieu, il y a la céphalalgie incessante, soit de tout le crâne (casque neurasthénique), soit du seul occiput, ou du front ou encore des tempes. Il y a ensuite des vertiges, de la rachialgie, et des douleurs très diverses. L'insomnie est très persistante, de courts moments de sommeil étant interrompus par des cauchemars. Ce qui prédomine aussi, c'est l'asthénie cérébrale et neuro-musculaire. L'asthénie cérébrale se traduit par le manque d'attention, la perte de la mémoire, et l'impossibilité de tout effort intellectuel, d'une occupation prolongée. L'asthénie neuro-musculaire est représentée par une fatigue musculaire continue. Il n'y a pas de paralysie véritable, mais de la faiblesse et des tremblements. Il n'y a pas d'anesthésie complète, mais de l'hypoesthésie tactile et douloureuse, générale ou locale seulement ou encore des hyperesthésies. Certains réflexes sont diminués ; celui de la déglutition, à l'attouchement de l'arrière-gorge est supprimé ; les réflexes tendineux sont souvent augmentés. Il peut y avoir de l'hyperacousie et de la photophobie. Assez souvent il y a diminution du goût et diminution de l'acuité avec rétrécissement des champs visuels pouvant s'exagérer pendant l'examen. L'amblyopie toutefois ne va jamais jusqu'à la cécité complète.

L'humeur du malade est toujours sombre, il a constamment des inquiétudes pour l'avenir, se croit incurable. Le caractère est irascible. Les pleurs sont faciles. Cela va souvent jusqu'à la mélancolie. Quelquefois il y a des phobies bien caractérisées. Dans les cas extrêmes, l'aliénation mentale et même le suicide.

L'hystérie (traumatique) est caractérisée par une variabilité très marquée des symptômes généraux et locaux . En fait de symptômes généraux, nous avons notamment l'amnésie, l'aboulie, l'accès (hystérique). Souvent il y a de l'anesthésie véritable, soit de l'hémianesthésie, soit l'insensibilité d'un membre ou d'un segment de membre (anesthésie segmentaire, non limitée à un nerf). Les parties anesthésiées sont souvent paralysées, la paralysie étant totale, ou bien flasque ou contracturée. Elle aussi est segmentaire, non limitée à un nerf. Il peut y avoir enfin les manifestations hystériques les plus diverses, la toux (nerveuse), de la surdité, amblyopie avec rétrécissement des champs visuels, et même amaurose, des hyperesthésies diverses, etc., etc.

Les symptômes peuvent varier dans le temps, certains d'entre eux peuvent exister seuls, etc.

Le nom de « névrose traumatique » a été proposé par Oppenheim, qui voyait dans notre affection une névrose spéciale, distincte des autres névroses, distincte notamment de l'hystérie et de la neurasthénie. Bien que cette opinion ne trouve plus guère d'adhérent, le nom s'est maintenu et il prévaudra probablement contre ceux de « traumatose » ou de « sinistrose » proposés plus récemment.

L'étiologie, *i. e.* la cause éloignée de la névrose traumatique, est bien connue : l'affection est toujours consécutive à un traumatisme. Mais le même traumatisme étant loin d'être toujours suivi de névrose, on doit se demander quel élément du traumatisme provoque notre névrose.

Le plus souvent on invoque comme cause plus spéciale de la névrose un choc physique et un choc émotionnel. Le choc physique consisterait dans un ébranlement du système nerveux central, dont la nature est indéterminée. Le choc émotionnel serait la frayeur.

Erichsen, qui le premier décrivit (en 1789) très bien la névrose traumatique, ou plutôt sa forme neurasthénique, supposa, sur la foi d'une seule autopsie, non concluante, que le choc physique produirait une espèce de myélite chronique, qui de la moelle remonterait vers le cerveau qu'elle envahirait également. Le même auteur n'avait observé la maladie qu'à la suite d'accidents du chemin de fer, d'où le nom de *railway-spine* qu'il lui donna. Pour Erichsen, le railway-spine n'est pas une névrose, mais une maladie spéciale, à lésion bien déterminée, au même degré qu'un abcès du cerveau, par exemple.

L'encéphalo-myélite chronique d'origine traumatique fut admise quelque temps comme lésion caractéristique de la névrose traumatique. Elle l'est encore par Vibert, et par Crocq notamment, au moins pour les formes graves ; toutefois, ils invoquent des raisons qui ne paraissent guère concluantes.

D'ailleurs, une lésion du système nerveux plus grave, plus apparente (contusion, hémorragie, etc.). n'exclut pas la possibilité d'une névrose traumatique. Ces cas seraient toutefois peu accessibles à un diagnostic complet.

A la suite de Charcot et de ses élèves (Berbez, Bouveret, etc.), on s'accorde généralement aujourd'hui à voir dans la névrose traumatique un état névrosique résultat d'un double choc, l'un émotionnel, la peur survenue au moment de l'accident, l'autre physique, un ébranlement du système nerveux. Cet ébranlement, on le suppose moléculaire, mais on n'y insiste pas davantage. L'émotion, la frayeur serait même l'élément pathogénique principal. La nature même du traumatisme importerait peu. La frayeur à elle seule suffirait même pour provoquer l'affection.— En spécifiant davantage, on développe comme quoi, l'émotion, aidée ou non d'une commotion physique du système nerveux central, produirait dans ce dernier une dépression, un état névrosique. Et sur ce cerveau déprimé, le traumatisme, même peu important, porté sur un membre par exemple, deviendrait une cause d' « auto-suggestion », d'où, par exemple, des paralysies flasques, des anesthésies, etc.

Il y a dans cette pathogénie, généralement acceptée, pas mal de termes obscurs, sans signification physiologique précise. Il arrive qu'on croit par exemple que le mot « auto-suggestion » est définitif en la question et explique tout.

On discute sur l'importance relative du choc physique et du choc émotionnel. Vibert, par exemple, ne fait que peu de cas du choc moral émotionnel, tandis que X. Francotte (1) a insisté récemment sur son importance comme facteur pathogénique de la névrose traumatique. De toutes ces discussions résulte très vivace l'impression que l'invocation du double choc, physique et moral, est loin de satisfaire à tous les faits observés. Il est, en effet certain qu'assez souvent la névrose traumatique est la suite de traumatismes qui n'ont nullement ébranlé physiquement le système nerveux central et qui de plus, n'ont causé aucune frayeur au blessé, soit au mo-

(1) Crocq (fils). — Les névroses traumatiques, Bruxelles, Lamertin, 1896.

(1) X. Francotte. — Bull. Acad. roy. de méd. de Belgique, p. X.

ment même du traumatisme, soit immédiatement avant ou après. C'est l'observation de cas pareils qui ont conduit Wichmann à l'idée que l'attente, le désir d'une rente viagère ou d'une indemnité qui seraient allouées au sinistré, serait la chose principale, le facteur réellement efficace dans la production de la névrose traumatique. Reçue d'abord avec peu de faveur, et même avec un mouvement très prononcé de scepticisme, l'opinion de Wichmann se répand cependant de plus en plus en Allemagne.

J'ai devers moi une étude du Dr Fr. Delvaux (1) de Luxembourg, qui défend avec beaucoup de talent et de conviction l'opinion de Wichmann et à laquelle j'emprunterai les arguments principaux.

La Névrose traumatique envisagée comme une névrose de désir.

Les partisans de la théorie de Wichmann ne sont toutefois pas exclusifs dans leur opinion ; ils admettent dans une certaine mesure, c'est-à-dire pour certains cas, l'auto-suggestion de Charcot, sous la forme suivante. Dans des circonstances où il ne peut être question de rente ou d'indemnité à obtenir, un ouvrier est victime d'un accident grave si vous voulez, ou bien relativement léger et habituellement sans suites fâcheuses. Supposons-le plutôt léger. Le blessé n'y a même attaché d'abord aucune importance. Cependant, la légère gêne persiste. Le blessé commence à soupçonner que cela ne soit plus grave qu'il ne le croyait, ou que le mal ne s'aggrave et qu'il se pourrait qu'il perdît sa place, son gagne-pain. Dès lors, il est amené à voir l'avenir en noir. Dans l'appréhension de la misère pour soi et les siens, il acquiert peu à peu la quasi certitude que la blessure est très sérieuse ; à force d'y penser, il éprouve toutes sortes de sensations anormales dans la partie blessée ; en vertu d'une autosuggestion véritable, il devient réellement incapable de fournir un travail soutenu.

L'appréhension, la peur de l'avenir, de la misère, modifie à la longue le moral du blessé et le constituerait en neurasthénie. Ce serait une névrose d'appréhension — *Angstneurose* des Allemands).

Mais bien plus souvent la pathogénie de la névrose traumatique est autre et doit être cherchée dans les effets du désir intense, tenace et prolongé d'une rente viagère ou d'une indemnité pécuniaire. C'est de cette forme que nous allons nous occuper exclusivement. Quelquefois il s'agit d'une responsabilité civile ordinaire (blessure par imprudence, par exemple) ; le plus souvent c'est un accident du travail, pour lequel la loi prévoit dans certaines conditions une indemnité. L'essentiel est que le blessé puisse avoir l'espoir d'obtenir une indemnité ou une rente viagère, et que cet espoir ne puisse être satisfait qu'après une attente et une lutte plus ou moins prolongées, jalonnées d'incertitudes diverses. La nature et même la gravité du traumatisme importent beaucoup moins. Ce serait une *névrose de désir*, de concupiscence, d'attente tenace.

Qu'il s'agisse de l'une ou de l'autre des deux « psychologies » esquissées plus haut, et placées à l'origine de la névrose traumatique, la question d'argent joue donc un rôle prédominant. Pour le moraliste, la névrose d'appréhension se présente sous un rapport humain en somme, tandis que la névrose de désir revêt un caractère immoral, répugnant. Mais le médecin ne doit pas se laisser influencer par des impressions de ce genre, extra-médicales, tout comme en présence d'une dilatation de l'estomac ou d'une syphilis, il ne se met pas à moraliser. Et pour rester dans son rôle de médecin, il fera bien de ne pas perdre de vue que les faits psychiques, en l'espèce : l'appréhension et le désir, sont conditionnés, portés par des processus physiologiques peu connus et qui, à la longue, modifient le système nerveux, la modification étant, du reste, encore inconnue, mais c'est elle qui réalise l'état de névrose, c'est-à-dire qui occasionne les réactions anormales dites de la névrose traumatique. En parlant du désir et d'une maladie dite de l'âme, le médecin doit penser aux processus nerveux et aux altérations correspondantes (1), à moins qu'on ne parle franchement de processus et d'altérations nerveuses. Dans les conditions où se trouve notre accidenté, le désir intense et incessant est aussi obligé que la faim en cas d'abstention prolongée de toute nourriture.

A la lueur jetée sur la névrose traumatique par cette nouvelle pathogénie on comprendra mieux une série de faits dont voici les principaux.

En premier lieu, il y a l'observation maintes fois faite que, malgré tous les traitements, la névrose traumatique va s'aggravant aussi longtemps *que la rente n'est pas assurée, tandis que* souvent elle est guérie du moment que la question pécuniaire est réglée.

Ainsi s'explique que la névrose traumatique est de date récente, — de même que sa cause, la responsabilité patronale en cas d'accident.

Nous comprenons que les premiers cas de névrose traumatique se soient présentés à la suite d'accidents de chemin de fer, la jurisprudence ayant, depuis une cinquantaine d'années, introduit, pour ce genre d'accidents, déjà une responsabilité civile très étroite. C'est même cette jurisprudence qui est la cause *qu'actuellement encore*, les sinistres du chemin de fer occasionnent un nombre très grand de névroses *traumatiques*.

Quant aux autres industries, la névrose traumatique commença à s'y montrer et à s'y multiplier depuis la promulgation des lois sur les accidents du travail, en Allemagne d'abord, en France ensuite, et c'est maintenant le tour de la Belgique. Il est même à prévoir que les cas vont aller se multipliant chez nous, la loi belge, de date récente, n'ayant pas encore sorti tous ses effets sous ce rapport.

Nous savons d'autre part que ne sont guère sujettes à la névrose traumatique les personnes blessées dans des conditions qui excluent tout recours en responsabilité civile, par exemple les ouvriers agricoles et les domestiques. On n'a jamais vu survenir la névrose traumatique à la suite des rixes de cabaret, le dimanche, et cependant Dieu sait si on y prodigue les horions, même très sérieux, les contusions. Les enfants si souvent contusionnés, les blessés des champs de bataille, etc., ne présentent jamais de névrose traumatique.

L'observation a démontré que le genre de blessures qui donnent surtout naissance à la névrose traumatique, ce sont les contusions. Le motif en paraît être que ces lésions sont moins étalées au grand jour, plus mystérieuses en quelque sorte, et qu'elles laissent souvent après elles une gêne mal définie et de longue durée. Cela se comprend d'après ce qui précède. La contusion, peut, bien entendu, porter sur un membre ou sur

(1) Dr Delvaux. — *Die traumatische Neurose*, Munich 1907.

(1) Processus physiologiques qui sont les vraies causes des réactions de l'individu, et dont les faits psychiques (désir, peur, etc.), ne sont que les épiphénomènes. — Voir, J.P. Nuel, *La Vision*, 1904, et *Les Fonctions spatiales*. etc. *Arch. internat. de Physiol.* (V. 2, pp. 214-241).

le tronc ; dans le dernier cas, sur la moëlle épinière et sur le cerveau.

Voyons d'un peu plus près cette pathogénie dans quelques cas concrets, mais fictifs.

Voici un ouvrier ayant reçu un coup sur le bras droit, d'où une contusion modérée, occasionnant une incapacité d'une huitaine de jours. Afin de couvrir sa responsabilité le plus possible, et d'ailleurs pour satisfaire à la loi, le patron ou son assureur fait dresser procès-verbal de l'accident, des témoins sont entendus ; puis on envoie le blessé chez le médecin. Tout d'abord, le sinistré n'avait pas accordé beaucoup d'attention à la lésion. Mais cette mise en scène éveille son attention. Il se demande si peut-être sa lésion n'est pas plus sérieuse. Effectivement, le membre est maintenant bleu et jaune, au loin ; il est même un peu gonflé et plus sensible, douloureux. Un camarade s'étonne que le blessé puisse se remettre au travail ; à sa place, il se ferait examiner à nouveau et sérieusement par le médecin, peut-être par un autre, « un fort en ces matières ». Il se peut que, pas plus que le premier, le second médecin n'y trouve rien de sérieux. Et cependant le sinistré sent que son bras est douloureux et affaibli. Il frotte l'endroit contusionné avec quelque onguent, mais cela va plutôt s'aggravant. Peut-être même que le membre tremble un peu. Dès lors, on le soumet au massage, à l'électricité. Mais, rien n'y fait ; le mal va plutôt s'empirant. Le blessé est toujours incapable de travailler. Peu à peu, il arrive au soupçon, puis à la certitude que son mal est incurable et qu'il a droit à une rente viagère.

La société d'assurances, de son côté, ne lâche pas si facilement la rente et il en résulte, entre elle et l'accidenté, une lutte, souvent très longue, et qui désoriente, ébranle fortement le cerveau du sinistré. Pendant les alternatives nombreuses de hausse et de baisse dans l'espoir d'une issue favorable de sa réclamation, la société d'assurances envoie le blessé à un « spécialiste », qui le soumet à des épreuves diverses, les unes plus étonnantes que les autres. Peut-être même, finit-il par être adressé à un institut physio-thérapeutique. Le malade, de son côté, va consulter un « spécialiste », un « professeur », convaincu d'ailleurs que tout cela ne servira à rien. Il récrimine contre la société d'assurances qui ne veut pas lui payer la rente due, et dont le médecin « contrôleur » parle même de simulation. Or, tout le monde doit voir que le blessé est gravement atteint. Le bras est même maintenant paralysé et insensible. Il y a de la faiblesse générale, des insomnies, de la céphalée incessante, la vue elle-même s'entreprend, le blessé maigrit, etc. Enfin, après des luttes pénibles, il obtient une rente viagère pour incapacité permanente.

Autre exemple — Un voyageur est assis tranquillement dans son coupé de chemin de fer, lorsque, par une secousse, il est projeté la tête contre la paroi. Conséquence : un traumatisme insignifiant. Mais le lendemain et le surlendemain, le blessé a un peu de mal de tête à l'endroit contusionné ; il ne travaille pas avec l'allégresse habituelle, ne dort pas bien, etc. Il chôme quelques jours. On lui suggère que l'administration du chemin de fer, si riche, pourrait bien l'indemniser. Il consulte un avocat qui le confirme dans ces propos, et parle éventuellement d'une indemnité très élevée. En attendant, il l'envoie chez un « médecin spécialiste » qui lui délivre un certificat constatant un « état nerveux ». Muni de ce certificat, le blessé réclame la grosse somme ; mais naturellement le « Chemin de fer » ne délie pas tout de suite les cordons de sa bourse. On va devant le juge ; le procès traîne ; on nomme des experts et des contrexperts. Cependant, l'état du malade s'aggrave, et le tableau de la neurasthénie se complète peu à peu. Finalement, le juge alloue une indemnité assez élevée.

Ces deux exemples fictifs montrent le début et l'aggravation progressive de la névrose traumatique. Le point de départ en a été insignifiant, et le malade lui-même n'attribuait pas, tout d'abord, d'importance à la lésion, jusqu'à ce que de l'une ou de l'autre manière a surgi chez lui l'idée de la possibilité d'une indemnité ou d'une rente. Le traumatisme aurait été plus sérieux que cela n'eût rien changé d'essentiel aux choses.

L'indemnité ou la rente convoitée était d'abord insignifiante, un rien pour la « riche administration ». Mais l'appétit vient en mangeant. Les choses traînant toujours en longueur, au gré du blessé, il se développe et s'établit le désir intense et permanent d'une indemnité la plus grosse possible. Il ne dort plus. La lutte pour l'indemnité ou pour la rente est permanente. Le système nerveux se détraque sous l'influence de l'idée fixe, qui peu à peu devient une espèce d'hallucination — Et tout cela peut être plus ou moins inconscient. Le malade se sentirait blessé, et à bon droit, si vous l'accusiez de simulation ou d'aggravation.

Il arrive que le sinistré soit encore moins « actif » dans la genèse de la névrose. Si c'est un adolescent, il est réceptif pour les suggestions que son entourage, ses parents, exercent sur lui, dans l'ordre d'idées esquissé. Et dans ce cas encore, on étonnerait fort les personnes en cause en parlant de simulation ou d'exagération.

Il est à remarquer que bien souvent l'incapacité n'est que partielle, et la rente ne sera pas très élevée, ne pourra compter sérieusement pour l'entretien du malade. N'importe ! La revendication finit par être l'objet d'une préoccupation constante, qui absorbe toutes les facultés de l'âme et détourne de tout travail.

Car enfin, il a droit à cette rente, le blessé. Il ne demande que son dû. (*A suivre.*)

CLINIQUE THERMALE

Indications secondaires de Châtel-Guyon. Affections utéro-ovariennes.

En dehors de l'action spécifique qu'elle exerce sur les maladies de l'intestin, la cure de Châtel-Guyon possède une action secondaire sur quelques autres affections. En d'autres termes, elle a, à côté de son indication principale, qui constitue sa spécialisation, des indications secondaires.

Parmi celles-ci, celles qui se rapportent aux affections utéro-ovariennes sont certainement des plus intéressantes. Il suffit, pour s'en rendre compte, de reconnaître d'abord la très fréquente association de ces affections avec celles de l'appareil digestif, leur connexité, leurs rapports, souvent même leur étroite dépendance. A Châtel-Guyon, les deux tiers de nos malades dyspeptiques, constipées, entéro-colitiques surtout, présentent des troubles des organes utéro-ovariens. On se trouvera donc fréquemment en présence de ces associations morbides, qu'il sera nécessaire de traiter, en même temps que les troubles d'ordre digestif. D'autre part, en n'envisageant que les affections utéro-ovariennes en elles-mêmes, on doit reconnaître qu'elles sont bien souvent de celles qui doivent le plus bénéficier d'une médication générale tonique, reconstituante et décongestionnante, singulièrement favorisée par une

action régulatrice des fonctions intestinales, et par la stimulation de la diurèse.

La cure de Châtel-Guyon agissant en ce sens, constitue pour les affections utéro-ovariennes une médication spéciale, et, comme le fait remarquer Max Durand-Fardel, différente de celle que l'on rencontre dans les autres eaux minérales, le plus habituellement employées pour le traitement de ces affections. Elle doit donc avoir une place à part, à côté de ces stations, et si elle n'exerce pas comme elles une action spécifique, il est juste au moins de reconnaître qu'elle offre dans un certain nombre de cas, de précieuses ressources à la thérapeutique gynécologique. Ce sont ces ressources que nous chercherons à préciser et surtout à limiter, convaincus que le plus grand service à rendre aux médecins et aux malades qui ont confiance dans une Station est de leur montrer ce qu'ils ne doivent pas lui demander, et ce qu'ils peuvent légitimement en attendre.

D'une façon générale, c'est toujours dans le même sens qu'il faudra poser les indications de Châtel-Guyon chez les utéro-ovariennes comme chez les intestinales, et chercher d'abord l'action tonique, décongestionnante et régularisante. Les contre-indications seront les mêmes, c'est-à-dire, la tendance à l'inflammation, à l'exaspération des phénomènes nerveux, à l'hyperexcitabilité, aux hémorragies. La cure s'adressera donc aux utérines neuro-arthritiques, et plus particulièrement aux anémiques, aux torpides, aux congestives, à celles encore chez lesquelles l'affection sera entretenue par un mauvais fonctionnement du tube digestif ou de ses annexes. C'est ainsi que les indications secondaires découlent des indications principales, et que, bien loin de s'éloigner de la spécialisation, elles ne font qu'y rentrer en l'élargissant et la complétant.

Les troubles de la menstruation peuvent être heureusement modifiés, surtout lorsqu'il s'agit de ceux qui surviennent au début de la vie sexuelle. Châtel-Guyon exercera sur cette époque une influence favorable par son action tonique générale, autant que par son action régulatrice des fonctions utéro-ovariennes, et chez beaucoup de jeunes filles anémiques, à développement lent et difficile, ses eaux chlorurées et ferrugineuses rendront de réels services. On sait aussi quelle importance peuvent prendre à cette période les troubles gastro-intestinaux, et combien il est nécessaire de les traiter ; une médication qui les combattra, en même temps que les difficultés de la formation, sera donc doublement indiquée.

Quant aux accidents proprement dits de la menstruation, ceux qui retireront un bénéfice de la cure sont : l'aménorrhée et la dysménorrhée ; la forme métrorrhagique constitue au contraire une contre-indication. Bien entendu, les aménorrhéiques qui bénéficieront de la cure seront celles, où l'inertie utérine n'est pas en rapport avec une malformation congénitale, ou des altérations graves des organes, mais celles où elle est liée à une perturbation de la nutrition générale, ou encore à des troubles de l'appareil digestif. Les aménorrhées des anémiques, des pléthoriques, des obèses, y seront beaucoup plus sûrement améliorées que celle des nerveuses, qui réclamera plutôt un traitement psychique et hydrothérapique sédatif.

Un certain nombre de jeunes filles et de jeunes femmes voient après la cure s'améliorer ou disparaître les difficultés et les douleurs, qui survenaient jusqu'alors pendant leurs règles. De quelles formes de dysménorrhée s'agit-il dans ces cas ? Il est parfois difficile de le préciser dans la pratique ; cependant, on peut dire que ce sont habituellement, soit des dysménorrhées liées à des troubles congestifs (dysménorrhées de sécrétion), soit des dysménorrhées d'ordre diathésique, comme celles qui surviennent chez certaines neuro arthritiques, que M. Labadie Lagrave a comparées aux autres manifestations du neuro-arthritisme et qu'il a appelées les migraines utérines.

Si nous envisageons maintenant les accidents de la ménopause, et particulièrement les troubles congestifs, si fréquents à cette époque de la vie, nous reconnaîtrons, ainsi que l'a bien montré M. Siredey, que Châtel-Guyon rendra de signalés services chez les femmes pléthoriques, obèses et constipées, dont la nutrition générale et l'équilibre abdominal risqueront d'être encore plus compromis par l'apparition de l'âge critique.

C'est surtout vis-à vis des métrites que le traitement hydrominéral, constitue par excellence une médication générale. Les bons résultats que donne si souvent ce traitement, et que, dans certains cas, il peut seul donner, doivent avant tout être attribués aux modifications profondes qu'il imprime au terrain sur lequel s'est développée la métrite, et à l'action spéciale qu'il exerce sur les conditions qui l'entretiennent, vices de la nutrition générale, mauvaise circulation, inertie abdominale.

C'est dans cet ordre d'idées, et en appliquant ce que nous savons de Châtel-Guyon, qu'on en trouvera les indications chez certaines utérines. Alors que les lymphatiques seront envoyées aux eaux chlorurées sodiques et les herpétiques aux eaux sulfureuses, alors que les nerveuses, les douloureuses, bénéficieront surtout d'un traitement aux eaux sédatives, toute une autre catégorie de malades sera justiciable de la cure de Châtel-Guyon : ce seront les pléthoriques, les anémiques, les torpides, toutes celles où la circulation générale et la circulation abdominale seront languissantes. Chez de telles malades, la cure donnera de réels succès, qu'il s'agisse de métrite vraie, ou surtout de ces états congestifs de l'utérus si fréquemment observés chez les neuro-arthritiques. Au contraire, s'agit-il d'une métrorrhagique, d'une utérine à phénomènes inflammatoires prédominants, à douleurs vives, c'est aux stations sédatives qu'il sera préférable de s'adresser.

Médication générale par excellence, la cure des utéro-ovariennes devra être constituée par un traitement général, beaucoup plus que par un traitement local. Les éléments de ce traitement seront la boisson et les bains à eau courante, ces deux modes d'application y concourant pour une égale part. Sans diminuer en effet l'importance de tout premier ordre de la médication interne, il faut insister, chez les malades que nous avons envisagées, sur les excellents résultats qu'elles retireront de l'emploi, autant que possible journalier, des grands bains à eau courante. Ceux-ci, grâce à la gamme thermale qu'offre Chatel-Guyon, permettront de réaliser, en graduant leur température et leur durée suivant les effets à obtenir, et d'après les réactions propres à chaque malade, toutes les nuances des médications tonique, stimulante ou révulsive.

Quant à l'emploi local de l'eau minérale par les irrigations vaginales, il ne constitue, à notre avis, qu'une médication accessoire, qui ne doit être appliquée qu'avec une grande réserve et seulement dans certains cas déterminés tels que les états très atoniques de l'utérus et les aménorrhées torpides.

Ces considérations ne s'appliquent évidemment qu'au traitement hydrominéral, car en dehors de lui, un traitement local, dérivant directement de la thérapeutique gynécologique, est bien souvent indiqué. Mais ce traitement ne nous intéresse

que par le précieux appui, que, avant ou après, peut souvent lui prêter la thérapeutique hydrominérale. Les deux traitements se complètent alors de la façon la plus rationnelle et la plus utile. Qu'il s'agisse d'aménorrhée, de dysménorrhée, de métrites, ou même de déviations utérines, le traitement en sera bien souvent facilité, ou ne donnera ses pleins effets, que lorsque les conditions dans lesquelles elles se sont développées, auront été modifiées par la médication générale, exercée par une cure appropriée.

Il est encore toute une importante catégorie de malades chez lesquelles Châtel-Guyon aura une influence utile, complémentaire de l'acte chirurgical, ce sont les grandes opérées du ventre, chez lesquelles persistent si souvent de la dépression générale, en même temps que des troubles abdominaux fonctionnels et congestifs.

Nous ne pouvons quitter cette question des utéro-ovariennes, sans toucher à ce sujet si complexe qu'est la stérilité. Beaucoup de stations thermales la comprennent dans leurs indications. C'est qu'en réalité, il s'agit là d'une action qui peut tenir à beaucoup de causes différentes, et que d'ailleurs la plupart des stations thermales, par la stimulation qu'elles exercent sur l'organisme, doivent faciliter l'apparition d'une grossesse. A Châtel-Guyon, les principaux facteurs de cette action sont la reconstitution d'un mauvais état général et la décongestion des organes abdominaux. La grossesse a pu ainsi devenir possible, par la disparition des phénomènes congestifs utéro-ovariens, par une modification de la nutrition générale, et aussi par la guérison d'une affection entraînant des troubles congestifs abdominaux, telle surtout que l'entérite muco-membraneuse. Il y a donc, en somme, une sorte d'action en retour, bien démontrée par de nombreuses observations, et la seule d'ailleurs que nous ayons à envisager, au point de vue où nous nous sommes placés.

Dr Frank BARADUC,
Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Médecin consultant à Châtel-Guyon.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Diplôme d'Etat et diplôme Universitaire.

(*Distinction à établir entre ces deux diplômes*)

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR

DIRECTION de L'ASSISTANCE et DE L'HYGIÈNE PUBLIQUES
—o—
4e BUREAU
HYGIÈNE PUBLIQUE

Exercice de la Médecine
—o—
Distinction à établir entre le diplôme d'Etat et le diplôme universitaire.

Paris, le 11 décembre 1907.

A Monsieur le Dr LEPAGE, secrétaire général de l'Association générale des Médecins de France.

Monsieur,

Vous avez bien voulu appeler mon attention sur la distinction qu'il convient de faire entre le diplôme d'Etat de docteur en médecine et le diplôme universitaire, et sur l'ignorance dans laquelle se trouvait une préfecture à cet égard.

Je m'empresse de vous faire connaître que, par circulaires des 6 juin 1902 et 6 septembre 1906, mon administration a rappelé aux préfets en des termes qui ne donnent lieu à aucune équivoque la distinction à établir entre ces deux diplômes.

Vous trouverez ci-joint un exemplaire de chacun de ces documents auxquels vous pourrez donner la publicité que vous estimerez utile, tant aux intérêts de la santé publique qu'aux intérêts professionnels du corps médical français.

J'ajoute que si vous aviez cru devoir m'indiquer la préfecture à laquelle ces prescriptions avaient échappé, je n'aurais pas manqué de lui adresser les observations nécessaires.

Recevez, Monsieur, l'assurance de ma considération très distinguée.

Pour le Ministre,
Le Directeur,
MIRMAN.

Texte de la première circulaire.

Paris, le 6 juin 1902,

LE PRÉSIDENT DU CONSEIL,
Ministre de l'intérieur et des cultes,

A Monsieur le Préfet d

L'article 9 de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine a formulé l'obligation pour les docteurs en médecine de faire enregistrer leur titre à la préfecture ou sous-préfecture, ainsi qu'au greffe du tribunal civil de l'arrondissement, dans le mois qui suit leur installation ; l'article 10 a prescrit l'établissement et l'affichage par les soins des préfets et de l'autorité judiciaire d'une liste annuelle des praticiens ayant satisfait à cette obligation.

Ces dispositions ne prêtent à aucune ambiguïté. Mais, à l'époque où la loi ci-dessus visée a été promulguée, il n'existait qu'un seul diplôme de docteur en médecine, le *grade d'Etat*. Or, depuis la mise en vigueur de la loi du 10 juillet 1896, relative à la constitution des universités, un nouveau titre a été créé : le *doctorat universitaire, mention médecine*.

Pour éviter toute confusion entre ces deux diplômes, j'ai l'honneur, sur la demande de M. le ministre de l'Instruction publique, d'appeler votre attention sur les différences qui existent entre le *grade d'Etat* et le *titre universitaire*.

1° *Grade d'Etat.* — Le diplôme d'Etat conserve son caractère exclusivement national et professionnel ; il ouvre droit à l'exercice de la médecine en France. Les étrangers ne sont admis à s'inscrire en vue de ce diplôme qu'en justifiant des mêmes grades exigés des étudiants français. Il y a lieu de remarquer : 1° que ce diplôme est conféré au nom de la République ; 2° qu'il est signé, pour expédition conforme, par le directeur de l'enseignement supérieur et revêtu du sceau du ministère de l'instruction publique ; 3° qu'il est délivré par le recteur de l'académie dans le ressort de laquelle se trouve la faculté de médecine qui a fait subir les examens probatoires.

2° *Titre universitaire.* — Les étrangers sont admis à faire leurs études médicales dans les universités françaises à la faveur d'une dispense de grade de bachelier ; mais, en application des dispositions d'une circulaire en date du 21 juillet 1896, le diplôme qu'ils reçoivent à la fin du cours régulier des études (diplôme universitaire) ne leur confère pas le droit d'exercer la médecine en France. Le diplôme universitaire est d'ordre purement scientifique et ne vaut que comme preuve scientifique. Il ne confère aucun des droits et privilèges attachés au diplôme d'Etat et en aucun cas, il ne peut lui être déclaré équivalent. Ce diplôme est délivré par le président du conseil de l'université, sous le sceau et au nom de l'université, et non par le gouvernement. Les Français ne sont pas admis à postuler le titre universitaire, qui est exclusivement réservé aux étrangers

Des deux diplômes ainsi différenciés, le *diplôme d'Etat* seul doit être enregistré à la préfecture ou sous-préfecture, en même temps qu'au greffe du tribunal civil de l'arrondissement, par application des dispositions ci-dessus rappelées de la loi de 1892. Le *diplôme universitaire*, au contraire, ne conférant pas le droit d'exercer la médecine en France, ne doit en aucun cas faire l'objet de cet enregistrement.

Il vous appartient, Monsieur le préfet, de veiller à ce que ces règles soient strictement appliquées, dans l'intérêt général comme dans celui des praticiens que leur inobservance pourrait induire en erreur. Vous voudrez bien les signaler spécialement à l'attention de MM. les sous-préfets ; je vous adresse à cet effet en nombre suffisant plusieurs exemplaires de la présente circulaire, dont je vous prie de m'accuser réception.

Le Président du Conseil.
Ministre de l'intérieur et des cultes,
WALDECK-ROUSSEAU.

Texte de la seconde circulaire.

Paris, le 6 septembre 1906.

Le Ministre de l'intérieur, à Monsieur le préfet d

Une circonstance récente m'a permis de constater à nouveau la confusion qui peut être faite entre le diplôme d'Etat de docteur en médecine et le doctorat universitaire, mention médecine.

Je crois devoir vous rappeler à cette occasion, Monsieur le préfet, les dispositions de la circulaire d'un de mes prédécesseurs du 6 juin 1902, qui a déterminé de la façon la plus nette la distinction à établir entre les deux diplômes. En outre, après m'être mis d'accord avec M. le ministre de l'instruction publique, et pour éviter toute erreur à l'avenir lors de l'enregistrement prescrit à la préfecture ou sous-préfecture par l'article 9 de la loi du 30 novembre 1892, je vous adresse ci-joint en épreuves plusieurs exemplaires du diplôme d'Etat qui seul est soumis à cette formalité. L'examen du document permet de se rendre compte exactement des nombreuses différences qui existent entre les deux diplômes susceptibles d'être délivrés, tout en observant que les spécimens ci-inclus sont de simples épreuves sur papier ordinaire et que le diplôme lui-même est établi sur parchemin.

Vous voudrez bien en conséquence conserver à votre préfecture, à titre d'archive, un exemplaire de l'épreuve communiquée, et faire parvenir les autres dans le même but à chacun des sous-préfets, en attirant toute leur attention sur les graves inconvénients qui peuvent résulter, soit pour la santé publique, soit pour les praticiens eux-mmes, d'une confusion possible entre les deux diplômes précités.

Il a paru, d'autre part, à M. le ministre de l'instruction publique que les mêmes précautions devraient être prises pour le diplôme d'Etat de pharmacien conférant seul le droit de tenir une officine ouverte et dont, aux termes des articles 21 et 22 de la loi du 21 germinal an XI, le titulaire doit adresser copie légalisée à Paris au préfet de police, dans les départements au préfet ou au greffe du tribunal de 1re instance.

Je joins également à la présente lettre, pour répondre à cette intention, une épreuve de chacun des diplômes d'Etat de pharmacien délivrés ; 1° par l'école supérieure de pharmacie ; 2° par les facultés mixtes de médecine et de pharmacie. Comme la précédente, cette épreuve est sur papier ordinaire alors que le diplôme lui-même est établi sur parchemin ; elle est destinée aux archives de votre préfecture.

J'ajoute enfin que des communications identiques ont été faites par les soins de M. le garde des sceaux à MM. les greffiers des tribunaux d'arrondissement chargés au même titre que MM. les préfets et sous-préfets, soit d'enregistrer les diplômes de docteurs en médecine, soit de recevoir copie légalisée des diplômes de pharmacien.

Vous voudrez bien m'accuser réception de la présente circulaire.

Pour le Ministre,
Le Directeur,
MIRMAN.

(*Extrait du Bulletin de l'Association Générale des Médecins de France*).

JURISPRUDENCE DU SOU MÉDICAL

L'affaire de l'Hôpital de la Loupe.

Les Compagnies d'assurances assistées par le budget des pauvres.

Le « Sou médical » a saisi avec empressement l'occasion que lui offrait M. le Dr Foisy, chirurgien à Châteaudun, de démontrer que le fameux § 3e de l'art. 4 de la Loi du 31 mars 1905, qui a modifié la Loi de 1898 sur les accidents du travail, avait été inspiré par la pensée d'alléger les charges des compagnies d'assurances par des prélèvements sur le budget des hôpitaux, c'est-à-dire sur le bien des indigents.

Lorsqu'au Sénat, la Commission et le Ministre ont repoussé l'amendement du Dr Gauthier, sénateur, et qui consistait à supprimer les mots « tout compris » de la disposition du projet de loi limitant les frais d'hospitalisation à un maximum de 4 fr. par jour pour Paris et de 3 fr. 50 pour la Province, ils ont bien su ce qu'ils faisaient. M. Gauthier les a avertis (séance du 29 novembre 1904) de la situation qui serait faite par ces deux mots aux petits hôpitaux, lorsqu'on leur amènerait un blessé du travail, victime d'un accident grave, nécessitant une intervention chirurgicale pour laquelle ils ne seraient pas outillés. Il est vrai que M. Gauthier pensait que la disposition proposée serait inopérante et que le patron serait obligé, quand même, de payer les frais d'opération, en sus des frais d'hospitalisation, si le blessé, au lieu d'être opéré par le médecin de l'hôpital, l'était par un médecin étranger. M. Gauthier s'exprimait, en effet, en ces termes :

« Permettez-moi de prendre un exemple dans un « petit hôpital :
« Voilà, je suppose un ouvrier qui tombe d'un « échafaudage. On l'amène à l'hôpital. Le médecin « constate une fracture du crâne, avec enfoncement.
« La trépanation est nécessaire.
« Pour y procéder, il faut être plusieurs. Il faut « aussi des instruments. L'hôpital ne les a pas. Le « médecin du lieu non plus.
« Il appelle à son aide un voisin qui en est muni. « et encore un second pour le chloroforme.
« L'opération se fait. Le malade guérit.
« Il s'agit de régler.
« De par la loi, « tout compris », le médecin de « l'hôpital n'aura rien. Mais les aides, croyez-vous « qu'ils soient justiciables du « tout compris » ? Et celui qui a fait l'opération ? Il enverra son mémoire « au chef d'entreprise, mémoire conforme au tarif. « On plaidera, s'il le faut. Et le patron sera obligé de « payer ».

L'hypothèse imaginée par le Dr Gauthier s'est réalisée à La Loupe, chef-lieu de canton d'Eure-et-Loir. Ouvrier au service d'un entrepreneur et dont la jambe est écrasée par une machine dans la gare. Obligation d'amputer. Pas d'instruments. Pas de moyens d'antisepsie à l'hôpital de La Loupe. La vie du blessé dépendait

d'une prompte intervention. Le médecin de l'hôpital fit appel à un chirurgien de Châteaudun, ville distante de 55 kilom. Le chirurgien arriva en automobile, opéra et le blessé fut sauvé. L'opérateur réclama 130 fr. au patron qui refusa de payer, invoquant le fameux « tout compris ». Tel est,en un bref raccourci, l'exposé des faits du procès dont M. le juge de paix de La Loupe a été saisi. M. le Dr Gauthier qui n'est pas un juriste de profession, a cru qu'en une semblable situation, ce serait le chef d'entreprise qui, en fin de compte, serait obligé de payer. Il basait même son raisonnement sur cette conséquence qu'il considérait comme acquise.

Mais quel argument n'aurait-il pas tiré de son hypothèse, s'il avait entrevu la solution vraie, à savoir que ce serait la bourse de l'assistance, qui s'ouvrirait pour remplir celle des Compagnies d'assurances ? Les malins de la Commission ont sans doute bien vu le résultat auquel aboutirait le texte proposé, mais, ils se sont bien gardés de le révéler, car il fallait à tout prix venir au secours de ces pauvres Compagnies d'assurances qui pleuraient misère.

Voulant que la question soit tirée au clair, le « Sou médical » n'a pas manqué de mettre la justice en mesure de dire qui devait payer le chirurgien de toutes les parties mêlées à l'événement. Il se demandait même si la justice n'allait pas, après le Sénat, découvrir que c'était aux médecins à faire les frais des générosités du Parlement en faveur des Compagnies. Aussi décida-t-on de mettre en cause à la fois patron, commission administrative et médecin d'hôpital qui avait pris l'initiative de faire appel au chirurgien, uniquement préoccupé de sauver une vie humaine.

M. le juge de paix de la Loupe, après avoir ordonné une enquête pour s'éclairer sur les circonstances de fait qui avaient pu rendre nécessaire l'appel du chirurgien étranger à l'hôpital, a rendu le jugement ci-après qui, à notre avis, est absolument juridique, puisque la loi est ainsi faite que le chef d'entreprise ne doive jamais supporter, quand son ouvrier blessé est conduit à l'hôpital, plus de 3 fr. 50 par jour, *tout compris*, à moins d'une convention antérieure librement conclue.

Tribunal de paix de La Loupe.

4 février 1908. *Présidence de* M. Garnier.

Nous, Juge de Paix ;
Vu l'exploit introductif d'instance ;
Vu notre jugement interlocutoire en date du
Ouï les témoins en leurs dépositions ;
Ouï les parties en leurs dires et conclusions ;
Vu l'art. 1er de la loi du 12 juillet 1905 ;
Vidant notre délibéré ;

Attendu que les faits motivant la présente instance sont ceux ci-après relatés :

Le 1er octobre 1906, le sieur Coudray travaillait sur un quai de la gare de La Loupe, pour le compte de l'entrepreneur Maury, lorsqu'il eut le pied broyé par une roue de locomotive en marche.

Cet ouvrier fut aussitôt transporté à l'hôpital de La Loupe.

Le docteur Morchoisne, qui était présent, lui donna les premiers soins, puis, peu de temps après, survint le docteur Thomas qui, se disant médecin de l'entreprise Maury, revendiqua comme sien le blessé ; le docteur Morchoisne se retira ; enfin, quelques instants après arriva le docteur Lelièvre qui examina le malade avec le docteur Thomas. Ces deux praticiens furent d'avis qu'une amputation s'imposait ; spontanément le docteur Lelièvre offrit son concours à son confrère ; celui-ci déclara qu'il se proposait de faire appel à un chirurgien et en effet, par téléphone, il manda le docteur Maunoury, de Chartres, qui était absent ; le docteur Thomas appela alors le docteur Foisy, de Châteaudun, qui vint aussitôt et pratiqua l'amputation ;

Le docteur Foisy réclame pour son déplacement et l'opération, une somme de 130 francs ;

Attendu que les défendeurs sont unanimes pour reconnaître que la somme de 130 francs réclamée par le docteur Foisy lui est légitimement due, qu'elle n'est pas exagérée, mais qu'aucun d'eux ne veut en faire le paiement ; qu'il y a lieu en conséquence de rechercher à qui incombe cette charge ;

D'abord sur la solidarité ;

Attendu qu'il n'existe aucun lien de droit entre les défendeurs ; que la solidarité ne se présume point ; qu'il faut qu'elle soit expressément stipulée (Art. 1202 C. C.) ;

Disons que Maury, l'hôpital et le docteur Thomas ne sont pas solidaires l'un de l'autre ;

I. En ce qui concerne Maury :

Attendu que l'art. 4 de la loi du 31 mars 1905 a défini et limité les obligations du chef d'entreprise relativement aux frais d'hospitalisation ; par suite, lorsque le patron a payé ces frais mis à sa charge par ladite loi et dont le maximum est déterminé dans la même loi, il ne peut lui être réclamé rien d'autre pour le traitement médical de l'ouvrier ;

Attendu que Maury justifie, par la production d'une quittance, qu'à la date du 21 mars 1907, il s'est libéré d'une somme de 219 francs qui lui était réclamée pour le séjour de Coudray à l'hôpital.

II. En ce qui concerne l'hôpital :

Attendu que les termes « frais d'hospitalisation » employés par l'article 4 de la loi du 31 mars 1905 comprenant tous les soins donnés à la victime, c'est à l'établissement hospitalier qu'incombe la charge de s'organiser pour être en mesure de donner les soins qui peuvent être réclamés de lui ;

Attendu que la même loi a édicté que, moyennant le paiement des frais d'hospitalisation, le patron serait déchargé de toute obligation ; que la Commission administrative de l'hôpital a fixé, à forfait, à 3 francs par jour, l'indemnité qui lui serait payée pour l'hospitalisation d'une victime des accidents du travail ; que, par suite, l'établissement hospitalier, en acceptant le blessé, a assumé la charge de tous les soins à lui fournir moyennant une rétribution limitée, et a assumé l'obligation, par là même, de lui procurer du dehors, les soins chirurgicaux qu'il ne pouvait lui donner par ses propres moyens ;

Attendu que le Juge doit se renfermer strictement dans les limites que la loi lui a tracées quelles qu'en puissent être les conséquences, quelle que soit, d'ailleurs, la situation onéreuse qu'elle crée aux hôpitaux communaux qui, ainsi que celui de La Loupe, sont dénués de ressources et ne subsistent qu'au moyen de centimes additionnels dont on frappe le contribuable ou de problématiques dons que lui font quelques personnes charitables, et ce, pour le plus grand profit d'un riche patron, ou plutôt d'une richissime compagnie d'assurances ;

III. En ce qui concerne le docteur Thomas :

Attendu que c'est le docteur Thomas qui, de son propre mouvement a fait venir le chirurgien Foisy ; qu'il n'a pas au préalable prévenu la Commission administrative de l'hôpital ; qu'en conséquence il échet de rechercher si cet oubli constitue à sa charge une faute entraînant sa responsabilité ;

Attendu que le règlement du service de l'hôpital étant muet à cet égard, il y a lieu de se reporter au règlement modèle des hôpitaux arrêté par une circulaire ministérielle, en date du 15 décembre 1898, dont l'Art. 11 concernant le service médical et hospitalier est ainsi conçu :

« Une fois l'organisation du service médical arrê-
« tée, les administrateurs laisseront naturellement les
« praticiens libres de diriger, sous la responsabilité

« de chacun d'eux, le traitement des hospitalisés ; ils « ne leur permettront sans doute pas de s'immiscer « dans le domaine administratif, mais il prendront « soin de leur assurer les conditions matérielles du « bon exercice de leur art ; ils provoqueront même, « leurs observations sur ce point, principalement en « ce qui concerne la valeur de l'outillage chirurgical « et la sûreté des moyens de désinfection. »

Attendu que l'hôpital ne possède aucun outillage chirurgical ; qu'il n'est pourvu d'aucun des moyens d'antisepsie indispensables pour les opérations chirurgicales.

Attendu que l'Administration hospitalière a offert de faire là preuve que l'opération de Coudray était une opération très simple, ou une opération ordinaire qui pouvait être faite par le personnel de l'hôpital de La Loupe, sans qu'il soit besoin d'avoir recours à un chirurgien-spécialiste ; que le docteur Lelièvre a offert son concours au docteur Thomas, pour pratiquer l'amputation ;

Attendu que la preuve offerte n'a pas été faite ; qu'en effet, il résulte des dépositions recueillies que l'opération était très délicate ; qu'elle nécessitait une prompte intervention chirurgicale ; qu'en raison de la pénurie des moyens d'antisepsie dont dispose l'hôpital, et dans l'intérêt de l'existence du blessé, il était préférable d'avoir recours à un chirurgien-spécialiste ; que le docteur Lelièvre, en offrant son concours, avait entendu l'offrir à titre d'aide et non comme opérateur ;

Attendu que s'il est vrai que la Commission Administrative de l'hôpital est en droit d'adresser au docteur Thomas un reproche pour l'oubli dont il s'est rendu coupable en négligeant de l'informer de la nécessité de faire venir un chirurgien, il y a lieu aussi de prendre en considération le sentiment qui, dans un cas urgent, doit animer le médecin traitant, sentiment qui, le faisant s'élever au-dessus d'une misérable question d'argent, ne laisse dans sa pensée que le souci de la vie du blessé ;

Par ces motifs ;

Statuant en dernier ressort ;

Mettons hors de cause Maury et le docteur Thomas ;

Condamnons M. Mercier, en sa qualité de Président du Conseil d'administration de l'hôpital de La Loupe, à payer au docteur Foisy, la somme de 130 francs.

Le condamnons en outre en tous les dépens.

Moralité : C'est maintenant chose démontrée. De par la volonté des législateurs de 1905, les fonds de l'assistance publique, dans les petits hôpitaux mal outillés, sont des caisses d'assistance pour ces indigents si intéressants, les Compagnies d'assurances.

Le « Sou médical » n'a perdu ni son temps, son argent.

Georges GATINEAU.
Avocat à la Cour,
Conseil du « Sou Médical »

Tribunal de Paix de Cerizay (Deux-Sèvres).

10 *décembre* 1907. — Monsieur BIRAUD, juge de paix.

I. — *L'acceptation même tacite, par le chef d'entreprise, du ou des médecins mis en œuvre par des tiers pour donner des soins à un ouvrier blessé au cours de son travail, rend le dit chef d'entreprise responsable des frais des traitements et par suite le tarif ministériel du* 30 *septembre* 1905, *fixant les frais médicaux et pharmaceutiques, au regard du chef d'entreprise, n'est pas applicable pour fixer les honoraires du ou des médecins.*

II. — *L'action en paiement d'honoraires du médecin pour soins donnés à un blessé du travail est soumise aux dispositions de la loi du* 9 *avril* 1898, *modifiée par celles des* 22 *mars* 1902 *et* 31 *mars* 1905, *et par suite, cette action devrait être intentée par dérogation au droit commun, devant le juge de paix du canton où s'est produit l'accident, et non pas, devant le juge de paix du canton du domicile du défendeur, en conformité de l'art.* 1er *de la loi du* 12 *juillet* 1905.

III. — *Mais l'incompétence relative à l'action à tort intentée devant le juge de paix en raison du domicile du défendeur, quand elle aurait dû l'être devant le juge de paix du canton où est arrivé l'accident, peut être couverte par la défense au fond.*

Nous juge de paix :

Attendu que les parties sont d'accord pour reconnaître :

Que M. Blacq, entrepreneur, avait pris l'entreprise du battage des grains de la ferme des Berlutières, située commune de Menomblet, canton de la Chataigneraie, arrondissement de Fontenay-le-Comte (Vendée) ;

Qu'au cours du battage qui a eu lieu le 24 août 1906, un accident s'est produit sur les 4 heures du soir, et dont a été victime un sieur Cresmois.

Que cet accident a nécessité l'amputation d'un bras.

Que cette opération a été faite par M. le docteur Guinebertière assisté de son confrère M. le docteur Pouzin, qui ont soigné la victime.

Que les frais qu'a nécessités cette affaire, même les honoraires de M. le docteur Pouzin, ont été réglés, à l'exception de ceux de M. le docteur Guinebertière demandeur ; que même la rente accordée à la victime, M. Cresmois, a été consolidée par jugement du tribunal civil de l'arrondissement de Fontenay-le-Comte, rendu le 31 octobre 1906, et que la dite victime a reçu plusieurs trimestres de cette rente, versés par la Compagnie d'assurances « L'Abeille » à laquelle M. Blacq était assuré contre les accidents ;

Mais, attendu que les parties sont en désaccord sur la question de savoir si c'est l'entrepreneur de battage ou la victime elle-même qui a fait choix de M. le docteur Guinebertière, comme le prétend celui-ci, pour opérer la dite victime et la soigner ;

Attendu que le docteur Guinebertière établit, en effet, que M. Blacq est venu à Cerizay, lui porter une lettre de M. le docteur Pouzin, l'invitant à opérer la victime, sans aucune observation du dit M. Blacq considérant alors que celui-ci avait fait choix de sa personne et de son talent, tout au moins tacitement, malgré que M. Blacq ne reconnaisse aujourd'hui avoir fait choix des deux docteurs qui ont opéré et soigné la victime, ne pouvant établir qui, tout d'abord avait fait choix de M. le docteur Pouzin, le premier appelé, il prétend que l'on serait allé chercher le dit docteur Pouzin à son insu ; qu'il était occupé à relever la victime, quand on est allé chercher celui-ci, mais déclare ne s'être nullement opposé au choix que l'on avait fait ;

Qu'enfin M. Blacq reconnaît être venu à Cerizay, porter une lettre de M. le docteur Pouzin à M. le docteur Guinebertière, l'invitant à venir faire les opérations chirurgicales.

Attendu que, tous ces faits acquis aux débats, il en résulte pour nous que, pour qu'il y ait choix du médecin par la victime au sens de l'art. 4, § 2. de la loi de 1898, sur les accidents du travail, modifiée par celle du 31 mars 1905, il aurait fallu que M. Blacq, chef de l'entreprise justifiât que Cresmois la dite victime, ait fait choix elle-même des médecins ; que celle-ci, grièvement blessée, était assurément dans l'impossibilité de faire ces choix ;

Que, du reste, Blacq, malgré ses dénégations, reconnaît ne s'être point opposé au choix de M. le docteur Pouzin, ne sachant pas qui a fait choix de celui-ci ; qu'il reconnaît aussi être venu à Cerizay, porter une lettre du dit docteur Pouzin, à M. le docteur Guinebertière, l'invitant à opérer la dite victime ;

Attendu que tous ces aveux sont, pour les docteurs Pouzin et Guinebertière, une acceptation tout au moins tacite de la part de Blacq, chef d'entreprise, des médecins choisis, qui le rend entièrement responsable ;

Attendu que dans ces conditions M. Blacq est mal venu, dans ses conclusions écrites, à prétendre que l'arrêté ministériel du 30 septembre 1905, fixant le tarif des frais médicaux et pharmaceutiques, en matière d'accidents du travail, est applicable pour fixer les honoraires de M. le docteur Guinebertière ; que par conséquent, nous ne pouvons, ainsi qu'il est demandé, déclarer suffisante, l'offre faite par M. Blacq, de la somme de quatre-vingt-seize francs ;

Attendu qu'à notre avis, M. le docteur Guinebertière, eût dû intenter son action devant notre collègue de la Chataigneraie, en raison du lieu où s'est produit l'accident, étant donné qu'il y a une liaison indissoluble de cette action avec la loi de 1898 sur les accidents du travail, modifiée en 1902 et 1905 (art. 15), par dérogation du droit commun, c'est-à-dire dans l'espèce, de l'art. 1er de la loi du 12 juillet 1905, sur la compétence des juges de paix, en matière civile; que du reste la Cour de Cassation, chambre civile, dans son arrêt du 24 décembre 1906 (*Moniteur des Juges de Paix*, 1907, page 285), a consacré ce principe en établissant :

« *Que toutes les contestations relatives aux frais de* « *maladie* de la victime d'un accident du travail, qu'el- « les s'élèvent entre la victime elle-même, ET LE « CHEF D'ENTREPRISE, ou que ce dernier SOIT POUR- « SUIVI en recouvrement de frais quelconques de « maladie et DE QUELQUE FAÇON que s'engage l'ins- « tance, sont jugées par le juge de paix du canton où « s'est produit l'accident » ;

Mais attendu que l'incompétence est couverte par la défense, qui a conclu au fond (code de proc. civ., art. 168 et 169) ; qu'il s'ensuit donc, que l'action en paiement de deux cent quatre-vingt-deux francs intentée dans ces conditions par M. le docteur Guinebertière, est, dans l'espèce, une action purement personnelle et mobilière, par application de l'art. 1er de la loi du 12 juillet 1905 précité, qui dispose que les Juges de paix connaissent en matière civile, de toutes actions personnelles ou mobilières en dernier ressort, jusqu'à trois cents francs, et à charge d'appel, jusqu'à la valeur de six cents francs ;

Attendu que M. le docteur Guinebertière a fourni dans les débats un mémoire en concordance avec le tarif d'honoraires du syndicat médical du départemental des Deux-Sèvres, du 2 avril 1900, mémoire du reste visé par M. le docteur Charrier, actuellement président du Syndicat ;

Attendu que la demande de deux cent-quatre-vingt-deux francs du dit docteur Guinebertière, n'est dans ces conditions nullement exagérée, que par suite il y a lieu d'y faire droit ;

Attendu que la partie qui succombe doit être condamnée aux intérêts et aux dépens ;

Par ces motifs et par jugement contradictoire en dernier ressort, nous déclarons compétent. Déclarons aussi l'offre de M. Blacq, défendeur, insuffisante, et le condamnons à payer à M. le Docteur Guinebertière, le montant de sa demande nullement exagérée, s'élevant à la somme de deux cent quatre-vingt-deux francs qu'il lui doit pour les opérations chirurgicales nécessaires pour l'amputation d'un bras, visites et soins occasionnés pour cette opération à la victime Cresmois, qu'il avait à son service à son entreprise de battage des grains de la ferme des Berlutières, commune de Menomblet, canton de la Chataigneraie (Vendée), le 24 août 1906, aux intérêts de cette somme à partir du jour de droit et aux dépens de l'instance...

....

TRIBUNE DES CORRESPONDANTS

Castillon, 9 février 1908.

Très honoré confrère,

Je viens vous prier de donner l'hospitalité des colonnes du *Concours* au compte-rendu du Syndicat médical qui a eu lieu hier à Libourne.

Sur l'initiative même des membres du Syndicat de la ville, un banquet imposant nous réunissait pour féliciter notre président, le Dr Petit, de Libourne, décoré des palmes académiques. Le menu, bien composé et arrosé des meilleurs crus de la Gironde, entretenait une douce chaleur communicative, et, suivant le cliché, bien vrai en la circonstance, la plus franche cordialité n'a cessé de régner.

Au champagne, le Dr Berger, de Coutras, se lève le premier. Dans un langage châtié, impeccable comme fond et comme forme, il adresse à notre cher président, au nom du Syndicat, ses plus chaleureuses félicitations pour la distinction dont il vient d'être l'objet. Elle s'est fait attendre longtemps ; mais nulle n'est mieux justifiée. Praticien consciencieux, médecin-légiste, médecin-chef de l'hôpital, président du Syndicat toujours maintenu depuis de longues années, plus de titres qu'il n'en faut pour justifier pareil choix. Excellent confrère, toujours prêt à rendre service, il a su conserver dans ses délicates fonctions de président la sympathie de ses pairs. Si minime que soit la faveur, Berger la tient seulement pour un acheminement vers un ruban plus méritoire, et il lève son verre à l'ami et au président du Syndicat.

Successivement, deux virtuoses de la parole, le Dr Lataste, de Saint-Emilion, et le Dr Petit, de Lussac, l'un persuasif, l'autre impétueux, tous deux conseillers généraux, députés de demain, démontrent que le mérite seul a été récompensé, affirment qu'on n'a pas honoré notre aimable président en lui décernant les palmes, que c'est lui au contraire qui les honore ; ils lui assurent à leur tour à si brève échéance la légion d'honneur que d'aucuns voient sous ces paroles magiques le ruban violet se transformer en ruban rouge.

Notre sympathique président se lève pour répondre. Avec une émotion bien compréhensible, il remercie tout le monde et en particulier les trois orateurs qui lui ont déversé des torrents d'éloges. Il a accepté l'offre d'un banquet pour associer tous ses amis à la distinction dont on l'a gratifié. Il s'est toujours inspiré de ses devanciers, Duteuil, Vitrac père et Duffau père, et a toujours fait ses efforts pour maintenir le Syndicat vivace et utile.

« Ne faites pas à autrui ce que vous ne voudriez pas qui vous fût fait, dit-il ; et il termine en s'appropriant et en développant cette devise : « Fais à autrui ce que tu voudrais qu'on te fît ».

Toutes ces allocutions pleines de verve, pleines de tact, de brio, ont mis en relief les qualités brillantes du héros de la fête. Tous dans l'assistance les ont fort goûtées, et ont manifesté leur approbation à plusieurs reprises par des applaudissements chaleureux.

J'ajouterai que le Syndicat de Libourne n'est pas un vain mot, et qu'il a donné d'excellents résultats dans beaucoup de questions. A son instigation, les médecins de la ville ne sont plus membres honoraires des Sociétés de secours mutuels, concourent tous au service, et ont fait relever le chiffre des honoraires. Plusieurs litiges avec des Sociétés d'assurances ont eu des solutions heureuses. Si une mesure de rigueur a frappé une fois un aigrefin, un indélicat, il faut faire remarquer que plusieurs différends entre confrères ont été réglés à l'amiable, dans l'esprit le plus conciliant, sans froissement d'amour-propre. Des vœux divers n'ont pas été platoniques, et contribuent à affirmer l'existence du Syndicat.

Le passé nous est un sûr garant de l'avenir. Le Syndicat progressera sous la direction éclairée de notre président modèle, direction que nous réclamons longue, très longue, et continuera ainsi à produire de bons fruits.

Je vous remercie, par avance, très honoré confrère, de l'aimable hospitalité donnée dans votre journal à ce simple compte-rendu. La vieille amitié qui m'unit au Dr Petit me faisait un devoir de ne pas rester muet dans la circonstance.

Veuillez croire, mon cher confrère, à mes sentiments très confraternels et dévoués.

Dr G. LAGUENS,
Correspondant du *Concours*.

Dans cette séance du 8 février, le bureau suivant a été élu :

Président : Dr Petit, de Libourne.

Vice-présidents, Dr Berger, de Coutras, Dr Lataste, de Saint-Emilion.

Secrétaire, Dr Laval, de Libourne.

Assesseurs : Dr Petit de Lussac, Dr Laguens, de Castillon.

BIBLIOGRAPHIE

Vient de paraître :

Guide Rosenwald, édition 1908. Annuaire de statistique médicale et pharmaceutique. Ce guide reproduit la liste officielle des médecins et pharmaciens inscrits au ministère de l'Intérieur. Prix, 3 fr. Docteur Rosenwald, éditeur, 87, rue Lafayette, Paris.

REPORTAGE MÉDICAL

La salubrité des aliments. — La sollicitude des pouvoirs s'étend avec raison sur la qualité des substances alimentaires : la loi sur les fraudes est, de cette sollicitude, la manifestation la plus large.

Mais les gourmets eux-mêmes ne sont pas oubliés, car M. Clémenceau vient d'adresser aux préfets une circulaire relative aux mesures à prendre pour la conservation, le transport et la vente des huîtres.

En dehors des mesures qui doivent mettre les parcs à l'abri de toute pollution, il insiste sur celles à prendre pour effectuer un bon emballage.

Création de médecins stagiaires de colonisation en Tunisie. — Il vient d'être créé en Tunisie quatre postes de médecins stagiaires de colonisation, destinés à assurer le recrutement d'un corps de médecins de colonisation dans la régence.

Les candidats devront être Français et âgés de moins de trente ans. Ils adresseront avant le 15 mars 1908 au Secrétariat général du gouvernement tunisien, leur demande accompagnée des pièces suivantes : extrait de l'acte de naissance, extrait du casier judiciaire, copie certifiée conforme des titres universitaires, relevé des services antérieurs et des travaux scientifiques, certificat constatant qu'ils ont satisfait à la loi militaire, certificat médical constatant qu'ils peuvent faire un service actif.

La durée du stage est fixée à deux ans avec une indemnité annuelle de 3000 francs. Les stagiaires ne devront faire aucune clientèle sous peine de licenciement immédiat.

Internat de Nanterre. — Un concours pour l'admission à six places d'interne en médecine et en chirurgie à la Maison départementale de Nanterre sera ouvert le 18 Mai 1908.

Durée des fonctions : du 1er Juin 1908 au 31 Mai 1909.

Traitement annuel : 1.800 francs, plus une indemnité de logement de 300 francs.

Les candidats qui désireront prendre part au concours devront se faire inscrire à la Préfecture de police (Personnel, caserne de la cité). Le registre d'inscription, ouvert dès à présent, sera clos définitivement le 18 Avril, à 4 heures.

Les candidats devront remplir les conditions suivantes : 1° Etre Français ; 2° Etre âgés de moins de trente ans ; 3° Etre pourvus d'au moins douze inscriptions en médecine, justifiées par un certificat de scolarité de date récente ; 4° Avoir accompli le stage obstétrical ; 5° N'être pas reçus docteurs en médecine.

Ils devront adresser au Préfet de police une demande sur papier timbré et y joindre un extrait authentique sur timbre de leur acte de naissance ; les pièces établissant leur situation au point de vue militaire ; une notice indiquant leurs titres scientifiques ou hospitaliers ; le certificat de l'accomplissement du stage obstétrical ; l'engagement, en cas de nomination, de se démettre de toutes fonctions dans les hôpitaux, hospices ou cliniques.

Œuvre d'enseignement médical complémentaire. — Le voyage d'études médicales « E. M. I. — 1908 » visitera du 12 au 28 Avril prochain les institutions médico-sanitaires de l'Italie : Turin, Milan, Padoue, Venise, Bologne, Florence, Rome, Naples, Pise, Gènes, San-Remo. Nous ne dirons rien de l'organisation confiée au professeur Pini, correspondant officiel de l'Œuvre en Italie, si ce n'est qu'il s'est assuré la collaboration des plus éminentes sommités de son pays : Baccelli, Bossi, Bozzolo, Cozzolline, De Giovanni, Mangiagalli, Marlimuni, Mya, Pinzani, Vitali, Zeri, etc.

Le programme complet du voyage d'études paraît dans le numéro de janvier du Journal : « L'E. M. I., Bulletin de l'Œuvre d'Enseignement médical complémentaire », que l'on pourra se procurer ainsi que tous renseignements désirables au siège de l'Association dont les bureaux sont ouverts les lundis, mardis, jeudis, vendredis, de 10 h. à midi, et les mercredis et samedis de 2 à 5 heures. S'y adresser ou écrire avec timbre pour réponse à l'Administration de l'Œuvre : 8, rue François-Millet, Paris (16e).

Le prix des pharmacies en Alsace-Lorraine. — Une loi récente a suspendu le libre exercice de la pharmacie, c'est-à-dire qu'elle fixe le nombre des officines d'après les besoins réels de la population. Une nouvelle pharmacie ne peut être autorisée que par voie administrative.

Cette nouvelle législation a eu pour effet de faire remonter dans de grandes proportions le prix des fonds de pharmacie. Un exemple typique sous ce rapport nous est fourni par la petite ville de Wasselonne qui compte moins de 3.800 habitants. Les deux pharmacies de Wasselonne viennent de changer de propriétaires. La pharmacie Hoffmann, acquise pour 35.000 francs au moment de la guerre, a été cédée pour 84.000 m., soit le triple de son ancienne valeur. Quant à la pharmacie Kopp, tenue par la même famille pendant près d'un siècle, elle a trouvé acquéreur pour 120.000 m.

Il faut ajouter que les localités voisines de Marmoutier, Westhofen, et de Marlenheim possèdent des pharmacies depuis quelques années seulement. (*Le Monde pharmaceutique.*)

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs DEHILOTTE, de Basse-Indre (Loire-Inférieure) et CAZY, d'Evaux (Creuse), membres du « Concours Médical ».

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trentième année — N° 9 — Dimanche 1er MARS 1908

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des Inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

Comité Régional d'Organisation

SECRÉTARIAT :

5, rue Thiers, LILLE

IIe CONGRÈS DES PRATICIENS DE FRANCE

(LILLE, 25-28 juin 1908)

Le premier Congrès des Praticiens, tenu à Paris, en mai 1907, a été un très grand succès. Mais, pour faire aboutir les justes revendications des Praticiens, et pour réformer les études médicales en les rendant plus pratiques et plus profitables et pour le médecin et pour le malade, il faut une action constante et persévérante. Aussi le Comité de Vigilance nommé à la suite du premier congrès a-t-il été unanimement d'avis de convoquer une Nouvelle Assemblée des Praticiens en juin 1908.

La Ville de Lille a été choisie comme siège du second Congrès, parce que c'est de là qu'était parti le mouvement de protestation, dont est né le premier Congrès. Sa situation géographique lui permettra d'offrir aux Congressistes, dans des conditions très avantageuses, une visite à Bruxelles et à Londres, avec réception par le corps médical de ces deux capitales.

Les questions qui seront discutées au Congrès sont de première importance. Nous donnerons plus tard la liste des rapports et le nom des rapporteurs, mais disons, dès aujourd'hui, que les deux questions principales soumises aux Congressistes seront : la *Réforme des études médicales* et *le libre choix*.

Nous croyons qu'aucun des Médecins de France ne peut se désintéresser de ces importantes discussions et c'est pourquoi nous les engageons tous à envoyer leur adhésion au Congrès.

Nous publierons bientôt le règlement du Congrès, mais nous pouvons annoncer déjà que la cotisation des adhérents au Congrès est de **5 francs**, donnant droit à tous les avantages ordinaires : rapports, comptes rendus, voyage à demi-tarif, etc. etc. Les parents accompagnant les Congressistes et ayant versé une cotisation de cinq francs jouiront des avantages matériels accordés aux Congressistes.

Les groupements professionnels **qui voteront une subvention pour le Congrès** pourront se faire représenter par des **délégués** qui, eux, devront **avoir adhéré** au Congrès et payé la cotisation de 5 francs, mais qui auront droit, en cas de vote par bulletin, **à autant de voix** que le groupement qui les a délégués compte **de membres**.

Adresser les adhésions et toutes les demandes de renseignements à M. le Docteur AUBERT, secrétaire général, 5, rue Thiers, à Lille, et les cotisations et subventions à M. le Docteur DEROY, trésorier, 22 ', rue Léon Gambetta, Lille.

AVIS

Dans sa réunion du 19 février, sur la proposition de MM. Gassot, Diverneresse et Jeanne, le Conseil d'administration de l'Union des Syndicats médicaux de France a voté à l'unanimité *le texte d'une adresse à MM. les Ministres du Travail et de la Justice, réclamant enquête (et poursuites s'il y a lieu) contre tous auteurs d'abus dans l'application médicale des lois d'accidents du travail.*

Cette part faite, sans perdre un instant, au souci de défendre nous-mêmes le prestige professionnel et d'approuver d'une façon formelle le langage tenu devant les assureurs par M. le Directeur de l'Assurance et de la Prévoyance sociales, nous ne cesserons plus de répéter à nos confrères, en gens renseignés par des faits et des documents qu'ils ignorent, que nous sommes tout simplement en présence d'une campagne dont la tendance a été avouée *et qui vise la* suppression du libre choix du médecin par le blessé.

Ainsi qu'on eût dû le comprendre dans une affaire qui restera longtemps célèbre, il convient donc de ne pas nous laisser imposer une opinion par les racontars et imputations des journaux, de certains parlementaires, du théâtre (voir « les Donadieu » au Grand- Guignol), même de quelques médecins, si tout ce monde ne nous apporte pas des preuves *et des* preuves *reconnues telles par des juges autorisés, c'est-à-dire médecins.*

S'il s'agit vraiment de moralisation professionnelle, les adversaires adresseront aux Ministres la même demande que les médecins : il y sera donné suite, fort probablement, et nous nous associerons sans réserve à la condamnation des délinquants quels qu'ils soient, mais s'ils le sont.

Si, au contraire, les Compagnies d'assurances ne font pas la même démarche, ou refusent communication de leurs dossiers (dont certains sont connus du « Sou médical » pour ce qu'ils valent) nos confrères sauront tirer de là une conclusion non dictée par l'esprit de corps.

Quant à nous, quoi qu'on dise et quoi qu'on fasse, nous ne condamnerons rien et personne sans qu'on nous ait convaincus par des preuves, que nous aurons été les premiers à réclamer.

LE CONSEIL DE DIRECTION.

LA SEMAINE MEDICALE

Hygiène élémentaire du tuberculeux.

Dans une récente leçon clinique, M. le Dr RÉNON, dont les conseils sont empreints d'un esprit si éminemment pratique, trace la marche à suivre pour le praticien en présence d'un tuberculeux pulmonaire :

Le médecin, tout en étant affectueux et amical, doit se montrer énergique et persuasif. Pour qu'il ait chance de réussir, il faut que son malade ait foi en lui, mais aussi, il faut que le médecin ait lui-même, et ceci est capital, confiance en sa thérapeutique.

Doit-il prévenir le malade qu'il est tuberculeux ?

Au début, quand le mal est curable, **oui**, car c'est la seule chance de salut, mais en même temps qu'il fait cette révélation, il doit l'atténuer par des paroles rassurantes.

Quand la tuberculose est à marche rapide, ancienne, compliquée de diabète, il faut cacher au malade son état et le laisser faire un peu ce qu'il veut, puisque le mal est sans remède.

Passons, maintenant, à la question hygiène, qui est essentielle.

Hygiène individuelle. — La chambre du malade ne doit jamais être exposée au nord : l'orientation au sud ou à l'ouest réunit les meilleures conditions. Elle doit être ventilée par la cheminée et par un vasistas haut placé.

Doit-elle être ouverte le jour et la nuit ? Oui, à la condition expresse de protéger le malade du froid. Le chauffage à la vapeur est le meilleur, il faut préférer aussi l'éclairage électrique.

L'ameublement doit rester le même, à condition de proscrire les alcôves, les étoffes aux murs, les tapis fixes. Le lit doit être découvert chaque jour. Les vêtements doivent être de laine, perméables à l'air et chauds. La flanelle, bonne pendant la marche, est inutile pendant le repos. Les vêtements trop chauds sont à proscrire, par ce qu'ils prédisposent aux congestions.

La vie du bronchiteux doit être toute de repos. Repos à la fois moral, pas d'affaires, pas de travail, pas de soucis — et physique, le lit ou la chaise longue.

La cure d'air qui se fait en dehors de la maison doit durer de quatre à six heures par jour en plusieurs fois ; il faut étendre le malade, bien protégé contre le froid, dans un endroit abrité du vent.

Exemple de distribution du temps (sanatorium de Bligny) :

Lever à 7 heures.
7 h. 30. Déjeuner.
8 h. Douche et promenade.
9 h. 15 à 10 h. 15. Cure d'air.
10 h. 30. Déjeuner, promenade.
11 h. 30. à midi. Cure d'air.
1 h. Dîner.
2 h. à 4 h. Cure d'air.
4 h. Collation, promenade.
5 h. 30 à 6 h. 30. Cure d'air.
7 h. Souper, puis cure d'air.
9 h. Coucher.
9 h. 30 Extinction des lumières.

Le malade peut faire des promenades en voiture, mais il y a des réserves à fomuler pour l'automobile ; il doit être fermé dans les cas graves et marcher à petite allure. Surtout le malade ne doit jamais conduire à cause des émotions.

La promenade la meilleure est la marche, mais à l'abri du vent, du soleil ; pas de fatigue, entraînement progressif.

L'apparition de la fièvre comporte la suppression des promenades, le repos absolu au lit.

Hygiène corporelle. — Hygiène minutieuse de la bouche en raison de la contamination.

Les bains, qui se prennent tous les quatre ou

cinq jours, ne doivent pas dépasser 33 à 35 degrés et dix minutes de durée. Les douches se prescrivent, dans les cas heureux, de 28 à 12 degrés pendant quelques secondes, quinze environ. Révulsion au gant de crin ensuite. Tous les jours : frictions humides avec alcool aromatisé, puis frictions sèches.

« Interdiction des sports, des jeux de hasard.

« Les voyages sont dangereux ; quand ils sont indispensables, le malade doit les accomplir couché.

« Le tabac est mauvais, il provoque fréquemment de la bronchite, de la laryngite, des hémoptysies.

« La question des rapports sexuels est très importante. Proscription chez la femme, en raison des dangers que présente pour elle une grossesse dans son état actuel. Chez l'homme, le coït, élevant la température d'un degré environ, prédispose aux hémoptysies. L'heure la plus favorable pour le pratiquer avec le moins de danger est entre 9 heures du matin et 1 heure de l'après-midi.

«Sur la question de la gymnastique respiratoire, les avis sont et restent très partagés.

Hygiène prophylactique. — C'est la stérilisation humanitaire des excreta du malade.

« La toux projette jusqu'à 80 centimètres des poussières ou des parcelles liquides chargées de bacilles qui peuvent contagionner les personnes par inhalation. D'autre part, les crachats recueillis dans des linges contagionnent les blanchisseurs. Les crachats déglutis passent enfin dans les selles.

« On rend inoffensif le crachat, en le recueillant dans des récipients spéciaux ; le crachoir de poche est indispensable, Le crachoir employé par le malade doit toujours être humide et contenir une petite quantité d'une solution antiseptique :

Sublimé.................	2 grammes.
Acide tartrique	6 —
Eau distillée	1 litre.

« Il sera couvert pour éviter la contagion par les mouches.

« Les crachats seront jetés après ébullition, ou après macération, dans :

Carbonate de soude........	10 grammes.
Eau.......................	1000 —

ou brûlés (le Dr Barth préconise le système des mouchoirs en papier qu'on brûle). Les garde-robes seront stérilisées par la solution de soude.

« La toux doit être disciplinée. Le malade placera devant sa bouche un tampon d'ouate. Pour éviter la contagion par les feuillets des livres, il s'interdira de mouiller ses doigts pour tourner les pages. Les couvertures, les linges, seront personnels et jamais mélangés avec ceux de la famille. La chambre sera balayée avec des linges humides, désinfectée tous les mois avec du formol. La literie sera passée à l'étuve. Telles sont les principales indications de ce qu'on peut appeler la stérilisation humanitaire. »

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôtel-Dieu : M. le Professeur Dieulafoy

Polio-encéphalite.

J'ai fait revenir aujourd'hui, pour ceux d'entre vous qui ne l'ont pas encore vu, un malade, dont je vous ai parlé déjà dans mes deux précédentes leçons. C'est un homme atteint d'ophtalmoplégie totale, de paralysie de la musculature extérieure et intérieure de l'œil. Nous avons eu à discuter à son sujet deux diagnostics : celui de lésion basilaire (le patient est syphilitique et pourrait avoir une méningite inter-pédonculaire) et celui de lésion des noyaux gris du bulbe et de la protubérance, de polioencéphalite (πολιος : gris). Il était important de résoudre cette question diagnostique en raison de l'évolution de la maladie, variable dans l'un et l'autre cas.

L'hypothèse de lésion basilaire ne nous a pas fourni une explication rationnelle des faits cliniques. L'affection ayant commencé par du ptosis, il fallait admettre que le filet du releveur de la paupière avait été seul pris, au début : on ne voit pas bien une aussi importante altération interpédonculaire n'ayant touché primitivement qu'un simple filet nerveux. De plus, une lésion interpédonculaire, assez vaste pour englober les racines de tous les nerfs de la musculature, extérieure et intérieure de l'œil, eût intéressé les tractus moteurs pédonculaires et entraîné une hémiplégie du côté opposé.

D'autre part, chez ce malade, nous trouvons actuellement, outre la paralysie oculaire, une ébauche de paralysie labio-glosso-laryngée, une atrophie du faisceau supérieur du muscle trapèze (altération du spinal), de la glycosurie, de la polyurie (altération bulbaire).

Après avoir assemblé ces différents symptômes, y compris *l'amaigrissement rapide, l'état syncopal*, les vertiges, nous avons éloigné l'idée de méningite (syphilitique) basilaire et nous avons adopté le diagnostic de polioencéphalite, c'est-à-dire de lésion des noyaux gris du bulbe et de la protubérance.

Vous nous demanderez, sans doute, si nous avons fait une ponction lombaire et quel en a été le résultat. Le malade est syphilitique. Existe-t-il, chez lui, comme chez beaucoup de syphilitiques, de la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien : car, enfin, s'il y a lymphocytose, cela indiquerait que le système neuro-méningé est touché et serait peut-être un argument en faveur de la méningite spécifique basilaire dont nous venons de rejeter le diagnostic. Eh bien, la ponction lombaire a été pratiquée une fois, dans le service de M. Caussade, et l'on a trouvé effectivement de la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien. Que cela signifie-t-il ?

Revenons, d'une manière générale, sur la lymphocytose céphalo-rachidienne dans la syphilis. Les premières études sur ce sujet datent de 1902, époque à laquelle M. Crouzon et M. Milian, en présence des céphalées violentes d'origine spécifique, se sont demandés quel était en pareil cas l'état du liquide céphalo-rachidien. Le liquide, interrogé, a répondu en décelant de la lymphocytose. A la même époque, M. Widal, examinant des syphilitiques à la période secondaire, fit des ponctions lombaires et trouva de la lymphocytose. Il porta la question devant la Société médicale des hôpitaux et il montra que la syphilis peut créer, de

bonne heure, une réaction méningée décelable par la ponction lombaire : c'est, disait-il, une véritable signature anatomique de la susceptibilité des centres nerveux pour la syphilis. Il est des syphilitiques qui, dès le début, avec ou sans symptômes, font de la lymphocytose céphalo-rachidienne. D'autres, par contre, atteints ou non d'accidents, de céphalée, n'ont pas cette lymphocytose. Ce phénomène n'est pas, comme on l'a cru longtemps, l'apanage des premières années de la syphilis. Le travail de M. Jeanselme est venu établir qu'il s'observe dans les périodes primaire, secondaire et tertiaire.

Pourquoi, d'où vient cette lymphocytose du liquide céphalo-rachidien dans la syphilis ? Nous ne le savons pas. Elle indique non pas une lésion des méninges, mais une *réaction* méningée dont le mécanisme nous échappe. Chez notre malade, nous ne pouvons, par conséquent, en faire un appoint en faveur de la méningite syphilitique basilaire.

Le diagnostic de polioencéphalite étant établi, une question se pose, celle du pronostic. Voilà un malade, syphilitique ou non, atteint d'ophtalmoplégie résultant de lésions des noyaux gris de la protubérance, de polioencéphalite : que va devenir cette affection ? Va-t-elle durer longtemps ? Cette polioencéphalite supérieure (protubérantielle) va-t-elle descendre, atteindre le bulbe, se compliquer de polioencéphalite inférieure (bulbaire) et, descendant encore, atteindre les homologues des noyaux gris dans la moelle, les cornes antérieures, se compliquer de poliomyélite ?

Voyons ce que nous savons des associations de la polio-encéphalite supérieure (cliniquement : ophtalmoplégie) avec la polio-encéphalite inférieure (cliniquement : paralysie labio-glosso-laryngée), avec la poliomyélite (cliniquement: atrophie musculaire progressive, type Duchenne-Aran), avec le tabès.

La polioencéphalite s'associe-t elle quelquefois avec le tabès ? Certainement. Tantôt c'est le tabès qui commence, tantôt c'est l'ophtalmoplégie. Trois, six, sept ans après le début de la paralysie oculaire, on peut voir le tabès apparaître.

Prenons les cas où il y a association de l'ophtalmoplégie avec l'atrophie musculaire progressive, polio-encéphalite et poliomyélite. Tantôt, la lésion est descendante, à début protubérantiel ; tantôt elle est ascendante, médullaire. Elle touche ou non, en passant, au bulbe, et présente ou non des périodes d'arrêt de plusieurs années.

Il se peut aussi que le bulbe se prenne, qu'à la polioencéphalite supérieure se joigne la paralysie labio-glosso-laryngée.

Ainsi, c'est là le point sur lequel j'insiste aujourd'hui, le malheureux malade atteint d'ophtalmoplégie nucléaire peut, pendant des années, 5, 8, 10 ans, se demander si sa lésion ne va pas descendre, prendre le bulbe, s'il ne va pas s'y associer une atrophie musculaire progressive, ou un tabès. Et le médecin qui connaît la question, lorsqu'il est consulté pour une paralysie de la musculature de l'œil, une chute de la paupière, un strabisme, doit penser à l'ophtalmoplégie nucléaire, à la polio-encéphalite, dont l'accident oculaire peut être le début, avec toutes les suites qu'elle fait craindre. Il importe d'autant plus d'y penser que, bien que la thérapeutique ne soit pas très efficace, on peut cependant obtenir quelques résultats favorables : notre malade, aujourd'hui amélioré, en est un exemple.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

NEURO-PATHOLOGIE DES ACCIDENTS

De la névrose traumatique

Par P.-J. Nuel.

(*Suite et fin.*)

L'examen consciencieux d'un certain nombre de cas de l'espèce convaincra, croyons-nous, qu'il y a du vrai dans la pathogénie de la névrose traumatique, quelqu'extraordinaire qu'elle paraisse à première vue, c'est-à-dire que, dans une mesure appréciable la névrose traumatique est une *névrose de désir*. Dès lors, nous pouvons formuler certaines propositions des plus importantes au point de vue prophylactique.

C'est ainsi que la manière dont on procède administrativement au chemin de fer de l'État (1), à l'égard des sinistrés est éminemment favorable à l'éclosion de la névrose traumatique. Cette administration n'a pas permis que la loi sur les accidents du travail fût applicable à ses agents, et si je ne me trompe, voici comment on procède en cas d'accident. Je suppose une contusion du tronc ou de la tête, occasionnant de l'incapacité de travail. Au début, et cela peut se continuer pendant 3 ans, l'ouvrier touche son salaire intégral, après quoi, si on ne lui a pas confié une besogne facile, il est pensionné. Neuf fois sur dix, il ne sait pas quel est son droit touchant cette pension, à combien elle se montera. Il se peut qu'elle soit insuffisante pour nourrir un homme, et surtout une famille. Cette incertitude est déjà grosse de conséquences. Mais, ce qui est plus grave, ce sont les formalités auxquelles on soumettra le blessé, préalablement au règlement de l'affaire.— L'accident, tout d'abord, paraissait bénin, je suppose. Mais le malade tarde à se rétablir ; cela ne va pas. D'autre part, on a dressé de l'accident un procès-verbal, on a entendu des témoins, mais le blessé ne connaît pas la teneur de cette pièce, pourtant si importante pour lui. L'incapacité perdurant, peut-être un employé trop zélé trouve extraordinaire ce long chômage, et donne à entendre qu'il pense à la simulation. Un beau matin, le malade est envoyé chez un autre médecin, auquel on donne mission de procéder à un « examen de contrôle », et cela sans l'intervention du médecin traitant. N'ayant pas suivi la marche de l'affection, le confrère, inauguré « contrôleur », n'est que trop souvent enclin à déclarer le blessé guéri et apte au service. Le lendemain notre homme est touché par une lettre administrative lui intimant l'ordre de reprendre sa besogne, faute de quoi toute subvention lui sera retirée. Et ainsi dit, ainsi fait. Le blessé sent bien qu'il ne peut pas encore reprendre son service, et le voilà dans une position terrible ; c'est la misère pour lui et les siens. Si la névrose n'existait pas déjà, elle ne tardera pas à se montrer. Le malade va consulter un spécialiste connu pour ce genre d'affections, qui, s'il n'est pas très prudent dans son interrogatoire, provoque ou affermit la névrose.

Il délivre un certificat de constat, avec lequel le névrosé va trouver un avocat, et voilà notre homme avec la perspective accablante d'un procès qu'il aura à soutenir contre l'*Administration*, à fournir la preuve de la réalité de son affection, qui, tout en étant peut-être en partie une « névrose de procédure », n'en est pas moins réelle.

Mais aussi, nulle part dans l'industrie, on ne

N. D. L. R.—N'oublions pas que M. P. Nuel parle de la Belgique.

voit autant de névroses que parmi les employés des chemins de fer de l'État. Pour ma part, j'ai actuellement en observation une demi-douzaine au moins de malades de ce genre.

Il n'y a pas à nier que l'existence même de la loi sur les accidents du travail pousse à la névrose ; il est même à supposer, avons-nous dit, qu'en Belgique, cette affection ira quelque temps en se multipliant, la loi n'étant pas encore depuis assez longtemps en vigueur ; des industries ne connaissant pas la névrose traumatique vont en souffrir. C'est là un mal nécessaire ; on dirait la rançon du bien considérable réalisé par la loi sur les accidents du travail.

En fait d'éléments fâcheux, plus ou moins provocateurs de la névrose, il y a que la loi ne reconnaît pas le libre choix du médecin et empêche le sinistré de recevoir les soins du médecin de son choix, qui jouirait de sa confiance. Citons encore la disposition toute naturelle des sociétés d'assurance à soupçonner de la simulation et à le faire même savoir au blessé. Enfin, il y a la modicité de la rente en cas d'incapacité totale, inquiétante pour le sinistré.— Nous ne faisons qu'effleurer quelques points principaux afférents ici.

Le *diagnostic* de la névrose traumatique, surtout sa distinction avec la simulation, paraît à première vue assez difficile. Ce n'est toutefois là qu'une apparence. Avec Crocq, j'estime que, pour un médecin un peu exercé à la chose, la simulation complète de la névrose traumatique est généralement facile à reconnaître, mais que ce diagnostic peut offrir les plus grandes difficultés en présence d'un homme instruit, et qui aurait étudié la question.

En fait, la simulation complète et longtemps soutenue, est rare. Par contre, au dire de la plupart des auteurs, l'exagération serait fréquente.

Toutefois, en appliquant au névrosé qui exagère ou qui simule l'un ou l'autre symptôme, la même mesure de moralité qu'à l'homme normal, on commettrait probablement une erreur. A un certain point de vue, tout est exagération chez le névrosé. Il est certain que ce qu'on nomme exagération n'est pas un simple diminutif de la simulation complète. Le névrosé se sent malade, et cependant il lui est impossible de démontrer avec évidence la lésion qui cause ses souffrances. Ses dires rencontrent de l'incrédulité, le soupçon. Il est tout naturel qu'il essaye de convaincre, par une description un peu « colorée » de ses souffrances. Et pour ce faire, il les analyse constamment ; la conséquence en est qu'il les éprouve fortement, conformément à une loi connue.

D'ailleurs, il faudra se garder de conclure toujours à la simulation complète, lorsque dans un cas donné on en arrive à qualifier d'exagéré ou même de simulé l'un ou l'autre symptôme (voir plus loin, un cas de l'espèce).

Pronostic.— La pathogénie esquissée dans ce qui précède fait comprendre que le plus souvent la névrose traumatique ne guérit pas, qu'elle va au contraire en s'aggravant aussi longtemps que la question n'est pas réglée, et que très souvent elle diminue et guérit une fois que la rente est acquise. *Sublata causa, tollitur effectus.* En l'espèce : la cause est le désir d'obtenir une rente. On aura d'autant plus de chance de voir survenir la guérison complète, que ce règlement survient plus tôt. La névrose devient de plus en plus incurable à mesure qu'elle perdure.

Traitement.— Il y aurait beaucoup à dire à propos des traitements prophylactique et curatif de la névrose traumatique.

Au point de vue prophylactique, constatons la circonstance heureuse que, comparée à ce qui existe dans d'autres pays, la loi belge simplifie beaucoup l'appareil procédurier en cas d'accident de peu d'importance. Il y aurait peut-être lieu de faire encore plus dans cette direction.

Une mesure qui contribuerait beaucoup à prévenir le début de la névrose traumatique serait d'augmenter l'importance administrative du médecin traitant et de réduire au strict nécessaire l'intervention des éléments purement administratifs. Le médecin est la seule personne (en dehors de sa famille) en état de capter la confiance du blessé, et réellement il peut faire beaucoup pour prévenir la névrose traumatique. Il y arrive en rassurant le blessé sur l'issue de son affection, et surtout en évitant de « suggérer » la névrose.

Mais à cet effet, il lui faut beaucoup de prudence, de doigté, et surtout il faut qu'il jouisse de la confiance de son patient.

Or, à tort ou à raison — ce n'est pas l'endroit d'examiner ce point — le médecin librement choisi par le blessé est le plus à même d'inspirer la confiance à son client.

Le libre choix (1) de son médecin accordé à l'ouvrier serait donc une excellente mesure prophylactique de la névrose traumatique.

Quant au traitement de la névrose traumatique avérée, il doit consister dans le règlement définitif de la question de l'indemnité, de la rente viagère, suivi d'un traitement psychique à instituer par le médecin.

Je suis d'accord avec M. Delvaux, lorsqu'il dit que sans le règlement de la question d'argent, ni la psychothérapie, ni la mécanothérapie, ni aucune thérapie, ni enfin la suggestion hypnotique ne sont d'aucun secours. Sans ce règlement, le médecin perd son grec et ses peines. Et cela est vrai, même pour les cas où l'affection semble ne pas procéder du « désir ». C'est que lorsqu'il s'agit plutôt, à l'origine, d'une névrose d'appréhension (voir plus haut), elle se transforme ultérieurement plus ou moins en « névrose de désir » ou en « névrose de procédure ».

Une fois la *question d'argent réglée, le traitement* dit « psychique » peut exercer une influence heureuse. Comme facteur psychique favorable, je citerai notamment la reprise d'une activité quelconque. La mécanothérapie agit également par suggestion ; elle est toutefois moins efficace qu'un travail sérieux.

Ce règlement devrait se faire le plus vite possible, dès qu'on *sera assuré des premiers symptômes* évidents de la névrose. Plus vite il survient, et plus l'affection a de chance de guérir.

Ainsi on sauvegardera le mieux les intérêts de l'assureur aussi bien que ceux de l'assuré, étant donné qu'au début l'affection n'occasionne qu'une incapacité partielle et qu'elle est curable ; que, d'autre part, en perdurant, l'incapacité se complète et l'affection devient incurable. Un homme agité, secoué pendant deux et trois années par la névrose traumatique, n'a que peu de chance de guérison complète.

Pour ce qui est de la forme de l'indemnité ou de la rente, Delvaux voudrait, dans certaines circonstances, voir allouer, non une rente, mais une somme globale (2,000-3,000 fr. environ), dont la possession permettrait au sinistré d'entreprendre une besogne nouvelle, qui l'y exciterait même, circonstance heureuse en vue de la guérison. La loi belge s'oppose à une telle procédure, qui, cependant, serait fort recommandable dans certaines circonstances.

L'allocation d'une rente viagère étant obliga-

(1) Le libre choix organisé et non le libre choix anarchique.

toire en Belgique, nous estimons que — toujours au début d'une névrose traumatique — on pourrait admettre une incapacité de travail partielle et permanente de 15 à 20 %. Dans la névrose affermie, l'incapacité est plus grande et même complète.

Un cas remarquable de simulation dans un cas de névrose traumatique avérée.

Voici une observation qui m'est personnelle et que je produis pour illustrer ce qui est dit plus haut de l'aggravation en cas de névrose traumatique, d'ailleurs avérée, savoir qu'en appliquant au névrosé qui exagère ou qui simule l'un ou l'autre symptôme, la même mesure qu'à l'homme normal qui simule complètement, on commettrait probablement une erreur. Ce qui suit n'a donc qu'un lien assez lâche avec ce qui précède. C'est une contribution à ce qu'on peut appeler la « psychologie » des névrosés.

Une jeune fille de 16 ans, peu développée pour son âge, mais réglée, fut brûlée largement au côté gauche, au deuxième degré, par un corps chimique. Etaient atteintes, la face externe du membre supérieur et du membre inférieur, ainsi qu'une partie du tronc. Pour limiter le plus possible l'action corrosive, on plongea rapidement la blessée dans un réservoir d'eau froide, au sortir duquel, au dire des parents, elle était aveugle pour quelques jours, après quoi la vision revint ; mais la malade continua à se plaindre de la vue. Les règles furent supprimées ; après quelques mois, elles reparurent, irrégulières (chaque deuxième mois).

Six mois après l'accident, époque de mon premier examen, les brûlures étaient guéries. Je constate les plaintes générales de la neurasthénie (fatigue, céphalée, etc.), ainsi que les symptômes visuels dont je vais parler plus loin. Dans un but de « suggestion », de « psychothérapie », j'essaye de rassurer la malade et ses parents, en disant qu'il n'y a là qu'une simple fatigue générale et une faiblesse de l'accommodation, qui toutes les deux disparaîtraient d'ici quelques mois.

Cette prédication, faite surtout dans un but thérapeutique, ne devait pas se réaliser. Je revis la malade quatre mois plus tard — dix mois après l'accident. Sur mon conseil, elle avait repris un travail dans la fabrique ; il n'y avait pas non plus eu intervention d'un « médecin suggestionneur » de névrose, et cependant, les symptômes neurasthéniques s'étaient prononcés de plus en plus.

La malade se plaint d'insomnies, de troubles digestifs, de céphalée et de douleurs vagues dans tous les membres, de fatigue qui la force à interrompre souvent sa besogne, d'ailleurs facile. Elle se plaint surtout, comme lors de mon premier examen, de troubles visuels.

Il s'est développé chez elle un goître très appréciable. Il y a manifestement hypoesthésie générale, tactile et douloureuse, et surtout *retard dans la perception tactile*. Le réflexe de déglutition, à l'attouchement de la gorge, est supprimé. Le goût et l'odorat sont obtus.

Symptômes visuels.— La malade s'était munie de verres convexes de 2 D, qui, tout d'abord, avaient amélioré la vision. Mais maintenant l'amélioration a disparu à peu près. Des obscurcissements incessants de la vue entravent et empêchent le travail.

Il y a un rétrécissement très sensible des champs visuels, rétrécissement concentrique, et qui augmente manifestement si on prolonge l'examen. Ce symptôme est donné souvent comme caractéristique de la neurasthénie. Le champ pour le bleu est le plus rétréci, autre symptôme, qui, au dire de certains auteurs, serait également propre à la neurasthénie.

Surtout par leur réunion, les symptômes précédents démontrent à toute évidence l'existence de la neurasthénie.

Or, voici qui est déconcertant. La jeune fille est hypermétrope de deux dioptries. A distance, elle accuse, sans verres, une acuité visuelle de 1/12. C'est-à-dire qu'à cinq mètres, elle ne voit que la plus grande lettre des échelles de Snellen. Mais — toujours sans lunettes — elle continue à voir cette même lettre, et à ne voir qu'elle, qu'on la mette à 10, 15 ou 3 mètres des épreuves visuelles. C'est comme si, pour elle, l'influence bien connue que les variations de la distance exercent sur la visibilité des objets n'existait pas. Elle renseigne dans la même séance, des acuités visuelles de 1/12, de 1/6, de 1/4 et de 1/20, et cela dans des conditions où l'accommodation n'intervient certainement pas d'une manière appréciable.

Mais continuons notre examen. Mise à 5 mètres des épreuves visuelles et munie de verres positifs de deux dioptries, correcteurs de l'hypermétropie, la malade renseigne une acuité visuelle de un demi, et même, un peu difficilement, de deux tiers. Cette dernière acuité visuelle doit être considérée comme à peu près normale, étant donné qu'une légère taie couvre la moitié inférieure de l'une et de l'autre pupilles.

Tout ceci serait assez naturel, mais ce qui est de nouveau extraordinaire, c'est que cette acuité visuelle se maintient si on neutralise les verres convexes par des verres négatifs, et même si, à l'insu de la malade, on enlève les verres tout en maintenant la monture.

En voilà, certes, plus qu'assez pour convaincre la jeune fille de simulation. La visibilité des épreuves visuelles indépendante de la distance, et l'augmentation de l'acuité visuelle rien que par le port d'une monture de lunettes vide, rentrent certainement dans la catégorie des faits dits de « simulation ».

Et cependant la jeune fille est atteinte de neurasthénie bien caractérisée. Les autres symptômes énumérés plus haut, surtout l'hypoesthésie tactile et douloureuse, l'abolition du réflexe de déglutition et le rétrécissement des champs visuels, etc. ne laissent aucun doute à cet égard.

Mais alors, pourquoi la malade simule-t-elle quant à l'acuité visuelle ?

Pourquoi ? Oui, pourquoi ? — Qui nous dira ce qui se passe dans un système nerveux névrosé? Ne pourrait-on pas demander au même titre : pourquoi ne travaille-t-elle pas comme auparavant ? Pourquoi ne sent-elle pas des attouchements tactiles modérés, alors que les nerfs sensibles ne sont pas lésés ? Pourquoi cette asthénie cérébrale sans lésion du cerveau ? Pourquoi le neurasthénique simule-t-il des douleurs ?

Et cependant nous en sommes arrivés aujourd'hui à tenir compte de ces douleurs, de ces paralysies, de l'incapacité des neurasthéniques, bien que tout cela ne repose pas sur les motifs habituels des douleurs, des paralysies, etc.

Depuis longtemps, nous regardons d'un autre œil que nos ancêtres les « mensonges » des hystériques, des possédés, etc.

Pensons aussi aux témoignages, manifestement « faux », des enfants, auxquels nous n'oserions appliquer la même mesure de responsabilité qu'au témoignage faux d'un adulte.

Je ne veux, certes, pas résoudre définitivement la question de la véracité chez notre malade ; je pense même que — provisoirement au moins — il faut qualifier de « fausses » et même de « mensongères », les réponses touchant l'a-

cuité visuelle. Cela n'empêche qu'il y a lieu de se demander sérieusement si ces réponses ne sont pas, au degré près, du même ordre que beaucoup d'autres plaintes de la névrosée.

Rappelons à ce propos certaines observations visuelles faites dans des cas de névrose traumatique qui, tout d'abord passaient comme caractéristiques de la simulation, alors que plus tard, elles ont été données, au contraire, comme des symptômes, au contraire, des preuves de névrose traumatique.

Il y a, en premier lieu, les observations où, malgré un rétrécissement concentrique considérable des deux champs visuels, le malade ne se heurte pas aux objets environnants et s'oriente parfaitement par la vision indirecte : la périphérie rétinienne, dit-on, ne donne pas lieu à une vision consciente, mais elle sert inconsciemment à régler, à guider les mouvements du corps.— Les cas de l'espèce sont fort discutés quant à leur réalité ; ils deviennent cependant compréhensibles dans une certaine mesure moyennant la théorie de la conscience épiphénomène, que j'ai défendue ailleurs.

En second lieu, il y a le fameux *champ visuel tubulaire*. L'on sait que l'angle visuel, le champ visuel, sont des grandeurs angulaires et ne peuvent pas être mesurés moyennant une unité linéaire ou une unité de surface, mais bien par l'unité angulaire. A une même grandeur rétinienne correspond toujours le même angle visuel. Je suppose une personne normale dont on projette le champ visuel sur un plan (tableau, mur, etc.) placé à un demi-pied ; si ensuite on le projette sur le même tableau placé à un pied, la surface de projection est plus grande. A un mètre elle serait encore plus grande. Or, pour contrôler la véracité d'un malade accusant un rétrécissement du champ visuel, longtemps nous procédions comme suit. Il est peu probable, disions nous, que le malade connaisse l'influence exercée par la distance sur la grandeur de la surface de projection.

Faisons donc cette projection à un pied de distance en marquant ostensiblement les limites.

Un peu plus tard, nous faisons la même détermination à deux pieds de distance. Si la seconde surface est à peu près égale à la première, le sujet en expérience sera convaincu de simulation. Or, ce *champ visuel* dit *tubulaire*, c'est-à-dire dont la projection sur un plan reste la même à toutes les distances, passe souvent aujourd'hui comme une preuve de neurasthénie.

Je n'entends pas défendre ici la réalité de ce champ visuel tubulaire. Mieux vaudrait dire « espace visuel tubulaire ». Ailleurs, j'ai même à son propos dressé un grand point d'interrogation. Telles que les choses sont présentées, l'espace visuel tubulaire me paraît toujours une impossibilité physique. Et cependant, j'ai réellement observé quelque chose d'approchant chez notre jeune fille. Nous avons vu, en effet, que son champ visuel va se rétrécissant sous l'influence de l'examen. Si donc on délimite sur un tableau campimétrique une première projection du champ visuel, puis à une plus grande distance une seconde, etc., il se pourrait que la seconde eût à peu près la même grandeur (en surface) que la première. En apparence, l'espace visuel serait tubulaire. Mais ce ne serait qu'une apparence : à un moment donné, cet espace est toujours conique, le sommet du cône étant dirigé vers l'œil.

Tout cela est encore fort discuté et fort discutable, mais je pense qu'on peut au moins s'en autoriser pour admettre qu'à une neurasthénique on ne peut pas appliquer la même mesure de véracité qu'à un homme non névrosé. La névrose confine à la psychose.

Plusieurs circonstances se réunissaient du reste pour déterminer chez la jeune malade une certaine « suggestion » dans le domaine visuel. D'abord, la malade resta quelques jours aveugle ou à peu près, à la suite de sa brûlure, et peut-être aussi à la suite du bain involontaire un peu rude qu'on se vit forcé de lui administrer après l'accident. La cécité passagère a été signalée à la suite de causes perturbatrices pareilles. La suppression brusque des règles reconnaît la même cause. Quoi qu'il en soit, d'ailleurs, de la pathogénie plus intime de la cécité initiale, la malade (et son entourage) devait se dire qu'*il y avait quelque chose de grave du côté de la vue.*

En second lieu, il y a eu, à la suite de l'accident, parésie de l'accommodation, constatée lors de mon premier examen. Et étant donnée l'hypermétropie de deux dioptries, il est certain que longtemps encore après l'accident, la vision à distance était défectueuse, et la vision de près, très réduite. La lecture surtout, mais aussi, la vision au loin, n'était passable que moyennant des verres de lunettes (convexes). De là, à se dire *qu'une vision un tant soit peu bonne, à distance aussi bien que de près*, n'était possible que moyennant des lunettes, il n'y avait qu'un pas chez cette personne névrosée, qu'un pas, qu'elle semble avoir franchi. De là, ses réponses si extraordinaires lors des épreuves visuelles.

Je dois faire remarquer que notre névrosée n'avait absolument pas les allures des simulateurs. Pas de ces regards furtifs jetés à la dérobée. Rendue attentive à l'impossibilité de ses dires, elle ne se reprend pas, n'essaye pas d'expliquer, ainsi que le font les simulateurs, pourquoi elle se serait trompée. Tranquille, la face et le regard couverts d'un masque d'immobilité, d'impassibilité, elle reprend, sur mon désir, les expériences, et donne les mêmes réponses déconcertantes.

Depuis quelque temps, elle a recommencé à travailler (à une besogne facile) dans la même fabrique, ce qui semble au moins démontrer l'absence de mauvaise volonté.

Pour ce qui est de la manière dont la névrose s'est établie, j'incline à croire qu'il s'agit surtout d'une suggestion peu consciente exercée sur la jeune fille par ses parents. Voilà, en effet, une enfant accidentée à son travail, qui pendant des mois était, à la suite de l'accident, incapable de travailler, surtout par un défaut de la vue qui semblait être gravement atteinte. On voit d'ici les pronostics fâcheux posés autour d'elle. Le père, qui accompagnait toujours la malade à ma clinique, ne cessait de se plaindre du triste état de la vue, et de l'incapacité de travail, probablement permanente, qui en résulte. — Plus tard, l'accommodation étant revenue, il restait toujours l'hypermétropie et les taies cornéennes, que la malade ne soupçonnait pas avant l'accident, mais dont elle continuait à ressentir maintenant les effets, depuis que, névrosée et suggestionnée, elle s'observe au point de vue visuel.

Nommé médecin expert dans l'affaire, je conclus que, dans l'intérêt de la société d'assurances aussi bien que dans celui de la malade — pour empêcher que l'incapacité ne devienne complète et permanente — il conviendrait de régler le plus tôt possible l'affaire, sur la base d'une incapacité permanente mais partielle de 20 pour cent. Le juge et les parties se rallièrent à cet avis.

THÉRAPEUTIQUE

Emploi du gomenol en ophtalmologie.

M. le Dr Ambialet vient de publier dans les *Annales d'Oculistique* un travail des plus intéressants sur le traitement des kératites parenchymateuses par le gomenol.

Cette affection, qui est surtout fréquente dans l'enfance et qui se rattache à la syphilis héréditaire, se caractérise, comme on sait, par une infiltration de cellules lymphoïdes dans les couches moyennes et profondes de la cornée. Tous les ophtalmologistes s'accordent à dire que son évolution est toujours fort longue et que la *restitutio ad integrum* de la transparence de la cornée n'est obtenue que dans des cas exceptionnels.

Chez la malade dont M. le Dr Ambialet relate l'histoire, la cornée était le siège d'une opacification extrême que tous les traitements locaux et généraux avaient été impuissants à modifier. « La totalité de la cornée, dit l'auteur, est franchement blanche, un peu ectasiée ; les exsudats interstitiels confluents ne permettent pas de voir l'iris : quant à la vision de l'œil, elle permet seulement de distinguer la lumière de l'obscurité. Depuis trois ans, au dire de la mère, cet état n'a pas varié ».

M. le Dr Ambialet eut recours aux instillations de gomenol pur, d'abord tous les deux jours, puis quotidiennement. Or, leurs résultats dépassèrent toute espérance. Dès la troisième instillation, on pouvait constater, sur tout le pourtour du limbe, la production d'une vascularisation d'une finesse extrême ; puis cette zone s'élargit, s'avançant progressivement vers le centre et s'atténuant dans les vingt-quatre heures, de façon à laisser reconnaître un éclaircissement très net de la partie vascularisée temporairement. Peu à peu la cornée reprit sa transparence, de telle sorte que, quinze jours après le début du traitement, la malade pouvait compter les doigts à un mètre, et qu'au bout d'un mois, elle pouvait les compter à 5 mètres. Bref, l'état cornéen pût être modifié par le gomenol au point d'élever l'acuité visuelle primitivement quantitative à 1/3. C'est un résultat magnifique, d'autant mieux qu'aucun traitement général n'y coopérait et que la malade était manifestement hérédo-syphilitique.

Avant de procéder comme il vient d'être dit à des instillations de gomenol pur, M. le Dr Ambialet avait très minutieusement recherché et déterminé la réaction oculaire que le médicament peut produire.

« Après avoir étudié préalablement sur des animaux la tolérance de la cornée à l'égard du gomenol, écrit-il, j'ai opéré sur moi-même des instillations de solutions huileuses progressivement concentrées ; c'est ainsi que j'ai pu me convaincre que l'instillation du gomenol *pur* ne présente d'autre inconvénient qu'une sensation de cuisson vive très passagère, analogue à celle que produit le nitrate d'argent à 1/100. De suite après l'instillation, un flot abondant de larmes se produit. Quel que soit le titre de la solution, l'instillation présente ce fait particulier et constant, c'est que, trois minutes *exactement* après qu'elle a été faite, toute sensation oculaire pénible a disparu.

« On éprouve une agréable sensation de fraîcheur due à l'anesthésie partielle consécutive que provoque le gomenol. Réaction oculaire et sensation de fraicheur présentent une durée variable d'une heure et plus ; elles s'atténuent légèrement par l'usage prolongé des instillations, mais il ne se produit jamais d'accoutumance vraie.

« Instillé à l'état de pureté, le gomenol est très peu soluble dans l'eau et les larmes ; de plus il séjourne très peu de temps dans le cul-de-sac conjonctival et en quantité certainement minime, car son contact avec les tissus oculaires provoque instantanément un flux abondant de larmes qui chasse l'excès au dehors.

« Quoi qu'il en soit, après un usage prolongé de cette essence en instillations même quotidiennes, par séries de 10, 15 jours et plus, je n'ai jamais eu à constater le moindre accident du côté de la cornée. Le revêtement épithélial n'est nullement atteint par le contact du gomenol pur au moment de l'instillation (à la condition toutefois de ne pas anesthésier au préalable l'œil avec la cocaïne) ».

Bref, il ressort des recherches de l'auteur que le gomenol, même employé à l'état de pureté absolue, est sans danger pour l'épithélium cornéen, et que ses puissantes propriétés antiseptiques peuvent être mises utilement à profit en thérapeutique oculaire.

*
* *

Très grande est l'importance pratique d'une telle conclusion, étant donné qu'il n'existait pas jusqu'ici d'antiseptique assez dépourvu de causticité et de toxicité pour satisfaire les ophtalmologistes. C'est donc à un besoin réel que vient répondre le gomenol.

D'autre part, il est à remarquer que le produit a été également utilisé avec grand avantage par M. le professeur Rollet, de la Clinique ophtalmologique de Lyon. Dans un article paru dans le *Lyon Médical*, cet auteur place à côté des injections sous-conjonctivales de bleu de méthylène et de biiodure de mercure, celles d'huile gomenolée.

« Ces injections, dit-il, ne sont pas douloureuses et sont bien supportées par les malades ».

M. le Dr Rigaux (*thèse de la Faculté de Lyon*, novembre 1907), a employé avec succès l'huile gomenolée à 5 ou 10 %, voire même le gomenol pur, dans plusieurs cas de conjonctivite purulente ou granuleuse. Cette méthode lui a donné de bons résultats et la douleur provoquée par les instillations ou le frottis des paupières avec les solutions gomenolées était peu durable : il ne persistait, quelques moments après, qu'un peu de larmoiement passager.

M. le Dr Rigaux a eu également occasion d'utiliser avec succès les solutions d'eau gomenolée à 2/1000, comme lavages de l'œil. Ainsi que le démontrent des observations très probantes de M. le Dr Noury (de Meaux), ces lavages à l'eau gomenolée assurent les résultats les meilleurs dans le traitement de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés.

Au résumé, le gomenol, employé soit à l'état pur, soit en solution huileuse ou aqueuse, constitue dans le traitement de diverses affections oculaires, un agent thérapeutique des plus maniables et capable des effets les plus bienfaisants.

MÉDECINE LÉGALE

De certains abus révélés par l'expertise dans l'application du tarif officiel des honoraires médicaux dans la loi sur les accidents du travail

Par le Dr **E. Dabout**,
Médecin légiste de l'Université de Paris,
Médecin expert près les Tribunaux de paix de Paris.

Nous avons emprunté l'article ci-après à la « Médecine des accidents du travail ». *Il est écrit*

Correspondance hebdomadaire
(*Suite*).

et, étant de service à l'hôpital de V...., je lui conseille d'y aller afin de pouvoir immédiatement faire le nécessaire (anesthésie, réduction, appareil plâtré). Le malade une fois à l'hôpital y reste et au bout d'un mois 1 /2, après des visites journalières (comme aux autres malades d'ailleurs), après des massages et électrisations, le blessé sort parfaitement guéri.

Je réclame à la Compagnie 150 francs, elle me fait répondre que d'ordinaire pour les cas admis à l'hôpital on ne paie aucun supplément aux médecins.

J'aurais pu, il est vrai, ne pas accepter ce malade dans mon service ou le renvoyer, mais alors, c'est une question d'humanité. L'hôpital refuse de donner, lui aussi, un supplément d'honoraires aux médecins. Ce dernier se trouve donc pris des deux côtés. Comment faire ? ne puis-je pas dire que la somme de 150 francs représente l'anesthésie, réduction et appareil et que ce n'est qu'après que le malade a été admis à l'hôpital, ce qui est d'ailleurs vrai.

Voyez-vous un autre moyen de réclamer mes honoraires.

Réponse. — La Compagnie vous oppose le « tout compris » art. IV de la loi. Elle est dans son droit. Le *Concours* a maintes fois indiqué la conduite à tenir en pareil cas.

Obtenez une délibération du conseil d'administration de l'hôpital, portant que, pour les blessés du travail, le prix de journée sera porté à 3 fr. 50 par jour, et que le médecin touchera à titre d'honoraires pour les blessés du travail la différence entre le prix actuel et 3 fr. 50. Ce genre de délibérations est absolument légal, et produit déjà son effet dans plusieurs hôpitaux de province.

Dr C., de P., à *Concours*. — Je serais heureux de recevoir du *Concours*, dont je suis un abonné, le renseignement suivant :

Un médecin peut-il accepter l'aide d'une personne expérimentée, non diplômée, habitant la même localité que lui, pour des pansements faciles, ces pansements étant faits suivant les indications du médecin au domicile de la personne distinct de celui du médecin.

Quoiqu'il n'y ait pas d'autre médecin dans la localité cette combinaison est-elle contraire : 1° à la légalité ; 2° à la déontologie ; 3° à la dignité du médecin en cause.

Réponse. — Il n'y a là rien de répréhensible ; vous restez seulement responsable de l'aide que vous utilisez pour ces pansements.

Suite page X.

sur un ton de modération qui inspire toute confiance et semble avoir écarté tout esprit de parti pris. Nos lecteurs y trouveront pourtant plus d'une allégation très contestable et même de véritables erreurs. D'où la nécessité où se voit acculé le « Concours Médical » *de demander aux experts un examen de conscience sérieux et même de combattre nettement certaines idées préconçues.*

Le tarif spécial des honoraires médicaux prévus par la loi des accidents du travail, publié par arrêté du ministre du Commerce, fonctionne depuis le 30 octobre 1905, depuis deux ans. Il a fait couler beaucoup d'encre à son apparition, et nombreuses ont été les sociétés médicales, surtout provinciales, qui lui ont déclaré la guerre, lui opposant des tarifs régionaux. Nous ne voulons pas raviver un foyer d'incendie peut-être mal éteint, mais nous voulons exposer les abus auxquels la promulgation de ce tarif a donné naissance.

* * *

L'expert est, de tous, le mieux placé pour voir les tendances d'esprit de ceux qui ont à appliquer ce tarif, les différentes façons dont on l'emploie et dont on le comprend.

Les contestations d'honoraires pour soins donnés aux ouvriers blessés au cours de leur travail sont assez fréquentes. Elles proviennent, le plus souvent, des mêmes personnes, et l'expert arrive à avoir sa clientèle tout comme un médecin de quartier ; il revoit souvent les mêmes figures, il arrive à les connaître, à les bien connaître ; les différends qui les conduisent par devant lui sont presque toujours les mêmes, les arguments qu'on vient lui exposer sont toujours semblables ; ils varient avec les personnalités de ceux qui les exposent, selon l'interprétation personnelle qu'ils font du tarif spécial arrêté par le ministre du commerce.

Le rôle de l'expert est toujours délicat. Il voit toujours le blessé trop loin de la période active du traitement, et il lui est souvent difficile, après quinze jours ou un mois de guérison, d'apprécier l'état de gravité de la blessure et la nécessité des soins médicaux, avec présence effective du médecin près du blessé, que réclamait l'état de la plaie, ou de la fracture, après l'accident.

Dans la plupart des affaires litigieuses qui m'ont été soumises, ce qui m'a frappé, c'est l'énorme disproportion existant entre le nombre des visites faites par le médecin au blessé, et l'état de gravité de la blessure. La plupart du temps, une simple plaie de l'index est la raison de visites et de pansements journaliers, alors que le même blessé, vu par le même médecin, n'aurait reçu de visites médicales que tous les deux ou trois jours, s'il avait dû se soigner à ses frais. Il est évident que la tentation peut être fort grande, pour le médecin qu'autorise la loi, d'aller voir un blessé tous les jours, quand il sait que cette visite lui sera honorée sûrement par le patron responsable, ou la Compagnie d'assurances qui a pris ses lieu et place ; mais il ne faut pas exagérer et croire que le médecin est seul responsable de cette augmentation du nombre des visites, et, que, seul, il est désireux de donner ses soins quotidiens ; le blessé, la plupart du temps, incite le médecin à lui faire ces visites journalières ; dans la majorité des cas il l'oblige à venir le voir et, si celui-ci s'y refuse, ou y met peu de bonne volonté, jugeant ces visites peu utiles, c'est le blessé qui se rend à sa consultation. Le blessé connaît la loi de 1898 ; il sait qu'il a droit aux soins médicaux gratuits ; il veut donc être bien soigné et, pour lui, être bien soigné c'est être vu tous les jours par un médecin ; c'est avoir un pansement nouveau tous les jours. J'ai vu des blessés qui ne se contentaient pas d'un pansement journalier et qui voulaient une solution pour imbiber leurs compresses, parce que le pharmacien le leur avait recommandé. Jugez-vous, en conscience, l'inutilité, le danger même de ces pansements répétés, pouvant amener de l'érythème, de l'eczéma médicamenteux, et le défendez-vous à ces blessés, vous les voyez aussitôt changer de médecin. La psychologie des foules est bien complexe, et il y a tant d'intérêts divers pour l'orienter dans des sens différents, qu'elle est bien difficile à faire.

* * *

Les frais de massage et d'électricité sont souvent une cause d'expertise et, si l'expert voulait aller au fond de la question, s'il était commis pour apprécier la valeur du premier traitement institué, ce qui est l'exception, que de « *fautes lourdes* » que de « *fautes volontaires* » il aurait à révéler dans ces raideurs articulaires, ces ankyloses légères des articulations phalangiennes des doigts des mains, amenées, faites de toutes pièces, par des pansements immobilisant un mois une articulation qui n'aurait jamais dû s'arrêter de fonctionner, et nécessitant, ensuite, un traitement de *réparation fonctionnelle* plus long que celui de la *réparation anatomique* !

L'ankylose en voie d'amélioration que le blessé vous montre, et que le médecin alléguera pour justifier ses séances de massage et d'électricité, devrait, souvent, être la raison de la condamnation de l'instigateur de cette thérapeutique, volontairement irrationnelle.

Que dirai-je aussi de ces blessés ayant fait une chute de leur simple hauteur, sur un objet contondant, et qui, après un mois ou six semaines de traitement, se présentent fièrement devant l'expert, la poitrine ou le dos constellé de pointes de feu de toutes les grandeurs, pour des lésions qui ont, disent-ils, existé, et dont on ne constate malheureusement aucune trace ? Le maquillage, le truquage du blessé existe ; il est très difficile à l'expert de présenter des preuves affirmatives, il ne trouve que des preuves négatives, qui ne prouvent en droit rien du tout.

Les blessés qui se soumettent à ces maquillages sont heureusement assez rares, mais on en trouve d'autres qui, bien que réellement blessés, se disent dans l'impossibilité de reprendre leur travail. J'ai pu, par le hasard d'une conversation, surprendre la raison de leur désir de prolonger leur incapacité temporaire de travail. Dans certaines usines, des mutualités entre ouvriers se sont créées ; quand, par suite de chômage involontaire, maladie, accident du travail, le mutualiste ne travaille pas, il a droit, après quinze jours ou trois semaines de chômage, — ces chiffres varient suivant les statuts des différentes sociétés, — à une indemnité journalière, qui est égale et souvent supérieure au demi-salaire de sa journée. L'ouvrier en ne travaillant pas, et en prolongeant son incapacité de travail, gagne plus qu'en travaillant ; il est facile de comprendre que la tentation de regagner l'usine n'est pas très forte.

L'expert a donc souvent à lutter pour dépister la simulation de ces paresseux et les obliger à reprendre le travail.

Nous avons dit plus haut que les séances complètes d'électrisation par le médecin traitant, au moyen d'appareils portatifs, étaient souvent causes d'expertises. C'est encore dans le chapitre B de l'article 10 du tarif spécial des honoraires médicaux que se trouvent les pansements antiseptiques ; eux aussi, donnent très souvent lieu

à des contestations. Le terme pansement antiseptique complet est insuffisant ; il n'exprime pas suffisamment la pensée exacte du législateur ; il ne veut rien dire, quand il s'agit d'honoraires.

La division des pansements en pansements aseptiques et pansements antiseptiques doit être abolie quand il s'agit d'honorer le travail des médecins pansant les accidentés du travail. En effet, le travail effectué par le médecin ne répond pas toujours à cette division théorique.

Il y aurait lieu de diviser les pansements en grands pansements et en petits pansements. Les grands pansements comprendraient l'enveloppement d'un membre entier ou d'une partie d'un membre dans des objets de pansement comme nous le concevons jusqu'à aujourd'hui — brûlures étendues de la main et de l'avant-bras, phlegmons, etc. — Les petits pansements cesseraient d'être divisés en pansements aseptiques et pansements antiseptiques. Le lavage avec un liquide antiseptique et l'application d'une gaze antiseptique ne donnant pas une somme de travail plus considérable que le lavage à l'eau bouillie et l'application d'une gaze aseptique ; mais ils seraient divisés en pansements simples et en pansements interventionnels.

Le pansement simple comprendrait : le lavage de la plaie, soit à l'eau bouillie, soit avec un liquide antiseptique ; l'application d'une gaze, aseptique, ou antiseptique, sèche ou humide et, suivant le cas, l'application de poudre antiseptique (iodoforme, salol, etc.).

Le pansement interventionnel comprendrait, outre les opérations décrites pour le pansement simple, l'ablation de petits lambeaux de peau morte, de parties condamnées, l'ablation d'esquilles, pointes osseuses, ongles semi-détachés, les cautérisations de bourgeons charnus au nitrate d'argent ou à la teinture d'iode, les cautérisations profondes. Le nettoyage de petits clapiers avec des cotons montés et imbibés de solutions ou de liquides antiseptiques (sublimé, acide picrique, etc.).

Ces petits pansements, simples et interventionnels, visent surtout les traumatismes des extrémités, des doigts, des mains et des pieds.

Le terme de pansement antiseptique serait ainsi purement et simplement supprimé du tarif des honoraires, et éviterait des contestations fréquentes. La note qui suit ce paragraphe et qui ne permet pas plusieurs allocations pour l'ablation d'esquilles et un pansement consécutif, se trouverait du même coup supprimée.

Si le nombre exagéré de visites est une cause de contestation dans les règlements de comptes entre médecins et patrons, les fournitures exagérées de médicaments en sont une autre source. Deux cas peuvent se présenter. Les médicaments sont prescrits par le médecin avec une largesse et une profusion exagérées, pour une blessure réellement existante ; il y a véritable gaspillage de coton hydrophile, de bandes, de gaze, et de solutions que le blessé pourrait très bien faire chez lui. Là encore, le rôle de l'expert est délicat, et que peut-il conclure quand le blessé lui donne des explications qui lui ont été apprises et qui sont plausibles. L'emploi exagéré de solution antiseptique et de coton est si facilement explicable par l'emploi journalier et répété de bains antiseptiques et de pansements consécutifs à ces bains.

Dans d'autres cas, les médicaments prescrits par le médecin et fournis par le pharmacien à un accidenté du travail, ne sont pas applicables à la lésion observée chez le blessé.

Au cours du traitement pour une entorse du pied, un ouvrier contracte une légère grippe avec bronchite, le médecin lui prescrit des potions calmantes, des vins toniques, et même du champagne. Il est évident que ces médicaments ne doivent pas être payés par le patron, qui n'est responsable que des lésions d'entorse, résultat d'un accident au cours du travail. Le seul cas où les fournitures de médicaments pour maladie contractée au cours du traitement d'un accident de travail sont à la charge du patron, est celui où la preuve est fournie que la maladie est une des conséquences du traitement. Par exemple, chez un vieillard atteint de fracture de jambe ou de cuisse, le fait de séjourner au lit peut provoquer une congestion pulmonaire par hypostase, congestion qui ne serait pas survenue si le blessé avait pu vaquer à ses occupations journalières.

Dans d'autres cas, les médicaments prescrits non seulement n'ont aucun rapport avec la lésion constatée, mais sont inutiles. J'ai eu l'occasion d'être nommé expert dans une importante affaire où une trentaine de notes de fournitures de médicaments étaient contestées ; dans vingt-cinq d'entre elles, pour des blessés atteints d'affections fort diverses, des bandages de corps en flanelle, d'un prix fort élevé, avaient été prescrits ; un liniment composé pour frictions était systématiquement prescrit, en même temps que le bandage de corps, sur une ordonnance imprimée à l'avance. L'abus était flagrant ; mais combien ardue est la tâche de l'expert pour prouver l'inutilité de ce bandage, de ce liniment si cher, quand il ne voit pas le blessé, et qu'il doit enregistrer les déclarations des demandeurs et des défendeurs. Il y a tant d'affections justiciables d'un liniment et qui ne laissent pas de traces !

Le proverbe est vrai : « Tant vaut l'homme, tant vaut la chose ». Il ne faut pas trop décrier un tarif, il ne faut pas trop médire d'une loi. L'histoire nous apprend que sous des règnes différents, la même loi a rendu les peuples très heureux ou très malheureux : l'état d'âme du peuple étant la seule raison de son bonheur ou de son malheur, suivant la compréhension qu'il a de la loi. On veut, me suis-je laissé dire, modifier ce tarif, qui donne lieu à certains abus dont j'ai signalé quelques-uns ; on oublie que, seuls quelques-uns de ceux qui ont à l'appliquer, sont des empêcheurs de danser en rond. Les mêmes causes qui provoquent ces abus, réapparaîtront sous d'autres formes avec un autre tarif ; ce qu'il faudrait changer, ce sont les hommes, chose bien difficile, mais qu'une sélection faite sur des listes de présentation — pour le présent, et, à l'avenir, au moment même des examens, bien compris et plus pratiques, à la Faculté — pourrait peut-être modifier. Un examen de moralité, confié à un jury de professeurs et de praticiens, avant l'obtention du diplôme qui confère le droit d'exercer, ne serait pas de trop à l'époque où nous vivons.

HYGIÈNE PUBLIQUE

L'application de la loi de 1902 dans le département du Rhône.

AUX MÉDECINS DU DÉPARTEMENT DU RHÔNE.

Le Conseil général a, dans sa dernière session voté la création, conformément à l'article 19 de la loi de 1902, d'un Service d'Inspection et de Contrôle de l'Hygiène publique, dans le département du Rhône.

L'inspecteur départemental a le devoir de connaître, dans ses moindres détails, tout ce qui intéresse l'hygiène publique : hygiène commu-

nale, bureaux d'hygiène, écoles, hôpitaux, établissements dangereux ou insalubres, vaccination, déclaration des maladies infectieuses, désinfection, etc. (1). Il est naturellement à l'entière disposition du préfet; il a, en plus, le devoir de le tenir au courant de tous les desiderata hygiéniques du Département. Le contrôle de l'inspecteur n'a pas d'autres limites que celles mêmes de l'hygiène publique. L'inspecteur est, en outre, le conseiller naturel de MM. les maires, qui peuvent toujours s'adresser à lui.

Pour rendre possible une tâche aussi complexe. le « casier sanitaire communal » du Rhône a été créé. Chaque commune a, dès maintenant, son casier où seront tenus à jour tous les documents et tous les incidents intéressant son hygiène : règlements sanitaires, eaux, égouts, industries, plaintes, maladies infectieuses, mouvement de la population, etc., etc.

***

La partie la plus importante du service d'Inspection sera la surveillance de la *Désinfection*.

La loi de 1902 a rendu la déclaration d'un certain nombre de maladies infectieuses absolument obligatoire pour le médecin, *dès le diagnostic posé*, et, comme corollaire, a rendu également obligatoire la désinfection pour les cas déclarés. Cette désinfection est à la charge des bureaux d'hygiène pour les villes de plus de 20.000 habitants ; elle est à celle du Département pour les autres communes. Dans le Rhône, seule la ville de Lyon possède un bureau d'hygiène. C'est donc au Département qu'incombe la désinfection pour toutes les autres communes (2).

Jusqu'à présent la désinfection n'a pas été mieux assurée qu'avant la loi de 1902, les règlements d'administration publique n'ayant pas encore été promulgués, les nouveaux appareils à désinfection n'ayant pas encore été étudiés et approuvés. Mais, actuellement, tout est prêt, et M. le Ministre de l'Intérieur, si bien secondé par M. Mirman, a envoyé aux Préfets et aux Conseils généraux des circulaires pressantes animées d'un haut esprit de solidarité sociale pour hâter la création de postes de désinfection.

Dans le Rhône, ce service fonctionnera *à partir du* 15 *février* 1908 (3).

Voici sur quelles bases il sera organisé.

Le principe fondamental sur lequel s'appuyent les circulaires ministérielles, et qui rencontrera l'approbation unanime du corps médical, est le suivant. La désinfection, telle qu'elle a été pratiquée jusqu'à présent, c'est-à-dire simplement après guérison ou décès, l'opération qui consiste à étuver les matelas et les couvertures, à désinfecter la chambre, quelques jours après la fin de la maladie, n'est certes pas inutile, mais *elle n'est qu'une infime partie de la prophylaxie nécessaire. C'est surtout pendant la maladie que les germes sont dangereux ; c'est à ce moment qu'il importe de les détruire.*

Prenons deux exemples : la fièvre typhoïde, la variole. On laisse pendant trois semaines les selles typhiques s'épandre au dehors, les draps des typhiques être envoyés aux blanchisseuses, sans aucune précaution ; on laisse sans stérilisation pendant des semaines, quelquefois pendant les mois que peut durer une variole, les croûtes, les linges contaminés ; puis, lorsque tout est fini (guérison, transport, décès), on vient, solennellement, désinfecter la chambre, les matelas et les derniers linges employés. C'est bien, mais il y a longtemps que les germes infectieux ont accompli la plus grande partie de leur œuvre néfaste, qu'ils ont semé la contagion. *Jusqu'à présent, on n'a exécuté que la centième partie d'un programme rationnel de désinfection.* N'oublions pas aussi que les *germes sont certainement plus virulents au moment de leur émission par le malade* qu'après leur séjour plus ou moins prolongé dans une chambre ou dans un matelas *C'est aussitôt après cette émission qu'il faut les détruire.* C'est d'ailleurs *beaucoup plus facile qu'après leur diffusion.*

Toute désinfection doit donc logiquement se faire en deux temps : 1° *en cours de maladie, dès le diagnostic posé* ; 2° *après guérison, transport ou décès.*

C'est ainsi qu'elle se pratiquera dans le Rhône.

Trois postes ont été créés : *Lyon* (pour l'arrondissement de Lyon) ; *Villefranche* (pour les cantons d'Anse, Beaujeu, Belleville, Monsols, Villefranche) ; *Tarare* (pour les cantons d'Amplepuis, Bois-d'Oingt, Lamure, Thizy, Tarare).

Chacun de ces postes aura un local spécialement aménagé, un chef de poste qui se consacrera uniquement à son importante fonction.

Ces chefs de poste ont été soigneusement choisis (quelques-uns même au concours); ils sont suffisamment rémunérés. Leur mission sera d'ailleurs fort complexe et délicate, comme on va le voir ; ils seront la cheville ouvrière de l'œuvre. De leur zèle dépendra en grande partie la réussite de la désinfection telle que nous la concevons.

Chaque poste sera inspecté, et journellement surveillé, par un membre de la commission sanitaire (élu par elle), choisi et rémunéré pour cela (Lyon, M. Morel ; Villefranche, M. Bost ; Tarare, M. Prothière).

Le poste de Lyon est doté *d'une automobile* et d'une étuve à formol (système Gonin). Le chef de poste sera ainsi très mobile, pouvant se transporter immédiatement, seul (avec les antiseptiques, une lessiveuse, etc.) ou avec son étuve (transportable sur l'automobile, suivant les cas). Les deux autres postes utiliseront, encore cette année, les anciennes étuves à vapeur, et n'auront à leur disposition que les moyens ordinaires de locomotion Je ne doute pas qu'en *1909 ils ne soient* organisés comme celui de Lyon.

Voici maintenant quelques détails sur le fonctionnement.

Les cartes de déclaration mises à la disposition des médecins ont reçu une addition (1) ; *le médecin y indiquera* (d'un trait de plume) *si la maladie est en cours ou si le malade est transporté, guéri ou mort.* Les médecins du Rhône sont instamment priés de ne pas négliger ce complément indispensable d'information, puisque le chef de poste partira avec ou sans étuve suivant l'indication fournie Nous leur demandons, en outre, de faire non seulement (ce qui va sans dire) toutes les déclarations prescrites par la loi, mais de les *faire aussitôt le diagnostic posé.* Toute la nouvelle tentative de prophylaxie repose sur la désinfection aussi précoce que possible, *en cours de maladie* ; il importe donc de ne pas perdre un jour. Jusqu'à présent, la manière de comprendre la désinfection (simple étuvage et lavage après guérison ou décès ; souvent même assez longtemps après) pouvait justifier des déclarations tardives. Aujourd'hui, les sacrifices consentis par le département permettent la désinfection en cours de maladie et

(1) Voir le *Commentaire de la loi de* 1902, par J.- A. Martin et Bluzet.

(2) La commune de Villeurbanne, bien que peuplée de 33.000 habitants, n'ayant pas de bureau d'Hygiène, sera comprise dans le service départemental.

(3) La réorganisation du service de la désinfection à Lyon aura lieu un peu plus tard.

(1) Prière à mes confrères de n'utiliser désormais que les nouveaux carnets portant ces indications.

presque immédiate; il ne dépend donc plus que du médecin que l'établissement du diagnostic ait pour conséquence immédiate l'établissement d'une véritable barrière sanitaire autour du contagieux. Le Rhône est un des départements où les déclarations se faisaient le plus régulièrement avec l'ancien régime (400 déclarations en 1906 sans compter Lyon et Villeurbanne); avec l'organisation actuelle, elles se feront régulièrement et hâtivement, les médecins ayant la certitude du service rendu.

Aussitôt la déclaration reçue (par l'intermédiaire du maire), le chef de poste se rendra à domicile après avoir, autant que possible, pris attache avec le médecin traitant.

Si la maladie est en cours, il n'emportera que les antiseptiques, sacs, lessiveuses à main (à laisser au malade pendant tout le cours de la maladie), etc., que ses instructions lui indiquent utiles pour la maladie déclarée ainsi qu'un imprimé d'hygiène générale à donner à la famille (quelques lignes élémentaires). Il organisera donc, sans que le médecin traitant puisse en concevoir le moindre ombrage, même presque toujours de concert avec lui (1), la destruction des germes dès leur émission par le malade, avant toute dissémination. Exemple : une fièvre typhoïde. Le chef de poste apportera les antiseptiques nécessaires à la désinfection des selles ; il laissera à la famille des sacs de toile, une lessiveuse à main (avec le liquide lessiveur tout prêt) où les draps, les linges contaminés seront directement disposés pour être lessivés, c'est-à-dire désinfectés, ce qui aura lieu tous les jours ou tous les deux jours. Il reviendra de temps en temps pour se rendre compte de l'utilisation. Le prêt de la lessiveuse à main nous a paru un moyen très pratique d'éviter la contamination par les linges.

Cette première phase de la désinfection sera certainement la plus efficace.

Lorsque le malade sera guéri, transporté ou décédé, le chef de poste ira désinfecter l'appartement et étuver la literie, comme autrefois.

Si les familles désirent faire elles-mêmes ces opérations, ou les faire pratiquer par un industriel, le rôle du chef de poste se bornera à en faire signer l'engagement, à donner une note où les procédés de désinfection approuvés par le Conseil supérieur d'hygiène de France seront consignés, et à s'assurer que ces règles seront bien effectivement suivies.

Le chef de poste tiendra un registre de toutes ses opérations. Le surveillant du poste fera un rapport mensuel.

* * *

Telle est la façon dont, conformément aux instructions ministérielles, la désinfection départementale a été organisée dans le Rhône. Pour que la tentative soit féconde (elle le sera), tout le dévouement du corps médical est nécessaire. Je me permets d'insister encore sur les déclarations hâtives (1). Certes, le rôle du médecin sera parfois ingrat et difficile, contraire même à ses intérêts immédiats (2). Ce n'est pas dans le Rhône que nos confrères se laisseront arrêter par ces considérations.

Il faut envisager la situation présente. L'œuvre que nous allons entreprendre est véritablement patriotique. La France traverse en ce moment la crise peut-être la plus dangereuse de son histoire. Elle a une population stationnaire, et est entourée de nations extrêmement prolifiques. En 1906, son excédent de population a été de 25.000, et celui de l'Allemagne de 900.000. *En dix jours, l'Allemagne augmente autant que nous en un an.* Certaines années même (1895, 1900) nous avons eu un excédent de décès. *Plus de la moitié de nos départements* (44 en 1905) *se dépeuplent chaque année de façon absolue.* Nous ne nous maintenons que grâce aux départements de l'extrême Nord. Toute la vallée du Rhône se dépeuple. *Le département du Rhône*, malgré l'attirance de Lyon, *perd chaque année des habitants* (2.000 en 1905).

Pouvons-nous espérer augmenter la natalité française ? J'en doute. Mais nous pouvons abaisser notre mortalité. Nous sommes loin d'être la nation où l'on meurt le moins. Quand on considère des cartes d'Europe, où les pays sont teintés suivant le chiffre de la mortalité par maladies *évitables*, on constate avec tristesse que la France est toujours parmi les nations les plus teintées. En abaissant au taux d'autres nations celui de la mortalité par tuberculose, variole, fièvre typhoïde, diarrhée infantile en France, nous gagnerions 200.000 existences par an ! Voilà le but.

Un grand danger nous menace. Ce n'est pas le moment de faire du byzantinisme. Ne mettons pas en ligne le secret professionnel, l'intérêt particulier, la liberté (d'ailleurs mal comprise). Quand on est menacé, l'égoïsme doit faire place à l'altruisme. Nous sommes, hélas ! très menacés. Tout le monde, le médecin plus que les autres, doit faire son devoir ! Ce devoir, pour tout Français, est de combattre la maladie évitable, de conserver au moins les enfants que l'on fait, puisqu'on en fait si peu. Si nous n'y prenions garde, la race française, sinon le territoire français, aurait bientôt disparu. A l'œuvre !

Prof. J. Courmont,
Médecin des hôpitaux de Lyon,
Inspecteur de l'hygiène publique dans le Rhône.

(1) Les médecins n'auraient qu'à signaler immédiatement tout acte irrégulier.

(1) Pour hâter la mise en marche du service, le médecin peut (sans préjudice des déclarations légales) télégraphier ou téléphoner directement aux surveillants des postes, c'est-à-dire à M. Morel, Institut de Chimie, Lyon, téléphone : 22-44 ; à M. Bost, Villefranche tél. 1-15 à M. Prothière, à Tarare, tél. 69.

(2) Le ministère va déposer incessamment un projet de loi mettant en partie la déclaration à la charge des familles.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

Syndicat du Béarn.

Le dimanche 19 janvier des médecins des arrondissements de Pau, Oloron et Orthez se sont réunis à Pau et ont décidé la formation d'un *Syndicat médical du Béarn*.

Nous sommes très heureux de constater l'enthousiasme que cette idée lancée par notre confrère le Dr Guichamans a trouvé, auprès de tous nos confrères, puisque ce syndicat à peine né compte déjà plus de 70 adhérents.

Après une allocution pleine de verve et d'enthousiasme du Dr Guichemans, sur le but et le rôle des syndicats, il a été procédé à la formation du bureau.

A l'unanimité des voix le bureau a été ainsi constitué :

Président : Dr Andral.

Vice-Président : Dr Guichamans.

Trésorier : Dr Buisson.
Secrétaire : Dr Rozier.
Assesseurs : Deux pour l'arrondissement de Pau : Dr Pédarré et Dr Fourguette. — Un pour l'arrondissement d'Oloron : Dr Poueydebat. — Un pour l'arrondissement d'Orthez : Dr Lafont.

Les statuts du syndicat médical de Versailles ont été adoptés : Quelques articles ont été mis à l'étude et seront présentés à la prochaine assemblée générale.

Le secrétaire,
Dr Rozier.

Allocution du Dr Guichamans, correspondant du « Concours Médical »

Mes chers confrères,

L'humanité roule dans des cercles vicieux.

L'un des cercles dans lequel elle roule actuellement et qu'on appelle syndicats avait nom autrefois corporations.

Il y a eu, en effet, jusqu'en 1791 des corporations et, parmi elles, une corporation médicale.

Ce qu'étaient ces corporations, vous le devinez sans peine. Elles étaient, non pas un résumé, mais la somme des qualités et aussi des défauts, des vices, des passions des hommes de ces époques, et, il faut l'avouer, du fait de ces défauts, par ces passions, les corporations étaient devenues tout ce qu'on peut rêver d'absurde, de grotesque, d'odieux même : des ruches d'égoïsme, de jalousie, de tyrannie despotique et féroce, c'était chez toutes un esprit d'exclusivisme farouche : entre les unes et les autres une guerre constante et les plus puissantes ne se gênaient guère pour écraser sans pitié les plus faibles. Chacune d'elles à l'image de l'état monarchique avait ses classes et ses castes, avec ses maîtres, ses jurés, ses ouvriers, ses apprentis et ses serfs.

Comment ces hommes qui s'étaient soulevés quelques années auparavant contre un décret de Turgot, affirmant que le droit de travailler était la propriété de tous, et le premier, le plus imprescriptible de tous, et obligèrent le plus puissant ministre de la plus absolue des monarchies à rapporter son décret et à rétablir les corporations, comment, dis-je, ces *hommes devinrent* les hommes surhumains, débordant d'idéalisme qui révolutionnèrent le monde et firent d'enthousiasme à cet idéalisme le sacrifice de leurs privilèges, de leurs coutumes, de leurs passions surtout, aucune tête géniale n'est venue encore nous l'expliquer suffisamment.

Quoiqu'il en soit, castes et classes, privilèges et exceptions, tous les cloisonnements et toutes les barrières, tout cela sombre et disparaît brutalement, d'un coup, devant l'individu et sa liberté. Liberté pour tout individu : liberté individuelle. Toute la liberté : Liberté une et indivisible. Tout individu aussi pour la liberté : La liberté ou la mort.

L'assemblée nationale proclame la liberté du travail et la loi du 2-17 mars 1791 déclare que désormais il sera libre à toute personne de faire tel négoce, d'exercer telle profession, art ou métier, qu'elle trouvera bon.

C'était la mort sans appel des corporations.

Et nous entrons dans le règne de l'individualisme, règne idéal qui se passe malheureusement tout en luttes contre le passé, qui se reprend, résiste, s'organise, revient victorieux à plusieurs reprises pour tomber enfin définitivement vaincu.

La fraternité est jaillie, divine, de cette exaltation de l'individu, de cette première phase héroïque qui opposait des principes, un idéal humain, chimérique peut être, mais idéal quand même, à des mœurs, à des matérialités jugées oppressives et irréductibles. La fraternité, c'est le don de soi, sans calcul, sans esprit de compensation, par pur amour. La solidarité est d'aujourd'hui, c'est la phase actuelle, où l'homme ayant jugé l'expérimentation fraternelle concluante et cet idéal irréalisable dans le présent, cherche à se résigner à vivre de la vie terrestre, à ne plus escalader le ciel, à se contenter des réalités possibles. La solidarité, c'est de l'altruisme en retour d'un autre ; c'est comme un mariage de raison où les contractants se jurent fidélité et assistance. Assistance et non plus amour.

Car l'individu en des étapes longues et diversement douloureuses a appris ceci :

Que l'humanité est encore loin d'avoir dépouillé la bête ; qu'elle couve en elle comme par le passé avec ses instincts pervers et ses passions mauvaises ;

Qu'elle a soif de domination et qu'elle est avide de luxe ; qu'elle n'a cure de sentiments, mais qu'elle sait fort bien se servir de ces sentiments comme d'un beau thème pour leurrer ou surprendre ;

Qu'elle ne craint pas de prendre les chemins détournés ou obscurs pour atteindre son but ;

Qu'elle a appris à se servir de la loi, à la faire servir aussi et même à l'asservir ;

Qu'elle sait les mots qui bercent, les phrases qui séduisent, les caresses qui endorment, les sacrifices mêmes qui trompent. Il a appris ainsi que s'il n'est plus serf de nom, il l'est trop souvent de fait. Il a constaté que sous le couvert d'un individualisme anonyme, il s'est constitué un peu partout, dans toutes les sphères de l'activité humaine silencieusement, discrètement, de puissantes sociétés industrielles, commerciales, agricoles, financières qui ont eu pour première préoccupation, *ex ovo*, de l'asservir, de le domestiquer, disons le mot de *l'exploiter* le plus possible. Et l'individu ainsi menacé, réagit; il se défend, il lutte.

Et il comprend que pour lutter sans désavantage, il doit s'associer, se grouper, lui aussi, opposer sa collectivité travail à la collectivité capital.

Tout à l'heure, tout entier à sa libération qu'il *croyait définitive, il chantait dans la sérénité* de sa candeur son amour de la patrie et de la liberté qu'il confondait dans le même culte, son horreur des tyrans, et des étrangers qu'il réunissait dans une haine égale :

Amour sacré de la patrie,
Conduis, soutiens nos bras vengeurs ;
Liberté, liberté chérie
Combats avec tes défenseurs.

Ce don de soi jusqu'au sacrifice de la vie :

Nous entrerons dans la carrière
Quand nos aînés n'y seront plus ;
Nous y trouverons leur poussière
Et la trace de leurs vertus.
Bien moins jaloux de leur survivre.
Que de partager leur cercueil......

Quand il s'aperçoit que tandis qu'il exhalait ainsi son lyrisme libertaire et paternel on lui avait forgé de nouvelles chaînes, alors il se révolte et clame : car à l'inverse du capital qui agit en se taisant, lui, le travail, ne pouvant agir, car la grève et la révolution sont des procédés d'exception, chante, crie :

Debout les damnés de la terre !
Debout les forçats de la faim !
La raison tonne en son cratère :
C'est l'éruption de la fin.

Du passé faisons table rase,
Foule, esclaves, debout, debout !
Le monde va changer de base,
Nous ne sommes rien, soyons tout.
C'est la lutte finale :
Groupons-nous et demain,
L'Internationale
Sera le genre humain.

Est-il assez fini le beau rêve humain fait d'amour, de sacrifice, de désintéressement, qui berça les premières générations ivres de liberté.

C'est la lutte finale
Groupons-nous.

Ah ! ce n'est pas sans effort et sans lutte que les individus parviennent à se grouper, à s'associer.

Ils s'associent, on leur permet de s'associer contre le mal pathologique, contre la maladie et de créer les sociétés de secours mutuels, les mutualités. Ici, dans cet ordre d'idées, pour ces associations, peu d'efforts à faire pour obtenir toutes les autorisations nécessaires, tous les sacrements. L'Eglise les bénit et l'Etat après les avoir autorisées, les subventionne.

Comment ne pas autoriser des Sociétés qui se placent sous l'invocation d'un saint et sous la protection présidentielle d'un homme généralement choisi dans la bourgeoisie officielle. Il les subventionne puisqu'en somme elles diminuent ses charges d'assistance. Et puis il sait qu'un bienfait n'est jamais perdu et que le meilleur moyen de retenir les cœurs c'est de les acheter.

Mais fait qui ne paraîtra étrange qu'à ceux qui ignorent l'humanité, une détestable fatalité l'entraîne à mêler une injustice, une oppression à ses œuvres les meilleures, à ses organisations même de bienfaisance pure et quand cette oppression, cette injustice lui sont profitables, à trouver bon qu'elles existent, à vouloir qu'elles se perpétuent.

Que seraient les mutualités sans le corps médical ? pas même une spéculation de l'esprit ; elles ne pourraient pas exister.

Il importait donc de lier, de gré ou de force, le médecin aux mutualités et de les lier le plus économiquement possible. Et tout le monde, toutes les classes sociales, l'Etat lui-même avaient intérêt à ce que cela soit ainsi ; le mutualiste qui n'aurait ainsi rien ou presque rien à débourser, pas même de la reconnaissance ; les classes dirigeantes qui pourraient presque sans bourse délier retirer honneur et profit de leur collaboration prestigieuse à l'œuvre mutualiste ; l'Etat pour les raisons que je viens de dire. Mais le problème malgré ces conditions avantageuses ne laissait pas que d'être ardu avec le tempérament de ce Jacques Bonhomme qu'est le médecin, rebelle par instinct et aussi par éducation à toutes chaînes. Comment l'amener cet homme indépendant avec fierté, modeste, simple et désintéressé, habitué à ne s'incliner que devant le devoir, à ne respecter que le mérite, à ne compter qu'avec sa conscience, à ne craindre qu'elle surtout ; à accepter le joug qu'il était nécessaire qu'il accepte cependant ; à s'incliner devant des hommes qu'il n'avait qu'en médiocre estime et devant une situation qui blessait sa dignité, son amour propre, et l'obligeait à se serrer outrageusement le ventre.

Eh bien, pendant un demi-siècle on y est parvenu.

On y est parvenu, parce que les mutualités avaient pour elles le bras séculier et toutes les forces de ce monde. On y est parvenu en donnant à Jacques Bonhomme de médecin, un peu de son foin, pour se servir d'une expression banale. Celui-ci que l'on savait riche, on le couvrait de fleurs, c'est-à-dire d'honneurs ; celui-là que toute douleur apitoyait on le faisait courir, on l'entraînait à toutes les besognes avec ces grands mots, charité, dévouement, philantropie ; vis-à-vis du plus grand nombre, on se servait purement et simplement du procédé cher à Brennus :

Vœ victis : marche et tais-toi ou gare !

Eh bien que tout cela ait été possible aux heures de despotisme, j'y consens ; mais vouloir que cela continue à cette heure où l'Etat et tout le monde à sa suite va, à ce qu'on assure, d'une marche lente mais continue et certaine, vers toujours plus de lumière, plus de vérité, plus de justice, voilà ce qui étonne. Et cependant cela est, et si cela va cesser, si cela a déjà cessé, c'est parce que le corps médical a pu se grouper, s'associer comme tout le monde.

L'individu groupé dans les mutualités est désormais assuré contre le chômage par maladie.

Est-ce suffisant ? Non. Ce qui importe c'est la sécurité du travail, la rémunération de ce travail conformément aux nécessités de l'existence : lutte entre le capital et le travail, mais non lutte finale ; pour la faire cesser, le législateur autorise les syndicats professionnels.

Le syndicat est au travail ce que les mutualités sont à la maladie : Entre la maladie et l'industrie s'interpose la mutualité, entre le capital et le travail s'interpose le Syndicat.

Le succès des mutualités était de bon augure. Il permettait de présager que la fortune des syndicats sera également bonne.

Elle l'a été.

Les Syndicats sont créés, et, peu à peu, tellement ils répondent à une nécessité sociale, ils tendent à s'étendre à toutes les professions, à tous les arts, à tous les métiers, à tous les négoces pour emprunter à la loi de 1891 les quatre termes de l'activité humaine. C'est le retour à la corporation ; mais ce n'est plus la corporation fermée, étroite, égoïste et jalouse composée de castes et de classes, où la discipline était faite d'obéissance passive empruntée à des habitudes séculaires d'oligarchie, mais une corporation ouverte à tous dans la liberté complète et l'égalité la plus absolue ; ouverte aussi au progrès, à toute lumière ; où la discipline est raisonnée et volontaire ; où l'individu n'est incorporé que pour la défense des intérêts professionnels, et sur ce point contraint à une règle sévère, gardant pour le reste une liberté complète d'allures et de mouvement, la pleine responsabilité de ses actes, l'indépendance de sa raison.

Ici, encore, comme pour la mutualité, et celle-ci avait sans doute indiqué la voie à suivre, le médecin est tout d'abord la victime des intérêts coalisés.

Un petit nombre de vaillants comprend en effet la place énorme que les syndicats vont prendre dans la vie sociale, le rôle de protection qu'ils vont remplir et que toute vie vraiment digne, vraiment indépendante, vraiment confraternelle, va être difficile, sinon impossible en dehors d'eux. Ils se groupent résolument et créent un syndicat médical.

Je suis heureux de saluer ici et le promoteur de l'idée syndicale, le Dr Margueritte du Havre et le *Concours médical* qui ouvrit libéralement toutes les colonnes de son journal à ce vaillant et digne confrère, et le Dr Mignen de Montaigu (Vendée), le créateur du premier syndicat médical de France, dont les noces d'argent ont été célébrées le 16 mai 1906 dans une charmante fête toute familiale et intime.

Honneur à ces confrères. Honneur aussi, et surtout à Cézilly, au fondateur du *Concours mé-*

dical, et à tous ceux qui se groupèrent autour de lui, les Dr Maurat, Gassot, etc., au Dr Chevandier surtout ; à tous ceux à qui nous devons la reconnaissance légale des syndicats médicaux. Eh bien ces syndicats médicaux une fois créés, on voulut les mettre hors la loi et il ne fallut rien moins que l'intervention de l'éminent M. Loubet alors président du Conseil des ministres, celle de M. Cornil rapporteur de la loi au Sénat, saluons, messieurs, ces amis du corps médical, pour que la loi Chevandier fut votée, pour que nous ayons enfin le droit de nous syndiquer pour la défense de nos intérêts professionnels à l'égard de toutes personnes autres que l'Etat, les départements et les communes.

Messieurs, si les syndicats ont eu pour naître et obtenir un état civil, à lutter contre l'Etat, qui se méfiait d'eux et les redoutait, contre les collectivités qui avaient tout intérêt à les empêcher de voir le jour ; si les syndicats médicaux ont eu plus que tous les autres à batailler pour obtenir la reconnaissance légale ; s'ils ont rencontré des adversaires même parmi les députés du prolétariat ouvrier, ils ont un ennemi qu'ils n'ont pas encore pu vaincre : c'est l'individualisme d'une partie du corps médical lui-même. Ah ! cet individualisme, quelle misère et quelle pitié de le voir tenace, intransigeant, irréductible quand nous pourrions faire tant, et de si belles choses avec de la confraternité, de la *solidarité*. Cet individualisme obstiné permettez-moi de vous en faire toucher du doigt quelques-uns des inconvénients et des dangers.

N'est-il pas vrai qu'il arrive fréquemment chez le médecin qui comme la plupart de nous, vit isolé, en lutte quotidienne avec la vie et pour la vie, ou que sa vanité s'exalte, ou que la conscience de sa personnalité s'amoindrit. Que sa vanité s'exalte et rien ne vaut que par lui ; Il refuse de revenir auprès d'un malade parce que son confrère y a été appelé après lui, ou bien il critique amèrement tout ce qui a été dit et fait par son confrère, quand il ne l'insulte pas.

Que sa conscience s'affaiblisse et ce n'est plus qu'une épave à la merci de tous, susceptible de toutes les compromissions, prêt à toutes les défaillances.

Ah ! cet individualisme, il n'est peut-être pas collé à notre peau comme une tunique de Nessus que par ce que nous en avons sucé le lait au sein de cette bonne et chère nourrice : l'Ecole de Médecine ; maître contre maître : théorie contre théorie ; vanité contre vanité, c'était de mon temps le pain quotidien de nos conservateurs d'étudiants.

J'ai failli en être victime et je ne puis résister au plaisir de vous raconter le souvenir suivant qui me ramène au beau temps de ma jeunesse.

J'avais pour examinateur en physiologie Ch. Robin.

Quand ce fut mon tour, il me pose la question suivante : Comment le sang remonte-t-il au cœur ? Par aspiration, répondis-je sans hésitation, mais aussi sans réflexion.

C'est ainsi que l'expliquaient Kuss et Duval dans leur petit traité de physiologie, alors dans les mains de tous les étudiants.

Le maître qui s'était mis à parcourir selon son habitude des journaux étalés devant lui dressa sur moi son œil unique, son œil redoutable et redouté de tous et tout de suite d'une voix terrible : Où avez-vous puisé ces... dit-il insanités ou simplement théories, je ne saurais préciser à cette heure.

C'était la gaffe.

Serait-elle irrémédiable ? Je savais le maître intolérant et exclusif, mais je savais aussi ses idées qu'il fallait absolument connaître si l'on ne voulait pas être recalé impitoyablement.

C'est une théorie répliquai-je vivement, je crois même que j'ajoutai : C'est une théorie allemande, répudiant, ô honte ! les meilleurs des Français d'Alsace. La vérité est que c'est la vis à tergo qui fait que le sang remonte dans les veines.

Le visage du maître s'éclaira, j'étais sauvé. O cœur humain, voilà bien de tes coups ! qu'es-tu en somme ? Une pompe aspirante et foulante comme l'affirmaient Kuss et Duval ou une pompe simplement foulante comme le voulait Robin.

Le sais-je encore à cette heure ?

Ah ! combien je préfère la définition qui est contenue dans ces vers que nous avons tous chantés du poète qui sera éternellement aimé de la jeunesse latine :

> Non, non Musette, il n'est pas mort,
> Il n'est pas mort ton souvenir;
> Et si tu frappais à ma porte,
> Mon cœur, Musette, irait t'ouvrir...

Mon cœur irait t'ouvrir. Le cœur est donc le concierge de l'amour. La voilà la bonne, la vraie définition. Quand donc nos maîtres enseigneront-ils la vie d'après la nature, je ne dis pas d'après de belles natures.

Je termine : Un grand sculpteur grec ayant fait une statue admirable s'éprit de son œuvre au point qu'il demanda aux dieux de l'animer, *c'est-à-dire de lui donner la vie.*

Vous avez fait une œuvre de solidarité confraternelle. Animez-la, confrères, c'est-à-dire donnez-lui votre âme, *votre âme de praticiens ouverte* à tout et à tous, toujours prête à tous les dévouements, à toutes les charités, à tous les sacrifices, mais dans la mesure compatible avec la dignité professionnelle, avec les nécessités de l'existence, avec vos devoirs familiaux et confraternels qui sont aussi impérieux que vos devoirs sociaux.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Légitimité de la consignation préalable par le médecin des émoluments dus aux officiers ministériels.

Monsieur le Docteur

Voici dans quelles circonstances j'ai été appelé à soutenir un procès pour le docteur G. contre un sieur D., mais en réalité contre la Cie d'Assurances « Le Patrimoine » :

A la date du 25 juillet 1907, j'ai obtenu du Tribunal de Paix du IVe arrondissement de la Ville de Paris, un jugement qui a condamné contradictoirement M. D. à payer au docteur G. une somme principale de 54 fr. 50, aux intérêts de droit et aux dépens qui ont été taxés par le Juge à la somme de 27 fr. 40 se décomposant comme suit :

Frais introductifs d'instance (lettre d'avertissement et citation). (Il s'agissait d'une demande en paiement pour soins donnés à un accidenté du travail)..	2. 40
Honoraires du médecin que le Juge avait désigné à l'effet d'expertiser la note litigieuse..................................	25. »
Total égal	27. 40

Le 29 juillet la Cie « Le Patrimoine » m'a effectué le paiement des condamnations qui ont été

prononcées contre elle et son assuré, M. D., par le jugement sus-visé.

A la date du 7 septembre suivant, la Cie m'écrivit pour me réclamer le paiement d'une somme de 2 fr. 25 prétendant avoir été dans l'obligation de la payer à l'administration de l'enregistrement qui lui en avait fait la réclamation pour les frais introductifs d'instance (lettre d'avertissement et citation) se référant au jugement intervenu le 25 juillet.

A la suite d'un échange de correspondances avec la Cie dans lesquelles je m'étais efforcé de lui faire comprendre que la réclamation de l'Enregistrement ne pouvait être fondée, puisque la somme de 2 fr. 40, qu'elle m'avait payée pour frais introductifs d'instance, ne représentait que le remboursement de même somme payée par moi au greffe pour le coût de la lettre d'avertissement et à l'huissier pour celui de la citation....
.... J'ai fini, en présence de son insistance à me réclamer 2 fr. 25, par lui écrire le 4 octobre ce qui suit :

« Me Audebert considère qu'il n'a aucun rem-
« boursement à faire à la Cie « Le Patrimoine »
« qui n'a fait, dans l'affaire G. c. D., que
« lui payer ce qu'elle devait conformément au
« jugement intervenu, sauf à la Cie à se pourvoir
« contre telle personne et par tels moyens qu'elle
« jugera utiles, Me Audebert étant bien décidé à
« ne plus répondre qu'en justice, s'il y a lieu, à
« ses ridicules réclamations. »

C'est à la suite de cette polémique que la Cie a cru devoir assigner, le 4 novembre 1907, M. le Docteur G., devant le Tribunal de Paix du Xe arrondissement, siège de son domicile, en restitution d'une somme de 2 fr. 25 qu'elle prétendait avoir été indûment perçue à la suite d'une instance introduite devant M. le Juge de Paix du IVe arrondissement de la Ville de Paris.

A la date du 20 novembre suivant, M. le Juge de Paix du Xe arrondissement saisi de l'affaire a rendu le jugement dont la teneur suit :

Tribunal de Paix du Xe arrondisssement de Paris.

Audience du 20 *novembre* 1907.

Nous, Juge de paix,

Attendu que D., réclame au docteur G..., la restitution d'une somme de deux francs vingt-cinq centimes qu'il prétend indûment perçue,

Qu'il est établi :

I. Qu'à la date du vingt-cinq juillet dernier, le juge de paix du IVe arrondissement de Paris condamna contradictoirement D. à payer au Dr G., la somme principale de cinquante-quatre francs et les dépens liquidés à la somme de vingt-sept francs cinquante centimes ainsi décomposée :

1o Deux francs quarante centimes pour les frais introductifs d'instance ;

2o Vingt-cinq francs pour honoraires du docteur expert.

Que le montant des condamnations et notamment les frais introductifs d'instance fut remboursé au vingt-neuf juillet dernier au Dr G. et que le 7 septembre l'administration de l'enregistrement ayant réclamé à D. le montant des frais introductifs d'instance, la Compagnie le « Patrimoine » fit droit à cette réclamation ;

Qu'il s'ensuit que D., a payé deux fois les frais d'avertissement et de citation.

Mais attendu que le Dr G., n'est en rien responsable de cette double perception, si double perception il y a; qu'il n'a touché, lui, que les frais légalement dus et liquidés au procès, qu'il avait d'ailleurs avancés ;

Que D., a eu tort après avoir remboursé en juillet au Dr G., les frais de citation et d'avertissement, de les payer une seconde fois à l'enregistrement au mois de septembre ;

Que si D. eût produit le reçu du Dr G., l'administration de l'enregistrement n'eût probablement pas insisté à réclamer des frais déjà payés ; qu'il y a lieu de se demander si les droits perçus en dernier lieu concernent les droits d'enregistrement et de timbre ; qu'en tous cas le Dr G. ne saurait être rendu responsable de l'imprudence de D.; que s'il a payé à tort une seconde fois, c'est une affaire entre lui et l'enregistrement, mais que ça ne regarde en rien le Dr G. ;

Par ces motifs, jugeant en dernier ressort ;

Déclarons le demandeur non recevable en sa demande qui n'est ni fondée ni justifiée à l'égard du Dr G. ;

L'en déboutons, et le condamnons en tous les dépens.

Ce jugement est très intéressant, car il établit la distinction qui existe entre les émoluments qui sont dus aux officiers ministériels et les frais qui peuvent résulter des jugements qui interviennent en faveur des médecins pour les soins donnés par eux à des accidentés du travail.

La loi du 9 avril 1898 accorde bien au médecin la gratuité du timbre et de l'enregistrement (c'est une mesure de tolérance), mais elle ne le fait pas bénéficier des émoluments qui sont dus aux officiers ministériels.

C'est à tort que l'administration de l'enregistrement émet la prétention d'avoir à recouvrer lesdits émoluments. Cette prétention est d'autant plus inadmissible que lesdits émoluments, qui ont été avancés par les demandeurs, sont toujours liquidés par les juges au profit de ces derniers. L'administration de l'Enregistrement n'a donc pas à en prendre souci et elle ne doit avoir d'autre recouvrement à effectuer que les frais qui peuvent lui être dus personnellement par la partie qui succombe et l'amende qu'elle a pu encourir. La simple logique indique bien, en effet, qu'elle n'a pas à recouvrer les émoluments des officiers ministériels qui ont été payés par avance à ces derniers par les demandeurs.

Ce n'est que par exception que certains greffiers refusent de recevoir au moment de la commande des grosses toute consignation, et encore leur refus est-il incompréhensible puisque lors de la délivrance des titres, ils ont bien soin de ne les remettre que contre paiement de ce qui leur est dû. Quant aux huissiers, je n'ai pas encore vu d'exemple qu'ils ne se soient pas fait consigner par avance leurs émoluments.

Donc pas de recouvrement à faire de ce côté de la part de l'Enregistrement.

En ce qui concerne les greffiers, j'ajoute que lorsqu'ils se refusent à accepter une consignation, cela n'a d'autre effet, la plupart du temps, que d'amener des retards regrettables et fort préjudiciables aux intérêts dont j'ai la garde et qu'il serait temps qu'une mesure uniforme et conforme au bon sens soit adoptée pour éviter de semblables retards.

Le jugement rapporté ci-dessus consacre la légitimité de la consignation préalable, par le médecin, des émoluments dus aux officiers ministériels.

Voilà de quelle façon je comprends cette affaire que vous pourrez publier sous telle forme que vous jugerez utile et que je vous autorise à insérer *in extenso* sous mon nom, si vous le désirez. Dans ce dernier cas, vous auriez l'obligeance de me faire parvenir un certain nombre de numéros du journal, car je pourrais en faire un placement utile et demander directement à plu-

sieurs juges de paix des plus autorisés de faire prévaloir la thèse que je soutiens.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Docteur, l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

L. AUDEBERT,

Directeur du Service du Contentieux du Syndicat des Médecins de la Seine.

BIBLIOGRAPHIE

Viennent de paraître :

Chez Jules ROUSSET, 1, rue Casimir-Delavigne, deux ouvrages du Dr L. PRON (d'Alger) :

1° **Traité clinique des maladies de l'estomac**, 1 vol., 12 fr. ;

2° **Formulaire synthétique de médecine**, 1 vol., 6 fr.

Chez STEINHEIL, éditeur : **Traité pratique de thérapeutique infantile**, par LEGENDRE et BROCA, 2e édition, Paris 1908.

Encore un ouvrage qui se signale de lui-même à l'attention du public, qui est classique, et dont la renommée de ses auteurs, la façon dont ils réalisent leur conception justifient le succès et la nécessité d'une deuxième édition.

REPORTAGE MÉDICAL

Une grève de médecins à Buda-Pesth. — Un grand mécontentement règne actuellement parmi le personnel médical des hôpitaux de Buda-Pesth. En décembre 1903, les medecins des hôpitaux et les membres de l'Alliance médicale nationale sollicitèrent une augmentation de traitement de 1.600 à 2.000 couronnes pour les médecins en chef, et de 1.200 à 1.600 couronnes pour les internes, ainsi qu'un congé de quatre semaines par an. Cette demande resta sans réponse. Le travail ayant augmenté considérablement, et le personnel étant devenu insuffisant, les médecins ont décidé d'avoir recours à une tactique exceptionnelle pour obtenir satisfaction. Ils donneront leur démission en masse s'il n'est pas fait droit à leur demande, ce qui aura pour résultat que trois mille malades resteront privés de soins. Ce mouvement est soutenu par tout le corps médical.

Actuellement, chaque médecin ou interne doit traiter quarante malades par jour dans les hôpitaux, sans compter les malades à domicite.

(*Journal de médecine de Bordeaux.*)

Médecins déposez vos diplômes. — La dernière audience du tribunal correctionnel de La Flèche a été consacrée à une affaire qui sort de la coutumière banalité.

Les prévenus, au nombre de neuf, comprenaient six médecins et trois sages-femmes du département de la Sarthe ; tous étaient poursuivis pour n'avoir pas, conformément à l'article 9 de la loi du 30 novembre 1892, déposé leurs diplômes au greffe du tribunal de l'arrondissement dans le mois qui a suivi leur installation.

Le tribunal leur a infligé à chacun 25 francs d'amende avec sursis.

(*Echo de Paris.*)

Un accident du travail médical. — Le chef du service médical des Messageries maritimes, le docteur de Mablanc, a été très grièvement blessé dernièrement dans les circonstances suivantes :

Un jeune marin de dix-huit ans, Antonio Ordinoci, s'était blessé au poignet étant à bord du paquebot *Annam*, et, débarqué le 9 novembre, était en traitement depuis cette époque à la Maison du Marin. Or, le matelot se présentait à nouveau devant le docteur pour se faire prolonger sa convalescence, mais le docteur refusa après examen. Ordinoci se retira.

A quatre heures, il revenait auprès du médecin, et comme celui-ci refusait de lui accorder la prolongation, le marin sortit et attendit le docteur de Mablanc. Celui-ci avait à peine franchi le seuil, quelques instants après, qu'Ordinoci, sortant un revolver de sa poche, déchargeait cinq balles sur le docteur. Toutes portèrent. Le malheureux a été transporté chez un de ses confrères. Son état est très grave.

Le jeune meurtrier a été arrêté.

(*Le Matin.*)

Tout n'est pas rose, on le voit, dans cette profession qu'on cherche à grossir et que Maurat dénomme la « gendarmerie médicale ».

Tous ces Italiens, Corses et Maltais qui débardent sur les quais des ports de la Méditerranée reconnaissent volontiers à coups de couteau les actes de conscience du médecin. N'empêche que celui-ci ne se laissera pas intimider si les responsables veulent bien se décider, eux, à reconnaître la grandeur de son rôle. Mais c'est ce qui tarde trop à venir.

Un Institut de puériculture. — M. Variot a inauguré lundi dernier, aux Enfants-Assistés, ses leçons comme membre de l'Association d'enseignement médical des hôpitaux.

Il a débuté par une conférence sur la nécessité de créer dans cet hôpital un Institut de puériculture.

Cet Institut devra comprendre une « Goutte de lait » avec distribution quotidienne de lait stérilisé. Aux mères qui allaitent au sein, le même service pourra donner, lorsqu'il sera nécessaire, des secours en argent, « car il y a des cas où la mère doit pouvoir être la nourrice payée de son propre enfant ». Viendront ensuite un service de consultation avec les salles nécessaires, et une crèche de douze à quinze lits, qui permettra de faire toutes les opérations chirurgicales utiles.

Une semblable création demandera qu'un certain nombre de nourrices y soient attachées à l'état permanent, mais on pourra les prendre parmi les douze de l'hospice et *les vingt-quatre qui* sont à son annexe de grande banlieue. Le lait cru, dont on aura besoin du reste en petite quantité, on pourra le faire venir de la vacherie annexée à la *pouponnière* que l'hospice possède à Châtillon.

Telle serait, avec la distribution de brochures aux mères sur les soins à donner à leurs enfants, l'idée générale de ce dispensaire, qui pourrait être établi dans un des pavillons de l'hospice, le pavillon Pasteur, complété de quelques constructions légères pour abriter les laboratoires.

Cet Institut de Puériculture constituerait en outre, pour les médecins, un terrain d'études et d'observations pour tout ce qui concerne les affections de la petite enfance. (*Gaz. des hôpitaux.*)

La mortalité infantile dans l'Ardèche. — M. Mirman, directeur de l'assistance publique au ministère de l'Intérieur, vient d'écrire au président du conseil général de l'Ardèche ;

« En 1905, la mortalité infantile moyenne était en France de 13,58 % ; la mortalité dans l'Ardèche s'élevait au chiffre lamentable de 21,45 %.

« Ces faits ont une éloquence tragique. Je ne les commente point, je vous les livre. Je vous prie de les communiquer, avec la présente lettre, au conseil général. Je suis assuré que l'assemblée départementale et vous-même puiserez dans votre patriotisme l'énergie nécessaire pour effacer cette tache qui, sur la carte de France, couvre le nom de l'Ardèche. Vous me ferez connaître les décisions prises. »

(*Clinique infantile*).

L'impôt sur le revenu et les médecins. — On nous signale le vœu suivant :

« Le syndicat d'Arras et de la région émet le vœu que, dans le projet de l'impôt sur le revenu, on veuille bien tenir compte, pour le médecin, de ses charges, des services qu'il rend chaque jour à la collectivité, et, qu'en cas de contestation, il ne lui soit pas imposé de montrer ses livres et de violer ainsi le secret professionnel.

Syndicat médical de Paris. — Le bureau est ainsi constitué : président, M. Descouts ; vice présidents, MM. Birabeau et Dalché ; secrétaire général, M. de Pradel ; trésorier. M. de Spéville ; secrétaires, MM. Berruyer et Régis ; rédacteur du Bulletin, M. Léon Archambault.

Concours pour le recrutement de dix médecins de colonisation en Algérie. — Il sera ouvert, en mars 1908. un concours pour le recrutement de dix médecins de colonisation.

Ce concours aura lieu devant un jury composé d'un conseiller ou d'un conseiller-adjoint du gouvernement, président, de trois professeurs de l'Ecole de médecine désignés par le gouverneur général et de l'inspecteur général des services d'assistance.

Conditions d'admission au concours. — Pour être admis à prendre part à ce concours, les candidats devront justifier : 1° qu'ils sont Français jouissant de leurs droits; 2° qu'ils sont docteurs en médecine d'une Faculté française ; 3° qu'ils sont âgés de moins de trente-cinq ans. Cette limite est reculée à quarante ans pour ceux qui justifieront de cinq ans de services dans les armées de terre ou de mer ; 4° qu'ils ont satisfait à la loi sur le recrutement.

Pour assurer l'exécution des dispositions qui précèdent, les candidats devront faire parvenir au Gouvernement général, avant le 1er février 1908, en même temps que leur demande, les pièces suivantes : 1° leur acte de naissance dûment légalisé ; 2° leur diplôme de docteur en médecine ; 3° un certificat de bonnes vie et mœurs ayant moins de 3 mois de date ; 4° un extrait de leur casier judiciaire remontant également à moins de trois mois : 5° un état signalétique et des services militaires ; 6° les justifications de leurs titres ou travaux scientifiques et des services publics qu'ils auraient précédemment rendus ; 7° un certificat d'un médecin assermenté par l'Administration constatant leur aptitude à un service essentiellement actif.

La liste des candidats admis à concourir sera arrêtée définitivement au moins quinze jours avant l'ouverture du concours ; un avis adressé aux candidats leur fera connaître le lieu où ils devront se réunir et l'heure à laquelle commenceront les épreuves.

Epreuves du concours. — Les épreuves du concours sont les suivantes : 1° une épreuve écrite sur un sujet d'hygiène ou de clinique intéressant plus spécialement l'Algérie (quatre heures sont accordées pour cette épreuve) ; 2° une épreuve pratique de microscopie clinique ; 3° l'examen clinique de deux malades dont un atteint d'affection oculaire et l'autre plus particulière aux pays du Nord de l'Afrique; 4° des interrogations portant sur un programme comprenant des notions sur l'hygiène, l'assistance publique, la médecine légale, les maladies connues dans l'Afrique du Nord, les éléments de zoologie appliquée à la médecine et à la pharmacie pratique.

Le programme détaillé sera adressé à chacun des candidats sur sa demande.

Nota. — L'épreuve écrite est subie simultanément à Paris et à Alger ; elle décide de l'admissibilité des candidats qui sont appelés à subir les épreuves pratiques orales à Alger.

Les épreuves sont cotées de 0 à 20. La valeur relative attribuée à chacune d'elles est exprimée par les coefficients suivants :

Epreuve écrite	3
Epreuve pratique de microscopie clinique	1
Epreuve clinique de deux malades	3
Epreuves orales	3

Il sera tenu compte aux candidats : 1° des services rendus comme médecin intérimaire du service médical de colonisation ou stagiaire des hôpitaux de la colonie par une majoration allant de 5 à 25 points ;

2° De la connaissance des langues arabe ou kabyle par une majoration fixée ainsi :

Diplôme ou prime de 1re classe	25 points
Diplôme ou prime de 2e classe	18 —

Note l'obtenue aux examens oraux annuels de l'Administration départementale, 12 points.

Pour être admis à subir les épreuves pratiques et orales, les candidats devront obtenir, pour l'épreuve écrite, la moitié au moins du nombre maximum des points. Ne pourront être reçus définitivement que les candidats ayant obtenu, pour l'ensemble des épreuves, les 6/10 du nombre maximum des points.

Nominations. — Les candidats définitivement reçus seront nommés suivant les nécessités du service à la cinquième classe du grade de médecin de colonisation.

Facultés et Hôpitaux.

M. Méry, agrégé, médecin des hôpitaux, chargé d'un cours de clinique annexe, commencera, le lundi 2 mars 1908, à 9 h. du matin (hôpital des Enfants-Malades, pavillon de la diphtérie) un enseignement pratique du diagnostic et du traitement de la diphtérie (sérothérapie, bactériologie, tubage et trachéotomie.)

Seront admis à suivre cet enseignement MM. les étudiants pourvus de 16 inscriptions et MM. les docteurs en médecine.

Les inscriptions seront reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 2) tous les jours de midi à 3 h.

Les élèves seront classés par série de quinze et pour une période d'un mois (MM. les docteurs en médecine devront justifier de leur grade, soit en produisant le diplôme de docteur, soit toute autre pièce énonçant leur identité.)

M. B. Weill-Hallé, chef du laboratoire, et M. Martingay, interne du service, dirigeront les travaux pratiques.

M. le Prof. Gilbert Ballet commencera le cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie, le vendredi 9 mars 1908, à 6 h. (grand amphithéâtre de la Faculté) et le continuera les lundis et vendredis suivants, à la même heure (petit amphithéâtre) ; le mercredi (bibliographie), salle Nélaton à 6 h. Objet du cours : L'évolution de la médecine.

M. Lecène, agrégé, commencera le cours complémentaire le jeudi 5 mars 1908, à 4 h. (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), et le continuera les jeudis, samedis et mardis à la même heure.

Sujet du cours : Affections chirurgicales de la tête et du rachis.

M. Démelin, agrégé, commencera le cours d'accouchements le jeudi 5 mars 1908, à 5 h. (grand amphithéâtre de l'Ecole Pratique), et le continuera les samedis et mardis suivants à la même heures.

Le Directeur-Gérant : **Dr H. JEANNE.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trentième année — N° 10 — Dimanche 8 MARS 1908

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdommadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Toujours la campagne Petitjean et Cies

Elle continue. On la porte sur tous les terrains. Elle est menée en vue des répercussions les plus vastes. Confrères, nous ne voudrions pas vous obséder, c'est entendu. Il faut pourtant vous avertir. Jugez-en par vous-mêmes.

En tête de l'*Action* du 9 février paraissait l'article suivant :

Accidents agricoles et Médecins.

On ne répétera jamais assez qu'il y a dans ce pays 3 millions de salariés de l'agriculture qui, au mépris de toute justice, sont livrés par la loi, sans défense et sans recours, aux risques quotidiens et graves des accidents qui les guettent. Tandis que, depuis 1898, les salariés de l'industrie, et, depuis 1906, les salariés du commerce jouissent de la protection légale et sont sûrs, s'ils sont blessés ou tués, d'avoir un morceau de pain pour eux ou pour leur famille, les 3 millions d'ouvriers agricoles — qui ont cependant, paraît-il, au Parlement quelques représentants — n'ont rien obtenu, et ceux qui réclament pour eux voient se dresser chaque jour sur leur route des obstacles nouveaux.

Parce que cette situation est scandaleuse, il faut maintenant s'approcher de toutes les pierres d'achoppement qu'on rencontre devant soi et tâcher, quand on le peut, de les écarter du chemin.

La dernière est celle-ci — et on verra que c'est un vrai rocher.

Les partisans du *statu quo* — ceux qui, tout en protestant de leur pitié profonde pour les victimes des accidents agricoles, accumulent habilement les barricades pour empêcher le projet de loi du Gouvernement et de la Commission de passer, ont découvert que les médecins sont des gens coûteux, que les transports seront plus fréquents et plus longs pour aller soigner les blessés agricoles tombés aux champs ou à la forêt que pour ramasser les blessés de l'usine, et ils en concluent que, la charge des frais médicaux devant être très lourde, l'agriculture, qui manque de bras depuis déjà quelque temps, ne pourra évidemment pas la porter, et qu'ainsi il faut se lamenter, mais ne rien faire.

Ces gens exhibent — non sans quelque motif de fierté — une statistique fournie par un groupe d'assureurs, qui nous révèle que, pour les accidents industriels, lorsque l'assureur paie 100.000 francs d'indemnités et de rentes dues à la victime, il paie en même temps 105.000 francs aux médecins. Et ce chiffre est, dit-on, un minimum.

D'autres spécialistes des plus documentés, comme M. le Dr Petitjean, nous apprennent aussi que certains médecins exploitent, avec une habileté professionnelle admirable, le tarif de 1905 par lequel le législateur a cru — l'imprudent — modérer leurs ardeurs ; ils vont accumulant les visites de nuit sur les visites de jour, entassant les pansements complets sur les électrisations, et soignant les accidents au quinquina et au champagne avec une générosité qui serait incompréhensible s'il n'y avait pas des accommodements avec les pharmaciens et de justes tributs de reconnaissance. Il nous apprend aussi qu'aux abords des grandes usines, il y a des cliniques d'accidents du travail où opèrent de généreux médecins

qui — et c'est vraiment le monde renversé — donnent à la fois à leurs clients des soins et de l'argent. Ces docteurs miraculeux paient en général un franc par visite à l'ouvrier blessé qui vient se faire soigner chez eux... et ils n'y perdent rien, puisque chaque visite leur est ensuite payée 2 fr. 50 par l'assureur, sans compter les massages, électrisations, grands pansements, examens, etc... qui sont comptés à part. C'est pour cela que, déjà, dans l'industrie, les assureurs se plaignent, disant qu'ils ne peuvent plus garantir aux anciens tarifs les risques de la loi de 1898, et que les primes augmentent.

Or, que sera-ce, dit-on, quand il s'agira de soigner les blessés ruraux ? — Quel contrôle possible ? Qui empêchera les médecins marrons d'exploiter largement la mine nouvelle, de multiplier les visites à longue distance et de parcourir, aux frais de l'exploitant, d'innombrables et vertigineux kilomètres à plein tarif ? ?... Et alors, que deviendra la prime, et à quel taux assurera-t-on ? On a parlé de 2 % des salaires, en se basant sur des comparaisons industrielles ; mais qui dit que la charge ne sera pas de 4 ou de 5 % des salaires ? ?

Telle est l'objection la plus récente et la plus forte faite au projet qui étend aux salariés de l'agriculture la protection légale déjà accordée aux autres travailleurs.

Il serait puéril d'en nier l'importance et la valeur. Il est clair également que si le mal était déjà grand, mais tolérable, pour l'industrie et le commerce, il peut devenir insupportable pour l'agriculture, parce que les nouveaux accidents sont disséminés, loin du médecin et de tout contrôle.

Mais, est-ce à dire qu'il faut s'arrêter là, et, ayant vu le danger, s'endormir et rêver que quelque dieu viendra inoculer aux médecins ruraux le sérum du désintéressement ?....

A la Commission parlementaire d'assurance sociale, on ne l'a pas pensé, et quelqu'un a dit ceci : « Des avocats et des médecins, chacun pense ce qu'il veut ; quelques personnes en pensent beaucoup de bien, mais elles sont rares. Toujours est-il que la plupart les mettent, si j'ose dire, dans le même sac. Il y a même des gens qui prétendent qu'en mettant dans ce sac un médecin et un avocat, et en y fouillant ensuite au hasard, on est sûr de ramener une canaille ... Mais comme ces gens malveillants mettent aussi dans ce même sac un magistrat, et formulent encore la même prétention nettement diffamatoire, il n'y a pas à s'y arrêter... Quoi qu'il en soit, il est certain que l'opinion — plus ou moins respectueuse — ne distingue pas beaucoup les chats fourrés des maîtres mirs.

Puisqu'on plaide et qu'on meurt et qu'on devient malade,
Il faut des médecins, il faut des avocats...

dit La Fontaine.

Or, la loi de 1898 a déjà trouvé un moyen radical de rogner les griffes de Grippeminaud ; elle les a même rognées, si j'ose dire, au ras du poil, puisque tout accidenté du travail a l'assistance judiciaire de droit, et qu'il s'ensuit que l'avocat plaide, mais ne reçoit *rien*. — Rien, ce qui n'est pas beaucoup, dit Panurge.

Pourquoi donc l'assimilation que faisait déjà La Fontaine n'entrerait-elle pas dans les vues du législateur ? Et pourquoi la Loi, qui a poussé d'un seul geste la masse des accidentés dans les cadres de l'assistance judiciaire ne la ferait-elle pas entrer aussi dans la sphère de l'assistance médicale ?...

Notez d'ailleurs que ceci n'irait pas à demander au corps médical un héroïsme dont les barreaux des grandes villes donnent pourtant l'exemple — et Dieu sait si les pauvres stagiaires en pâtissent — car il est entendu que quand un avocat plaide pour un indigent, il ne touche rien, pas même le remboursement de ses timbres-poste, mais que, quand un médecin ausculte un assisté, il est payé dans les conditions réglementées par la loi de 1893. Or, quelles sont-elles ? — Chacun le sait : variables d'un département à l'autre, basées tantôt sur un abonnement, le médecin touchant souvent 2 francs par tête d'assisté et par an, ou 1.200 francs par an, ou 0 fr. 10 par tête d'habitant, tantôt sur un tarif à la visite et au kilomètre, elles se résument toujours en la certitude, pour tout médecin d'assistance, de recevoir au bout de l'année un *certain fixe* sur lequel il lui est fort agréable de compter. Et c'est pourquoi — à part quelques effervescences dont je parlerai un de ces jours, comme la grève récente des médecins de la Somme — en général, les choses ne vont pas mal, les assistés sont soignés, et ces soins ne sont pas très coûteux. C'est ainsi, par exemple, qu'il y avait, en 1896, — c'est M. Monod, qui le dit — environ 2.047.000 assistés, qui ont coûté 4.627.000 francs, ce qui reviendrait, si l'on estime le salaire moyen à 600 francs, à une prime annuelle de *quatre-vingts centimes pour cent des salaires* (les assistés étant environ 4 % de la population totale.)

Si donc la loi faisait des accidents du travail des *assistés de droit*, au point de vue de la médecine, comme elle l'a fait au point de vue des procès, on a le droit de dire que la prime d'assurance des frais médicaux pourrait osciller autour de quatre-vingts centimes pour cent des salaires ... et alors, nous serions très loin des craintes exprimées par les assureurs, et la pierre d'achoppement que nous avons trouvée sur la route du projet se réduirait à un petit grain de sable.

En tout cas, l'idée est maintenant lancée. Il est possible que les médecins présentent quelques observations. La Commission les examinera avec le plus grand soin ; mais elle veut aboutir. Or, elle constate que l'assimilation de l'accidenté à l'assisté dissipera le fantôme de la trop lourde charge pour l'agriculture.

La Chambre dira s'il vaut mieux faire loyalement cette assimilation et avoir, pour soigner les accidentés ruraux, des médecins appointés forfaitairement et sûrement, ou continuer à se débattre dans l'anarchie et l'injustice où nous pataugeons depuis dix ans.

Emile CHAUVIN,

Rapporteur de la commission d'assurance et de prévoyance sociales. Agrégé des Facultés de Droit.

Laissons de côté le fait que la proposition qui a fait surgir cet article est de M.Paul Beauregard, défenseur connu de bien des monopoles et que M. Chauvin la soutient peut-être comme la corde soutient le pendu ; négligeons les plaisanteries archaïques qui ne doivent pas nous émouvoir ; passons sur les statistiques et appréciations petit-jeannesques qui seront pesées en leur temps, nous y comptons bien ; constatons sans malice que l'éminent rapporteur qui signe de ce titre n'a rien lancé ni inventé puisque l'article 4 de la loi de 1898 avait déjà fait cette trouvaille : « Tous les assurés seront classés indigents devant le médecin » ; excusons le même d'avoir oublié que, depuis ce temps, les deux chambres ont courageusement réparé cette faute commise la veille d'une période électorale ; ne discutons pas sur la valeur des documents pris en matière d'assistance médicale (année 1896 ! premier rapport Monod ! !) ; passons condamnation, en un mot, sur toutes les fantaisies qui émaillent cet article et semblent avoir été accumulées là pour frapper l'esprit d'une clientèle profane de lecteurs... ou pour provoquer des ripostes écrasantes.

Et alors, si nous retenons seulement de tout

cela le fond et les intentions apparentes, M. Emile Chauvin ne s'étonnera pas que nous lui demandions ceci : « Où voulez-vous en venir ? Précisez ».

L'intention de faciliter l'organisation de l'assurance agricole est excellente : elle est d'ailleurs commune au corps médical et au Parlement.

Mais qui la fera ?

Vous seriez peut-être fondé à faire appel à notre héroïsme (ne serait-ce qu'en vertu de nos résignations passées, pour critiquables qu'elles soient peut-être) si les budgets des communes, des départements et de l'Etat devaient assurer ce nouveau service. Seulement, vous ne poursuivez pas ce but, ou, du moins, vous n'oseriez sans doute pas l'avouer au moment où la simple assistance des vieillards ne parvient qu'au milieu de tant de peines et de récriminations à trouver dans ces budgets les minuscules crédits dont elle a besoin.

Avec la logique radicale socialiste, vous avez peut être dû songer plutôt à charger la Caisse d'assurances de l'Etat de la création nouvelle. Hélas ! nous savons comme vous que la situation financière ne le permet guère à cette heure, mais supposons que vous vous soyez arrêté à cette idée. Alors nous dirons à Monsieur l'assureur que vous devenez : « Calculez vos primes en proportion de vos charges. Si elles atteignent un chiffre trop élevé, atténuez-le par subventions prises au budget général, à cette résultante de l'apport de toute notre société française, de tous les contribuables. Mais ne commettez pas l'iniquité d'imposer à une seule profession ce qui doit venir de l'effort de tous ». Et cette réponse vous n'êtes pas sans l'avoir prévue et redoutée. « Aussi, dans votre article, il n'est pas même fait allusion aux deux hypothèses que nous venons d'envisager et qui, l'une ou l'autre, comporteraient au moins l'excuse d'avoir parlé, sans examen des répercussions, au seul point de vue de l'intérêt général.

« Vous avez été préoccupé uniquement de l'assurance agricole s'organisant par les rouages actuels, dont la plupart sont des collectivités qui en feront bénéfice. Et c'est au nom des intérêts de ce genre que vous venez, vous, un apôtre de la justice sociale, faire appel à la tyrannie d'une Commission et de la Chambre, en faveur des forts contre les faibles, des riches contre les pauvres ! Non ! Vous ne devez être qu'un porte-parole dispensé de la conviction. »

Il est possible, dit M. E. Chauvin, que les médecins présentent quelques observations. Délicieux euphémisme ! En effet, cela est possible et n'étonnera personne. Taillés et rognés au *ras du poil*, nous ne pouvons pas nous laisser écorcher tout vifs sans au moins crier un peu fort.

Nous savons même que le Rapporteur de cette Commission qui risque d'être dénommée désormais d'*assistance sociale*, a déjà reçu de vives protestations de nos lecteurs et nous avons celle-ci sous les yeux.

Oyonnax, le 28 février 1908.

A Monsieur Emile CHAUVIN,

Rapporteur de la Commission d'assurance
et de prévoyance sociales.
Agrégé des facultés de Droit.

Monsieur,

Vous avez fait paraître dans l'*Action* du 9 février un article concernant les médecins dans leurs rapports avec les accidentés du travail.

J'ose espérer que vous voudrez bien m'accorder le droit de réponse et je m'adresse à votre grande courtoisie pour faire insérer ma lettre.

Imitant M. Villemin et M. Petitjean, vous malmenez quelque peu le corps médical. Vous laissez entendre que les médecins sont des gens coûteux au point de vue assurance ; vous affirmez, répétant les dires de M. Petitjean, que nous savons exploiter au mieux le tarif Dubief ; vous citez des statistiques, de ces bonnes statistiques à qui l'on fait dire ce que l'on veut, selon lesquelles les frais médicaux coûtent plus cher que les indemnités et les rentes allouées aux victimes d'accidents du travail ; plus loin, vous parlez de médecins embusqués à la porte des usines pour racoler les blessés et leur proposer des marchés qu'en bon français on appelle escroqueries ; et, après une allusion aux médecins marrons, vous souhaitez la découverte du sérum du désintéressement pour l'appliquer à ces bons docteurs.

Sûrement, votre bonne foi a été surprise par les *racontars* de M. Villemin et *tutti quanti* ; car vous ne faites pas la preuve réelle de vos allégations. Au reste, de quel droit insulte-t-on, depuis quelque temps, le corps médical tout entier ? Dans l'article du *Temps*, M. Villemin parle des agissements des médecins marrons : jusqu'à plus ample informé c'est friser la diffamation que de faire de telles allégations sans en apporter les preuves à l'appui. Eh bien ! moi, je prétends que cette campagne a été fabriquée de toutes pièces pour les besoins de la cause des compagnies d'assurance. Je ne parle pas du rôle douteux joué par le Dr Lapointe, qui prête son concours pour attirer un confrère dans un traquenard : pourrait-il me dire si, comme chirurgien des hôpitaux, il peut faire le diagnostic de la douleur lombaire traumatique vraie ou simulée, surtout lorsqu'un bulletin du patron déclare qu'il y a eu accident ? Mais passons.

Ce qui me fait dire que toutes ces histoires ne sont que des coups montés, c'est que, si jamais un praticien avait fait quelque irrégularité, oh ! quelle bonne aubaine pour les compagnies d'assurances, qui, heureuses de pouvoir citer des faits précis et d'y accoler le nom de leurs auteurs, iraient, de partout, colportant la forfaiture médicale. Eh bien ! s'ils existent ces médecins marrons, dévoilez leurs noms au grand jour, nous serons les premiers à vous en remercier, car leurs agissements, relatés par M. Villemin, s'appellent escroqueries et tombent sous le coup des lois ; mais je ne reconnais à personne le droit de m'insulter sans motifs valables, puisqu'on a l'air de prétendre que tous les médecins sont quasi des voleurs.

Si, parmi nous, il y en a qui ont failli, soyez sans pitié ; mais vous m'accorderez bien que ce n'est pas parce qu'il y a eu un Ullmo que tous les marins de France sont des traîtres à leur patrie ?

Au fait, on a peut-être raison de lancer ces attaques contre le corps médical et ce faisant, on lui rend un bien grand service : jusqu'alors, désintéressé et dévoué parfois même au sacrifice de sa vie, le médecin n'avait pensé qu'à la *Fraternité* : grâce aux attaques auxquelles il est en butte, le tiers-état médical fera son 1789 en réclamant la *Liberté* et l'*Egalité*. Peu à peu conscient de sa force, puisque certains voient en lui un agent électoral de premier ordre, au moment opportun, il saura se souvenir.

A la fin de votre article, vous montrez, Monsieur, le désir de voir les accidentés du travail agricole être inscrits à l'assistance médicale gratuite. Le médecin, dites-vous, est heureux de toucher un fixe. Il en est tellement heureux que, si vous suiviez d'un peu près le mouvement actuel, vous verriez que nous réclamons l'abolition du fixe pour le remplacer par le tarif à la visite et le libre choix du médecin : c'est juste le contraire de ce que vous avancez.

Vous parlez d'effervescences locales au sujet de cette assistance ; mais que l'on nous donne le pouvoir de faire respecter les lois ; ainsi, à Oyonnax, jamais un médecin n'a pu obtenir l'application de la loi du 15 juillet 1893. « Cela nous coûterait trop cher, nous

répond la commune, soignez les pauvres pour rien ». Et il y a 10.000 habitants.

Je comprends qu'à ce prix, les compagnies d'assurances vont saisir avec empressement votre proposition : elles suivront l'exemple des communes et payeront au même tarif qu'elles.

Vous faites, à notre endroit, une comparaison *a priori* très séduisante en disant qu'à l'instar des avocats stagiaires, qui plaident gratuitement pour l'assistance judiciaire, nous devrons en faire autant pour les blessés du travail. Entendez-vous par là que, pour suivre toujours votre comparaison, nous aurions à faire nos essais sur le dos de ces ouvriers, ceux-ci étant confiés, comme au Palais, aux débutants de la profession ?

Vous oubliez, Monsieur, que le stagiaire peut perdre une cause sans grand dommage ; en est-il de même pour nous ?

Vous passez aussi sous silence que le praticien expose parfois sa vie en pansant une plaie ; les piqûres anatomiques, les phlegmons, ne sont pas rares chez nous, ni, hélas, les victimes du devoir.

Vous parlez d'abus de visites à la campagne : qu'ils viennent donc un peu avec nous, ceux qui racontent cela ; nous les emmènerons avec nous, en traîneau, par la neige que nous avons encore pour un mois et ils nous diront si la course peut être faite comme partie de plaisir. Ils nous verront aussi payer nos voitures et pourront apprécier ce qu'il nous reste tous frais payés. Oui, quand on habite Paris, on peut dauber sur la rapacité du médecin de campagne : eh bien ! Messieurs ! qui accepte mon invitation de vivre deux jours de ma vie ?

Quel sera le bénéficiaire de votre proposition ? L'ouvrier ? non, car les soins seront toujours les mêmes. Le patron ? sa police n'en sera pas diminuée quoi qu'on puisse promettre, car, par définition, toutes les compagnies courent à la faillite alors que leurs actions ont un cours des plus soutenus et que, si le métier était si mauvais, on ne verrait pas tous les jours se créer de nouvelles compagnies.

Votre proposition serait, à mon humble avis, une bonne affaire pour les compagnies et pour elles seules.

Au fait, généralisons votre idée et plaise au Parlement de décréter que quiconque aura eu le bonheur d'être victime d'un accident du travail sera sacré (les sauvages disent Tabou) ; il aura droit à aller chez le boulanger ou le boucher et, gratuitement, il aura les fournitures dont il aura besoin ; mais on pourra inscrire aussi sur la liste d'indigence, le médecin qui, n'étant plus marron, sera privé du gagne-pain, qu'il s'octroie d'après vous aux dépens des compagnies d'assurances.

L'âge d'or sera enfin revenu lorsqu'on aura pu rétablir l'ancien médecin à forfait, disent les assureurs. Heureusement que, d'ici là, le corps médical aura proclamé, par le deuxième Congrès des Praticiens, sa ferme volonté de poursuivre l'abolition de tous les forfaits et j'aime à croire que l'on voudra bien en tenir compte.

Veuillez, Monsieur, excuser une aussi longue réponse et agréer l'assurance de la considération très distinguée d'un humble médecin de campagne.

Dr Boudin.

Mais rassurons un peu ceux de nos amis qui seraient émus à l'excès de tous ces *excès* de fantaisie des parlementaires en mal d'assurance à bon marché.

De même que M. Paulet avait, l'autre jour, jeté une douche opportune sur les emballements d'une fin de banquet d'assureurs, de même, le sympathique Directeur de l'assistance, M. Mirman, est allé, le jeudi 27 février, empêcher de danser en rond les membres de la Commission, dont M. Chauvin est le rapporteur, convaincu ou non, de ce qu'il écrit dans l' « *Action* ».

Nous lisons, en effet, dans le *Temps* du 27 février :

Assurance et prévoyance sociales

La commission d'assurance et de prévoyance sociales, réunie sous la présidence de M. Guieysse, a entendu M. Mirman, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques, sur la proposition de loi de M. Paul Beauregard concernant la responsabilité des accidents agricoles.

M. Mirman a donné des explications très détaillées au sujet de l'article 4 de cette proposition qui dispose que les médecins de l'assistance médicale gratuite seront tenus de donner leurs soins aux victimes d'accidents.

M. Mirman a demandé à la commission de ne point mêler la question des soins médicaux à donner aux victimes d'accidents du travail à l'application de la loi de 1893 *sur l'assistance médicale gratuite.*

Au début de la séance, la commission avait entendu le directeur général de l'enregistrement sur le projet de loi adopté par le Sénat, ayant pour objet de modifier l'article 5 de la loi du 12 avril 1906 en ce qui concerne la contribution imposée aux exploitants non patentés pour l'alimentation du fonds de garantie institué par la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail.

Et maintenant, comme il faut bien, à tout âge, quand on est médecin, se résoudre à voir certains *dessous*, quoiqu'en proteste M. le Pr Debove, disons à nos confrères que nous apprenons la convocation pour le 6 mars de la Commission de révision du Tarif Dubief.

Lecteurs, concluez.

CHRONIQUE DU SOU MÉDICAL

Epilogue de l'affaire de l'hôpital de la Loupe.

La décision du tribunal de paix de la Loupe, *que nous avons publiée et commentée dans le* no 8 du *Concours médical* du 23 février, et par laquelle l'établissement hospitalier a été condamné à payer les honoraires d'un chirurgien étranger que le médecin d'hôpital avait été obligé de mander d'urgence pour pratiquer, sur un blessé du travail, une opération d'amputation de cuisse dont le salut du malade dépendait, — a eu un grand retentissement dans le département d'Eure-et-Loir. Tous les journaux qui avaient rendu compte des débats ont commenté la décision ; et la conclusion, en général, fut que l'article 4 de la loi de 1898-1905 aboutissait à des résultats aussi contraires aux droits des ouvriers qu'aux intérêts des petits hôpitaux, et par conséquent des indigents.

Mais d'autres conséquences se sont produites.

Et tout d'abord, les membres de la commission administrative envoyèrent leur démission au préfet. Ils prétendirent que le jugement portait atteinte à leurs attributions, du moment où il était décidé que le médecin de l'hôpital avait le droit, en cas d'urgence, sans se prémunir de l'autorisation de l'ordonnateur ou du président de la Commission, d'engager des dépenses qui devaient grever le budget hospitalier.

M. Viollette, député de Dreux, dans un article

de son journal l'*Action et le Réveil* a appouvé la décision en ce qu'elle a reconnu le pouvoir du médecin, en qualité de chef du service médical, d'engager les dépenses nécessaires pour que les malades reçoivent le traitement ou subissent les opérations chirurgicales que nécessite leur état, sans que l'autorisation préalable de la commission soit nécessaire dans les cas urgents, et il refuse même à la commission, dont les attributions sont « *administratives* », comme son nom l'indique, le droit de s'opposer à une mesure que le médecin, sous sa responsabilité de chef du service *médical*, juge nécessaire au salut d'un malade ou à l'amélioration de son état.

La commission administrative de la Loupe se trompe sur l'étendue de ses droits, en donnant sa démission, sous prétexte qu'il y aurait été indûment porté atteinte.

Quant aux médecins figurant dans le procès, qu'ont-ils fait après le jugement ?

Et d'abord, le chirurgien, docteur Foisy : satisfait d'avoir fait juger, avec l'appui du « Sou médical », une question de principe et d'avoir ainsi démontré l'insuffisance du texte de l'art. 4 et les dangers qu'il présente tant au point de vue des malades hospitalisés que du budget des petits hôpitaux, a tout simplement fait cadeau à l'hôpital de la Loupe, dont il sait le budget fort modique, de sa créance de 130 fr. reconnue par le tribunal.

En même temps il adressait à la Commission la lettre suivante :

« Monsieur le président et Messieurs les membres de la commission administrative de l'hôpital de La Loupe :

« Je viens d'apprendre que le juge de paix a condamné l'hôpital de La Loupe à payer les honoraires que j'ai réclamés pour l'amputation pratiquée sur un accidenté du travail.

« Mon but n'étant pas de distraire la moindre obole du bien des pauvres, j'ai l'honneur de vous informer que je fais abandon de la somme que le jugement du 4 février a mise à votre charge.

« L'intention qui m'a guidé en intentant cette action en paiement d'honoraires est la suivante :

« Démontrer, d'une façon péremptoire, que la loi de 1898 sur les accidents du travail, en ce qui concerne la fixation du prix de journée dans les hôpitaux, est une loi injuste, je dirai plus, inique.

« Les hôpitaux sont destinés à soigner les indigents. Les accidentés du travail ne sont pas des indigents. Ils ont un patron responsable qui, lui-même, a d'ordinaire pour répondant une Compagnie d'assurances riche.

« La loi actuelle oblige l'hôpital à soigner les accidentés du travail pour 3 fr. par jour *tout compris*.

« Or, nous soutenons que ces 3 francs par jour, *tout compris*, sont insuffisants pour payer les dépenses de produits pharmaceutiques, d'objets de pansements, de stérilisation, etc., nécessités par les opérations ou par les pansements faits aux blessés.

« Nous pourrions vous citer maints exemples. En voici un qui est typique :

« Il y a quelques mois, un employé de la gare de Châteaudun est tamponné par une rame de wagons. On le transporte à l'hôpital. Quatre médecins lui prodiguent leurs soins une partie de la nuit pour panser ses blessures et lui amputer la cuisse. Le blessé succombe le lendemain.

« Les frais de médicaments et d'objets de pansements se sont élevés à 50 fr. La compagnie d'Orléans a payé deux journées à 3 francs, soit 6 francs. Pour solder la différence il a donc fallu recourir à la caisse de l'hôpital.

« Dans le cas qui vous concerne, il est certain que les 3 francs par jour que vous a versés la compagnie d'assurance sont totalement insuffisants pour couvrir les frais que votre amputé vous a occasionnés pour pansements et autres dépenses.

« Le jugement actuel les augmente encore en mettant à votre charge les honoraires du chirurgien. C'est donc sur le bien des pauvres, sur les sommes que vous devez à de généreux donateurs et qui étaient destinées à secourir les indigents, que vous devez faire un prélèvement pour soigner les accidentés du travail,

« Est-ce bien là le but que se proposaient les auteurs des legs charitables fondés en faveur de votre établissement ?

« Assurément non.

« La loi de 1898, en ce qui concerne l'hospitalisation de cette catégorie de blessés, est une loi inique et qui a besoin d'être revisée.

« C'est la conclusion à tirer du procès de La Loupe. C'est la démonstration que vous voulions faire.

« Veuillez agréer, etc.

De son côté, le Dr Thomas contre lequel la commission administrative avait plaidé avec une âpreté peu explicable, n'a pas voulu que les pauvres et le budget hospitalier eussent à supporter les conséquences d'une disposition malheureuse de la loi. Il a adressé au maire de la Loupe, président de droit de la Commission administrative, la lettre ci-après :

Monsieur le Maire,

Vous trouverez sous ce pli cent francs destinés à couvrir une partie des frais que devra supporter l'hospice.

J'estime, d'accord en cela avec vous, j'espère, que les malheureux ne doivent pas souffrir des difficultés avec lesquelles l'administration peut parfois se trouver aux prises.

Agréez, Monsieur le Maire, l'expression de mes sentiments très distingués.

Dr Thomas.

Le maire, cela va sans dire, a accepté avec reconnaissance ces libéralités, par une lettre de remerciements rendue publique.

Les voilà bien, ces médecins que les compagnies représentent comme si apres au gain qu'ils menacent l'équilibre de leurs budgets et le chiffre des dividendes qu'elles distribuent à leurs actionnaires, après gavage de leurs états majors !

Et la Compagnie d'assurances, me direz-vous ? Sans doute, elle n'a pas voulu être la seule à s'enrichir, non du bien des pauvres, puisque les médecins n'ont pas voulu qu'il fût touché à ce patrimoine sacré, mais du labeur médical qui profitait à elle seule ?

Qu'a-t-elle fait ? qu'a-t-elle dit ?

Rien. Silence complet.

Les Compagnies d'assurances empochent, mais ne décaissent.... que quand elles ne peuvent pas faire autrement.

Les assurés en savent quelque chose, lorsque, ayant versé des primes pour recevoir une indemnité en cas de sinistre, ils se voient opposer des déchéances blotties dans le maquis de statuts pour la compréhension desquels il faut avoir fait des études de droit approfondies.... et posséder une loupe suffisamment puissante pour déchiffrer des caractères ridiculement exigus.

Notre Compagnie à laquelle était assuré l'entrepreneur, partie au procès, s'appelle « La « Providence » O ironie ! Elle fait songer à cette actrice demi-mondaine qui fut surnommée « la Petite Sœur des riches ». Elle est « la Providence des actionnaires ».

G. G.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Réflexions d'un vieux praticien.

Me voici arrivé au moment où les années me forcent à abandonner la vie active et à jouir, un peu à regret, de cet *otium cum dignitate* non moins cher au médecin qu'au poète, et après lequel malheureusement trop de confrères soupirent en vain ; le *Concours* a bien voulu m'offrir un coin dans ses colonnes, pour utiliser mes loisirs forcés — j'accepte, heureux si je puis, dans une mesure bien faible, exprimer à notre cher journal ma reconnaissance pour tout le bien qu'il a fait depuis un quart de siècle, et si ses lecteurs veulent bien suivre jusqu'au bout les radotages d'un vieux praticien.

Par quoi commencerais-je sinon par la question d'actualité brûlante, celle des Compagnies d'assurances-accidents ?

Et tout d'abord je dirai le plaisir que m'a fait la note insérée dans le dernier numéro du *Concours*. J'ai reconnu une fois de plus là mon vieux *Concours*, quand je l'ai vu réclamer la lumière, inviter ses adversaires à s'associer à lui pour séparer l'ivraie du bon grain, pour déclarer que le racolage ne constitue pas l'idéal des honnêtes gens.

Prostituées libres, prostituées en cartes — toutes font également le trottoir, et les protecteurs des unes ne valent pas mieux que les souteneurs des autres.

Comment me suis-je trouvé en rapports avec les Compagnies d'assurances ?

C'était il y a quelque vingt ans : je me souviens qu'un de mes clients vint me consulter pour une plaie infectée qui n'en finissait pas de guérir — mais comment, diable, lui dis-je, venez-vous me montrer cela si tardivement ?

— C'est que j'ai dû me faire soigner par le médecin de l'assurance.

— ?

J'appris alors que, quelques mois auparavant, était venu s'installer à l'hôtel du canton un homme au verbe haut, à la face rubiconde, tout rond d'allures, qui avait commencé par payer d'abondantes tournées, continué par de copieux déjeuners et fini par enrôler dans la Compagnie d'assurances qu'il représentait un très grand nombre de cultivateurs auxquels il avait persuadé, avant même le vote de la loi sur les accidents du travail, que, pour se soustraire à l'écrasante responsabilité qui d'ores et déjà les atteignait, ils devaient s'assurer. Du même coup, il avait désigné comme seul médecin un pauvre confrère dévoyé, son commensal habituel, auquel il avait attribué une circonscription de trente kilomètres de rayon pour le moins.

Ce confrère ne se tuait pas — six francs par accident avec un léger supplément pour les *cas graves*, il n'y avait pas de quoi provoquer une activité dévorante — de telle sorte que, en peu de temps, plusieurs clients me revinrent après avoir été le consulter.

Je crus devoir, confraternellement, lui signaler ce qu'il y avait d'incorrect dans le fait d'accaparer toute la chirurgie des accidents dans la clientèle de ses voisins — il ne comprit pas. Il est mort, paix à sa cendre ! D'ailleurs, juste retour des choses, il n'a jamais touché un centime de la compagnie qui l'avait choisi ! !

En même temps, je crus devoir faire près de mes clients la propagande convenable en pareil cas, et bientôt la compagnie, qui, d'ailleurs tombait en *décomposition*, n'eut plus un assuré.

Mais le branle était donné et d'autres compagnies surgirent ; toutes ou à peu près voulurent agir de même, choisir leur médecin, l'imposer. Elles ne réussirent pas dans ma région parce que nous refusâmes, mais ce ne fut pas de bon gré qu'elles acceptèrent cette situation.

Toutes me dépêchèrent leurs agents :

— Je suis, Monsieur le docteur, le représentant de la Compagnie Y.

— Très bien, monsieur.

— Nous vous connaissons — ici un compliment bien senti sur les mérites que je pouvais avoir ou ne pas avoir — et je viens, au nom de ma Compagnie, vous demander de vouloir bien être son médecin.

— Non, monsieur.

— Mais.... Vous ne connaissez pas nos conditions.

— Et ne veux pas les connaître. Voici les miennes : jamais je ne consentirai à soigner un blessé hors de ma clientèle et j'ignorerai toujours s'il est ou non garanti par une assurance, je *lui* donnerai les certificats qu'il pourra me demander, je le soignerai de mon mieux et ne lui réclamerai jamais un centime de plus que si lui seul devait m'honorer. Voilà Monsieur.

— Nous regrettons beaucoup.... nous aurions été heureux.... etc., etc....

En somme, j'ai soigné tous les accidentés, j'ai fait des certificats pour toutes sortes de Compagnies, j'ai toujours été réglé des honoraires que je demandais ; à peine ai-je dû rappeler deux ou trois fois aux convenances des agents qui me paraissaient s'oublier ; je n'ai jamais eu de difficultés sérieuses.

Mais je conviens bien volontiers que je me suis trouvé dans une situation exceptionnelle, que mon indépendance, mes bonnes relations avec mes voisins, m'ont singulièrement facilité mon attitude, et, sans regarder bien loin, j'ai pu voir entre médecins et compagnies la paix armée, les relations tendues, l'hostilité sourde quand ce n'était la guerre ouvertement déclarée.

Ce que je n'ai pu comprendre, c'est que les Compagnies n'aient jamais paru se rendre compte que la responsabilité d'un tel état de choses leur incombait, qu'elles avaient tout fait pour s'aliéner le corps médical. Comment, elles sont arrivées sans crier « gare », apportant le désordre dans nos habitudes, la discorde entre confrères, troublant nos clientèles, ravalant nos honoraires.... et elles s'étonnent de n'avoir pas été accueillies à bras ouverts !

Le hasard m'a fait rencontrer plusieurs des grands directeurs des compagnies : tous m'ont paru avoir la même mentalité, leurs arguments sont les mêmes.

« Nous assurons, disent-ils, au médecin, le paiement d'honoraires qu'il ne toucherait pas, — n'est-il pas juste qu'il nous fasse des concessions ? D'autre part, c'est nous qui payons, nous avons bien le droit de choisir nos médecins ».

Et je les surprenais lorsque je leur répondais qu'à la campagne, la chirurgie était à peu près toujours payée et convenablement payée parce que le paysan comprend alors le service rendu : tel qui eût jeté les hauts cris pour une note de 120 francs à la suite d'une fièvre typhoïde payait 200 francs sans sourciller pour une fracture de jambe. Et, les compagnies nous offrant 46 francs, nous ne serions pas reconnaissants ?

Quant au droit supérieur du blessé de se faire soigner par son médecin habituel, par celui qui

a sa confiance, c'est pour eux une plaisanterie, une invention des médecins ; le blessé, c'est leur chose, ils en peuvent disposer à leur gré ; c'est la matière qui doit produire les dividendes !

Ils n'ont pas compris, ils ne comprendront jamais.

Comble de la naïveté..... si ce n'était celui de la roublardise !

II

Si je me suis attardé à conter par le menu mes relations personnelles avec les compagnies d'assurances, c'est que je voulais montrer que, n'ayant pas été directement mêlé à la lutte, je pouvais examiner la question sans passion et la juger, ce me semble, avec quelque impartialité.

L'âme de la loi nouvelle, c'était naturellement le médecin : il était appelé non pas seulement à donner ses soins à l'ouvrier blessé, mais encore à déterminer la durée de l'incapacité de travail. Egalement écouté, également respecté de tous, il jouait le rôle d'arbitre entre les intérêts opposés : il pouvait rappeler le blessé au sentiment du devoir ou lui relever le moral, selon que celui-ci pouvait manifester quelque tendance à la carotte ou s'abandonnerait à l'influence de la traumatose chère à Brissaud ; il pouvait aussi faire appel aux sentiments de pitié, d'humanité du patron s'il le jugeait trop dur, etc.

Mais pour cela, il fallait jalousement conserver au médecin son indépendance et ne pas chercher à le domestiquer.

Si seuls, ouvrier, patron et médecin s'étaient personnellement trouvés en présence, la chose n'eût pas souffert de difficultés, car on ne fait pas appel en vain chez l'homme à ses meilleurs sentiments. Mais les collectivités étaient en jeu ; il y avait des sociétés capitalistes industrielles, des sociétés ouvrières en rivalité d'intérêts — c'était déjà plus difficile, pourtant l'entente n'eût pas été impossible : il y aurait eu certainement des difficultés locales, mais la crise ne fût pas devenue générale.

C'est l'intervention de nouvelles collectivités capitalistes, les sociétés d'assurances, qui amena la brouille générale. Pour elles, pas de sentiments, les affaires sont les affaires : il fallait réaliser de gros bénéfices, faire monter le cours des actions, distribuer des dividendes importants — pour cela tous les moyens étaient bons, et les préférences de l'ouvrier, l'indépendance du médecin ne devaient guère compter à leurs yeux.

Leur conception fut d'une extrême simplicité : s'attacher un médecin par l'appât du nombre des blessés qui compenserait une rémunération dérisoire, le maintenir dans une dépendance perpétuelle, par la peur d'une révocation *ad nutum* — c'était le moyen de faire prévaloir leurs intérêts en toutes circonstances. Elles n'y manquèrent pas.

Mais il arriva fatalement ce qui devait arriver. le corps médical se révolta et les groupements ouvriers se joignirent à lui pour réclamer impérieusement la liberté du choix de son médecin par le blessé, et le Parlement ne put que concéder cette liberté qui fut inscrite dans la loi.

Par contre, les assureurs réclamèrent un tarif uniforme, et le Parlement, mal éclairé, leur donna raison contre le corps médical, qui entendait appliquer le tarif ouvrier régional, c'est-à-dire le droit commun.

Cette concession d'un tarif fut une chose fâcheuse : la médecine ne s'exerce pas dans les mêmes conditions au nord et au sud, à l'est et à l'ouest ; tel prix, acceptable dans une région, ne l'est pas dans une autre — et, lorsque la commission chargée d'élaborer ce tarif se réunit, les assureurs opposèrent toujours aux chiffres proposés des chiffres inférieurs. Ils trouvèrent même le moyen de faire endosser à la commission des décisions qu'elle n'avait peut-être pas prises : on se souvient du tour de passe-passe signalé par M. Rocheblave grâce auquel les visites antérieurement tarifées *deux francs* furent, dans une foule de localités, ramenées à *un franc* cinquante.

Une situation tolérable eût pourtant encore pu s'établir, pour un certain temps au moins, si les décisions prises avaient été acceptées sans arrière-pensée et si l'on avait voulu en faire un essai loyal, mais les assureurs s'efforcèrent de reprendre de la main gauche ce qu'ils avaient paru concéder de la main droite.

En dépit de la loi, ils entamèrent une campagne en règle contre le principe du libre choix du médecin par le blessé : tout ce que la rouerie, la duplicité, la mauvaise foi leur pouvaient suggérer elles le mirent en œuvre. On créa aux blessés qui ne recouraient pas aux médecins officiels toutes les difficultés possibles, on fit traîner leurs affaires en longueur, on les enleva même de force de leur domicile. En même temps on contestait systématiquement les honoraires des médecins libres, on leur suscitait des expertises ruineuses, on les dénigrait de toutes façons.

Ce fut la guerre, avec ses conséquences et ses excès. Exaspérés par ces agissements des compagnies, quelques médecins s'oublièrent peut-être, et à des procédés pour le moins immoraux répondirent par des actes qui ne valaient pas mieux. La chose s'explique peut-être, mais elle ne saurait s'excuser, et, tous, nous devons la regretter profondément.

Je sais bien que les compagnies auront beau s'agiter, qu'elles ne pourront faire rejaillir sur tout le corps médical les fautes de quelques rares individualités — il n'en sera pas moins pénible, aux justes accusations qui seront portées contre elles, d'entendre répondre par des faits qu'il sera impossible de récuser.

Jamais, à mon avis, la situation n'a été plus grave : la commission ministérielle va se réunir incessamment et les Compagnies ne reculent devant rien pour l'influencer par avance ; le Parlement est travaillé en vue de l'abolition du libre choix du médecin ; les tribunaux sont circonvenus par des experts habilement recrutés ou des greffiers qui sont souvent agents d'assurances ; la presse quotidienne est réquisitionnée et ses colonnes sont à la disposition des défenseurs des coffres-forts.

N'est-ce pas suffisant et verra-t-on de plus le Corps médical, grâce à des insinuations savamment propagées, se diviser lui-même et assurer sa défaite ?

Le Groupe médical parlementaire, m'assurait-on, est chancelant — j'avoue n'avoir jamais, pour ma part, mis en lui une absolue confiance ; pour son honneur, je veux croire pourtant qu'il ne passera pas à l'ennemi.

Mais la masse honnête des praticiens, elle, ne capitulera pas : si elle a le devoir de repousser toute solidarité avec des hommes dont elle réprouve les agissements et qui ne sauraient la compromettre, elle a aussi le devoir de conserver intact le patrimoine médical et de résister aux efforts de la ploutocratie qui prétend tout dominer. A cette campagne acharnée qui se mène en ce moment contre le corps médical libre et indépendant, elle doit opposer une phalange serrée contre laquelle toutes les attaques viendront se briser.

Sur tous ces faits, quels qu'ils soient, elle réclamera la lumière complète : rien ne saurait rester dans l'ombre, et, s'il y a lessive de linge

sale, on verra bien qui se trouvera le plus éclaboussé.

III

J'entends que, pour un juge désintéressé et impartial, certains ont dû se dire que je ne me suis pas montré jusqu'ici précisément tendre pour les compagnies d'assurances. Je n'en disconviens pas : c'est qu'elles me paraissent, dans la lutte, avoir été les premières à dépasser la mesure, c'est que leur éternelle prétention, dans un seul intérêt pécuniaire, à la domestication du médecin, me semble une véritable monstruosité, c'est qu'enfin leur situation financière leur permet d'user de moyens qui ne sauraient être à notre portée. L'argent n'est pas tout, que diable !

Mais revenons à la question des honoraires médicaux, la seule qui mérite d'être discutée.

J'ai dit que l'adoption d'un tarif uniforme avait été une chose fâcheuse, c'est d'elle, en effet, qu'ont découlé bien des difficultés.

Les tarifs locaux laissaient au médecin toute appréciation sur la situation de son client, sur la gravité des cas, les difficultés de l'intervention : il ne pouvait songer à demander à l'ouvrier des honoraires supérieurs à ceux qu'il lui réclamait antérieurement, et la garantie de l'assurance n'aurait rien changé à ces habitudes.

Un tarif uniforme, par cela seul qu'il devait être basé sur des prix moyens, ne pouvait être équitable pour tous les cas, les moyennes peuvent convenir à des appréciations d'ensemble, il est rare qu'elles s'appliquent rigoureusement à des cas particuliers — il fallait donc prévoir que ce tarif uniforme lèserait nombre d'intérêts.

Encore eût-il fallu que ce tarif uniforme fût établi d'après les prix le plus généralement pratiqués, et il n'en n'a pas été ainsi. Lorsque nos confrères ont réclamé le prix de 2 fr. comme minimum de l'intervention médicale, on a nié que ce prix fût celui qui avait cours presque partout, les assureurs ont opposé des prix inférieurs admis ici ou là, et, pour ne pas élever ces prix inférieurs ici ou là, on a abaissé les prix à peu près dans toutes les régions.

Sur la réclamation de ces mêmes confrères, membres de la commission du tarif, nos adversaires ont bien fini par admettre que, dans les communes où le prix de 2 fr. était en vigueur depuis nombre d'années, il serait maintenu, mais ils se sont arrangés pour que la presque totalité des réclamations fût mise au panier.

Et qu'ils ne viennent pas contester la chose. J'étais président de mon syndicat au moment de l'enquête, c'est moi qui ai réuni les certificats envoyés par mes confrères, c'est moi qui les ai transmis à la commission ; j'ai pu, par ailleurs, m'assurer que l'enquête faite par la préfecture concordait exactement avec celle qui était faite près des médecins — or sur 64 communes où le prix de 2 fr. était incontestablement en vigueur, cinq seulement ont vu ce prix maintenu. Pourquoi ? Et puis, un tarif, est une arme à double tranchant ; s'il est obligatoire pour tel paragraphe, il est non moins obligatoire pour tel autre. Comment donc les assureurs le trouvent-ils bon lorsqu'il abaisse le prix de la visite et mauvais quand, au prix de cette visite, il superpose naturellement et logiquement le pansement, le massage, les interventions accessoires ? Ils se plaignent que les médecins *aient joué du tarif*, pourquoi ont-ils réclamé ce tarif ? Par quelles manœuvres ont-ils amené nombre de juges de paix à décider contrairement à un arrêt formel de la Cour de cassation ?

Les Compagnies disent volontiers que les frais médicaux dépassent les incapacités de travail, oublient-elles que l'indemnité d'incapacité n'est que la moitié du salaire de l'ouvrier ? ignorent-elles que, grâce aux nouveaux procédés chirurgicaux, l'intervention plus active du médecin se traduit par une durée moindre de cette incapacité ?

Non, elles savent tout cela, mais parasites qui viennent prélever des bénéfices sur les accidents du travail, elles versent des larmes de crocodile sur les charges écrasantes que supportent leurs assurés, oubliant de dire que le cours de leurs actions reste en hausse et que leurs dividendes ne diminuent pas.

Grâce à leurs agissements, la loi faite en faveur des accidentés du travail, est devenue la loi en faveur des compagnies d'assurances-accidents. Personne au Parlement ne paraît s'en douter ; les députés, les sénateurs ont-ils donc des yeux pour ne point voir ? ont-ils été atteints — comment, je l'ignore, — d'une cécité aussi soudaine qu'incurable ?

On sait qu'il est question d'étendre aux ouvriers agricoles — et ce serait justice — le bénéfice de la loi sur les accidents du travail, la chose est à l'étude depuis longtemps déjà et sa mise à exécution ne saurait tarder.

Le rapporteur de la commission chargée d'étudier la mesure vient d'avoir une idée géniale ; il propose d'édicter par la loi que les ouvriers agricoles, victimes d'accidents du travail, seront admis au bénéfice de l'assistance médicale gratuite. Comme les tarifs varient avec les départements, on réclamera sans doute un tarif uniforme, et c'est sur les prix les plus bas qu'on pourra trouver que ce tarif sera non moins vraisemblablement établi.

Mais, si les ouvriers agricoles sont soignés à un tarif inférieur à celui des assistés de tel ou tel département, les conseils généraux s'empresseront naturellement d'abaisser leur tarif d'assistance aux prix de ce tarif minimum.

Et puis, si ces prix infiniment réduits conviennent aux ouvriers de l'agriculture, pourquoi ne conviendraient-ils pas aux ouvriers de l'industrie ?

Enfin l'Etat, qui veut faire soigner ses cantonniers, ses forestiers et sans doute bientôt tous ceux qu'il emploie aux conditions du tarif des accidents du travail, s'empressera, lui aussi, d'adopter le tarif de l'assistance comprimé au maximum.

Voilà, confrères, ce qui vous attend.

A moins que vous ne sortiez enfin de votre torpeur légendaire et que, moutons devenus enragés par l'excès des vexations dont vous allez pâtir, vous ne criiez « Assez » en montrant les dents.

Je ne suis, certes, pas un homme de violence, mais je ne puis m'empêcher de constater que, dans la bataille sociale, il n'y a que ceux qui se font craindre qui obtiennent quelque chose.

Les médecins — on les berne avec des promesses de rubans multicolores !

IV

J'ai, sans doute, chers confrères, abusé de votre patience en vous racontant des choses que vous connaissez peut-être mieux que moi — je termine ; aussi bien je vous vois me demander mes conclusions :

Les voici :

I. — *La liberté pour le blessé de choisir le médecin qui lui donnera ses soins est un principe que nous ne pouvons même laisser remettre en discussion.*

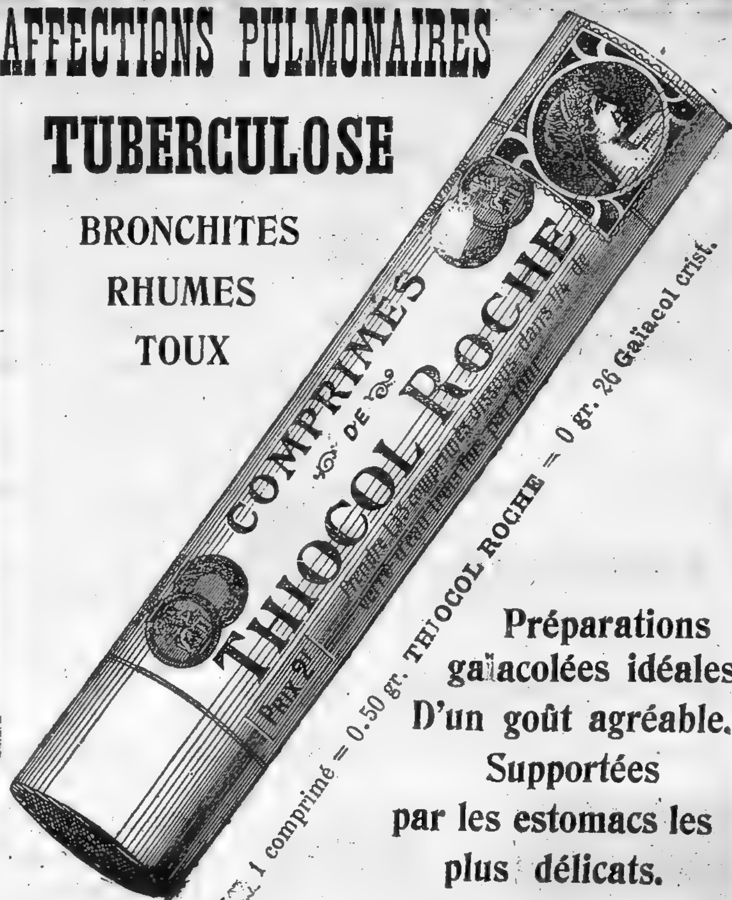


1 cuillerée à soupe = 1 gr.
THIOCOL ROCHE
= 0.52 Gaïacol crist.

AFFECTIONS PULMONAIRES

TUBERCULOSE

BRONCHITES
RHUMES
TOUX



1 comprimé = 0.50 gr. THIOCOL ROCHE = 0 gr. 26 Gaïacol crist.

Préparations gaïacolées idéales. D'un goût agréable. Supportées par les estomacs les plus délicats.

SE MÉFIER DES CONTREFAÇONS INACTIVES OU TOXIQUES

GYNÉCOLOGIE

DÉCONGESTION PUISSANTE

SÉDATION RAPIDE ET COMPLÈTE DES SOUFFRANCES

DIMINUTION DES PERTES

ACTION CALMANTE ÉNERGIQUE

Les TACHES sur la peau et le linge disparaissent par simple lavage à L'EAU.



F. HOFFMANN-LA ROCHE et Cie
7, rue Saint-Claude, 7
PARIS

M. le directeur de la Prévoyance sociale le comprend sans doute mieux que le groupe des médecins parlementaires, puisque, chambré, dernièrement par les assurances, il leur a répondu par un « n'y comptez pas » qui devrait pourtant leur donner à réfléchir.

II. — *Les Compagnies d'Assurances*, se mettant au-dessus de la loi et ayant mis en œuvre tous les moyens licites et illicites pour entraver cette faculté du libre choix chez l'ouvrier et pour le faire soigner, bien souvent malgré lui, par des médecins à leur dévotion, *ne devront plus à l'avenir être autorisées à instituer un service de traitement des blessés.*

Par contre, *les services analogues créés par les Bourses du travail ou autres organisations quelconques seront supprimés.*

III. *Le contrôle de l'état des blessés appartient aux patrons : ceux-ci devront l'organiser et l'assurer.*

A défaut il devrait être assuré par l'Etat.

Les Compagnies d'assurances qui n'ont qu'à garantir pécuniairement les risques des patrons n'ont rien à voir en la matière.

IV. *Des commissions mixtes, composées de délégués des syndicats médicaux, ouvriers et patronaux, dans chaque région, vérifieront les mémoires présentés pour soins aux accidentés du travail et donneront obligatoirement leur opinion sur les litiges qui pourraient s'élever entre les diverses parties intéressées.*

V. *Les mémoires des médecins pour les accidents du travail seront réglés d'après les tarifs ouvriers locaux visés par les commissions mixtes*, dont il est parlé au paragraphe précédent.

Il me semble, en conscience, que ces cinq conclusions, si jamais elles avaient chance d'être adoptées, remettraient les choses au point où elles étaient à l'origine, avant l'intervention malencontreuse des compagnies d'assurances.

Il me semble qu'elles mettraient fin à une guerre dont tous, ouvriers, médecins, patrons, assureurs, ne peuvent que souffrir et que des demi-mesures ne parviendront jamais à enrayer.

Il me semble, enfin, qu'elles pourraient, en mettant fin à tous les abus quels qu'ils soient, servir de base à un *modus vivendi* acceptable et souhaitable pour tous.

J'ai dit : si *jamais elles avaient chance d'être adoptées*, c'est que je ne m'abuse guère sur l'issue de la lutte de la raison contre l'argent. Et pourtant si les Compagnies, fermant un instant les yeux sur la situation actuelle, voulaient bien réfléchir, elles reconnaîtraient la faute initiale qu'elles ont commise, véritable péché originel dont les conséquences se feront sentir à tout jamais, et reviendraient à une saine conception des choses basée sur le respect égal de tous les intérêts.

Après avoir dénoncé leurs agissements, prêché contre elles la résistance toujours et quand même, je croirais manquer à un devoir, si une dernière fois, je ne leur tendais le rameau d'olivier. Qu'elles y songent bien, la lutte, si elle continue, deviendra de plus en plus violente : un jour viendra où les appuis qu'elles ont se briseront dans leurs mains..... et elles, comme moi, nous connaissons bien quelqu'un qui, peu à peu, se prépare à les dévorer.

A elles de savoir si elles veulent que, le moment venu, nous répondions : *Amen.*

Et maintenant je me tourne vers mes confrères : Que ceux qui ont pu être coupables peu ou prou fassent amende honorable, qu'ils n'oublient plus ce que la dignité professionnelle leur commande impérieusement. Qu'ils soient médecins, non pas médecins des assurances ou médecins des ouvriers, mais médecins *tout court*, médecins de leurs clients, médecins en qui on a confiance, médecins qui soulagent et réconfortent, médecins considérés et respectés de tous.

Là et là seul est le salut.

En présence de la violente campagne menée en ce moment et à laquelle se rattachent, j'en ai la conviction, d'autres efforts pour enlever au médecin son indépendance, qu'on jalouse parce qu'elle est sa force ; après la campagne de presse que je ne veux pas qualifier ; à la veille de la réunion de la commission ministérielle sur les accidents du travail ; à la veille enfin du Congrès de Lille où une fois encore s'affirmera la volonté des praticiens — j'ai cru devoir dire ce que pense un médecin qui personnellement ne peut profiter ou souffrir des errements actuels et que seul peut intéresser l'intérêt supérieur d'une profession à laquelle il s'est donné tout entier.

J'ai pu me montrer dur pour certains, je ne crois pas pourtant avoir dépassé les limites d'une discussion sérieuse ; dans tous les cas j'aurais pour excuse et la sincérité et le désintéressement de mes sentiments.

Et si, par hasard, ces quelques lignes pouvaient avoir sur la situation future une influence quelconque, je considérerais ce résultat inespéré comme le suprême honneur de ma carrière. Si plutôt elles vont rejoindre dans l'oubli tant d'autres travaux sur la matière, elles m'auront du moins fait revivre quelques minutes encore une vie de près de quarante années que je ne puis me décider à oublier tout à fait.

Un vieux praticien.

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

MÉDECINE LÉGALE

L'expertise médicale toujours contradictoire.

A notre excellent confrère « *Le Médecin praticien* » nous nous permettons d'emprunter l'article ci-dessous.

M. le Dr Thiellement nous paraît avoir formulé d'une façon parfaite, et en quelque sorte définitive, les vues des praticiens en matière d'expertises médicales. Il a, de plus, fort utilement envisagé les précisions nécessaires à l'application de ces vues, et nous n'apercevons pour notre compte personnel d'autre critique à lui opposer que la dangereuse ratification que nous avons soulignée par italiques *et que nous refusons.* On nous permettra même de manifester le plaisir que nous avons éprouvé en rencontrant sous cette étude la signature d'un homme ayant cette double qualité de *médecin inspecteur de la « Mutualité industrielle »*, et de *membre du Conseil du Syndicat des médecins de la Seine.* C'est là encore un fait qui passe bien au-dessus des ragots accumulés contre les défenseurs du vrai programme syndical dans le milieu médical parisien.

A un autre point de vue, nous n'hésitons pas à dire que si, en matière de réforme de l'expertise

médicale judiciaire, on met en présence, d'une part les vœux récents de MM. Thoinot, Lacassagne, Pinard (augmentation de la compétence des experts) et, d'un autre côté, la proposition Thiellement (expertise toujours contradictoire), il n'est pas douteux que cette dernière amènerait en fait un état de choses beaucoup plus intéressant comme œuvre de progrès et d'équité.

Les expertises médicales

Par le Dr F. Thiellement.

Médecin inspecteur de la Mutualité Industrielle

D'après l'article 303 du Code de Procédure, l'expertise ne peut être faite que par trois experts, à moins que les parties ne consentent qu'elle soit faite par un seul.

Qu'il y ait trois experts nommés par le Tribunal ou qu'il n'y en ait qu'un seul, le résultat est le même en ce sens que l'expertise n'est pas contradictoire, médicalement parlant.

L'expertise n'est qu'un moyen d'instruction (Cour de Cassation, 25 octobre 1886). Au cours de l'instruction judiciaire, le défendeur se fait accompagner de son avocat, au cours d'une instruction d'ordre médical, il doit être accompagné d'un médecin. Si donc l'instruction est contradictoire au point de vue juridique, elle doit l'être aussi au point de vue médical. Or, l'expertise médicale, comme elle est comprise et faite actuellement, n'est pas contradictoire ; c'est un médecin qui a été nommé par le Tribunal pour le renseigner sur un ensemble de faits et lui servir pour motiver son jugement, l'inculpé doit s'y soumettre et il ne pourra rien opposer ; il ne pourra pas réfuter des arguments, il ne pourra pas se défendre. L'avocat accompagne son client à l'instruction parce que l'inculpé a le droit de se défendre, il est injuste que, quand il s'agit de choses médicales, ce droit lui soit refusé.

Dans les affaires civiles, le médecin-expert a toujours pour mission de concilier les parties si faire se peut, de s'entourer de tous renseignements, etc.

Le médecin-expert, pour concilier les parties, ne peut le faire que par leurs intermédiaires, c'est-à-dire leurs médecins, de même que pour s'entourer de tous renseignements il ne peut le faire qu'auprès des seuls médecins.

Le médecin du demandeur et le médecin du défendeur devront donc toujours se présenter devant l'expert, dont le véritable rôle sera de départager des théories, des argumentations, des interprétations différentes se rapportant à un même sujet. C'est sur les différentes appréciations et sur la valeur de chacune d'elles que doit s'appuyer le médecin-expert pour faire ressortir la vérité.

L'expertise médicale doit être contradictoire dans la plus large mesure possible ; les médecins mandataires de chacune des parties y assisteraient, exposeraient leurs observations auxquelles le médecin-expert devrait répondre. Le rôle de ce dernier serait ainsi nettement délimité, il devrait chercher la vérité en vue des opinions différentes, des interprétations diverses relatives à un même ordre de faits, opinions et interprétations émanées d'individus exerçant le même art.

Il y a lieu de considérer maintenant les tribunaux auprès desquels le médecin peut jouer un rôle.

1° Les Tribunaux Correctionnels et Criminels.— Dans les affaires correctionnelles et criminelles, il y a deux parties en cause : le ministère public, qui agit au nom de la loi, de la morale, qui est le demandeur, et l'inculpé qui est le défendeur ; s'il y a lieu à nomination d'un médecin-expert, pour renseigner le tribunal, ministère public et inculpé devraient se faire représenter par un médecin ; il y aurait expertise contradictoire, le droit à la défense serait sauvegardé.

S'il y a constitution d'une partie civile, c'est par un médecin aussi qu'elle aurait la faculté de se faire représenter.

2° Les Tribunaux civils et commerciaux, les Justices de Paix.— Vis-à-vis de ces juridictions il n'y a qu'un demandeur et un défendeur et tous deux se feraient représenter à l'expertise médicale par un médecin. S'il y a un procès, si la nécessité d'un médecin-expert s'est fait sentir, c'est que les médecins des deux parties n'ont pu se concilier, que le même cas ne pouvait donner lieu à des interprétations différentes et dans l'intérêt même de la vérité il est indispensable à l'expert de connaître les théories des deux adversaires. Avant de rendre son jugement, le Tribunal n'a-t-il pas entendu les deux plaidoiries des deux avocats adverses ?

Il est évident que chacune des parties aurait le droit absolu de se faire représenter par tel membre du corps médical qu'il lui plairait, mais il se présenterait souvent que l'une des parties (peut-être même les deux) ne saurait à qui confier son mandat, d'autre part une grande partie des procès sont faits à l'aide de l'assistance judiciaire. Chaque jour des avoués, des avocats sont nommés d'office pour assister le demandeur et le défendeur. Pourquoi, quand il y a une question médicale, un médecin défenseur ne serait-il pas nommé, lui aussi, d'office ?

Nous pensons donc qu'il y a une lacune à combler, en même temps qu'une grande réforme à effectuer en matière d'expertise médicale et nous formulons les propositions suivantes :

1° Toute expertise médicale devra être contradictoire en ce sens que le demandeur et le défendeur devront se faire représenter par un médecin.

2° Le médecin-expert devra chercher la vérité et répondre à toutes les observations ou interprétations diverses qui lui seront exposées par les mandataires des parties en cause.

3° Le cas échéant, un médecin, mandataire du défendeur, pourra être nommé d'office par le tribunal compétent.

4° Il sera établi une liste de médecins d'office agréés près les tribunaux.

5° Les médecins d'office pourront être des spécialistes auristes, oculistes, accidents du travail, etc.

6° Les listes des médecins d'office agréés auprès des divers tribunaux seront établies par les soins des syndicats médicaux et *le choix ratifié par le président du tribunal du lieu.*

7° Nul ne pourra être inscrit comme médecin d'office qu'après trois années d'exercice de la médecine.

8° Les honoraires des médecins d'office seront taxés de la façon suivante :

Prix des justices de paix 10 fr. la vacation
Prix des autres tribunaux 20 fr. «

9° Dans les affaires criminelles et correctionnelles, les honoraires des médecins d'office seront considérés comme frais de justice et avancés par le Trésor.

10° Dans les affaires civiles et commerciales, près les justices de paix, les honoraires seront à la charge de chacune des parties. S'il y a assistance judiciaire, c'est à cette dernière qu'ils incomberaient.

Dans les Accidents du Travail.— En matière d'accidents du travail, tout est médical ; là plus que partout ailleurs l'expertise médicale devrait être contradictoire. La possibilité pour le blessé de se faire assister à une expertise par un médecin lui éviterait de s'adresser aux cliniques des agents véreux qui, privés de leur clientèle, ne tarderaient pas à disparaître.

Mais ici on se trouve en présence d'un cas un peu particulier au point de vue de la rémunération des médecins mandataires des parties et de l'expert.

Le médecin-expert est toujours nommé (sauf des cas exceptionnellement rares) au cours de la concilia-

tion qui ne peut avoir lieu qu'en la présence du juge. En effet une entente directe entre l'ouvrier et le patron est formellement interdite par la loi de 1898, parce qu'un rapport établi d'accord entre le médecin du blessé et celui du patron, quand bien même il serait accepté par les intéressés, n'a pas de valeur légale absolue irréfutable, et que le juge peut cependant nommer un expert. Que le patron ait à sa charge les honoraires de son médecin et de celui de l'ouvrier blessé, quand il y a lieu à établissement d'un rapport commun, rien de plus juste, mais à cette condition que le rapport établi, spécifiant l'accord des médecins ait valeur légale, qu'il serve de base au jugement du premier degré, accepté ou non par les intéressés. Si par suite de cette entente entre les médecins ou par suite d'appel du jugement dans des délais légaux, il y a lieu à nomination d'expert, ce dernier devrait être rémunéré par la partie défaillante, et si c'est l'ouvrier, par l'assistance judiciaire.

Actuellement, toujours, systématiquement même, pourrait-on dire, le patron ou l'assureur ont à leur charge les honoraires de l'expert, ils rémunèrent en outre leur médecin qui y assiste ; il ne serait ni juste, ni rationnel, ni équitable, de leur faire supporter encore la charge des honoraires du médecin mandataire du blessé pour assistance à l'expertise. Le médecin mandataire du blessé ne vient pas pour se concilier avec le médecin patronal, il vient pour assister le blessé ; il remplit le même rôle que l'avocat devant le juge instructeur. Le blessé du travail ayant droit à l'assistance judiciaire, celle-ci devrait se charger de rémunérer le médecin assistant à l'expertise. Insistons encore sur ce fait que l'expertise dans les accidents du travail n'a pas pour but de départager deux médecins qui n'ont pu s'entendre, que la loi même n'autorise pas à s'entendre.

Pour l'assistance judiciaire, ce serait, certes, une charge bien lourde, mais, somme toute, ce serait son devoir.

Une solution intermédiaire serait peut-être possible. — Les honoraires du médecin mandataire du blessé étant taxés, pourquoi n'y aurait-il pas lieu aussi de taxer ceux du médecin-expert ?

Actuellement, les médecins-experts réclament des honoraires variables à leur gré. Les honoraires des médecins-experts devraient être nettement spécifiés dans la loi.

Nous proposons donc (pour la région de Paris) :

Les honoraires des médecins-experts près les Justices de paix seront taxés uniformément à la somme de 40 fr.

Ceux des médecins-experts près les Tribunaux civils, à la somme de 80 fr.

N. B. — Pour les Tribunaux de province, un tarif analogue pourrait être établi en se basant sur les usages de chacun d'eux.

Les allocations telles que nous les proposons pour les médecins-experts nous paraissent raisonnables, équitables, sans être une lourde charge pour le patron et l'assureur ; ceux-ci alors pourraient accepter la charge de solder la vacation du médecin mandataire du blessé, soit 10 fr. pour les Justices de Paix et 20 fr. pour celles du Tribunal Civil.

Mode d'application.— Il y a lieu d'examiner maintenant la situation du médecin traitant du blessé.— Deux seuls cas peuvent se présenter :

1° Le médecin traitant du blessé peut être un médecin librement choisi ou, ce qui serait plus exact, un médecin complètement étranger au patron ou à l'assureur, avec lesquels il n'existe aucun contrat, aucun engagement.

Ce médecin représente seul le blessé, il pourra l'accompagner en toute indépendance devant le médecin-expert.

2° Le médecin traitant du blessé librement choisi pourra être le médecin du patron ou de l'assureur, avec lesquels il y aura contrat, engagement quelconque.

Ce médecin, assistant à l'expertise, ne pourra être le mandataire des deux parties opposées.

C'est alors que le blessé devrait se faire assister d'un médecin indépendant.

Quand le blessé se présente devant un juge (de Paix ou de Tribunal) avec le représentant du patron ou de l'assureur, le juge ne pourrait-il s'enquérir auprès des deux parties si le blessé peut se faire assister d'un médecin indépendant ; dans la négative, en même temps qu'il nommerait un médecin-expert, il pourrait nommer un médecin d'office pour assister le blessé, ou laisserait au blessé le soin de le choisir sur la liste.

La victime d'un accident du travail serait ainsi toujours assurée de trouver l'assistance d'un médecin compétent, consciencieux, lui donnant toute garantie pour obtenir ses droits et ne serait plus obligé de recourir aux agents véreux qui le trompent, qui l'exploitent, affiliés malheureusement à des médecins qui ne recherchent que leur intérêt personnel.

NEURO-PATHOLOGIE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

La sinistrose

Grâce à la sagacité de M. le Professeur Brissaud, dont chacun connaît l'esprit et le talent de neurologiste, nous avons une maladie nouvelle : « La sinistrose ».

Cette maladie ne frappe qu'une catégorie de malades, le blessé du travail, et son éclosion est de date toute récente ; elle a vu le jour un peu après la loi qui a réglementé les accidents. C'est par un de nos grands quotidiens que nous avons été initiés à la découverte du brillant professeur et les magistrats se proposent d'adopter ses conclusions, qui tendent à écarter l'hystéro-traumatisme comme conséquence des accidents.

On ne peut nier qu'il y ait une certaine tendance, de la part des ouvriers, à exagérer les symptômes qu'ils ressentent, mais puisqu'on a cru nécessaire de créer une maladie nouvelle, faisons acte médical en en recherchant les causes, et en en fixant l'étiologie. Au surplus, ce n'est pas le blessé seul qui doit être tenu pour responsable de cet état d'âme, le médecin, l'homme d'affaires, la loi elle-même et les experts ne sont pas sans y contribuer.

De la part du blessé, c'est moins une exagération des symptômes qu'il faut incriminer qu'une illusion sur leurs conséquences pécuniaires.

Tant que le mal a été grave, l'ouvrier a eu seulement en vue la guérison, mais dès que celle-ci a paru assurée et prochaine, il est sorti, il s'est promené, il a rencontré celui ci ou celui-là et il a appris que tel ou tel avait obtenu des sommes rondelettes, des rentes copieuses à la suite d'accidents bénins.

Le demi-salaire est loin d'apporter l'aisance au logis, la femme se plaint et les mioches n'ont pas leur content, tout l'entourage incite le blessé à ne pas se laisser faire et à réclamer une grosse indemnité.

C'est toute cette ambiance qui peu à peu fait germer dans l'esprit du blessé toutes les espérances, parfois bien injustifiées et souvent exagérées.

Le médecin.—Le médecin consulté n'a parfois pas les éléments lui permettant de renseigner le blessé sur le barème des indemnités des cas analogues. Il n'y a rien d'absolu, c'est certain, mais il

est rare qu'on s'écarte d'un taux moyen d'incapacité. Prenant le fait particulier, jugeant avec ses seules données, le médecin — et je veux le croire de très bonne foi — peut parler de 25 et de 30 % alors que le blessé n'en obtiendra que 7 ou 8.

Si, mieux renseigné, le médecin avait pu dès le début du traitement donner à son client une indication plus rapprochée de la vérité, il lui aurait épargné la perte d'illusions et surtout cet espoir de sommes importantes qui entretient dans le ménage une atmosphère de bien-être futur dont il faudra rabattre beaucoup.

L'homme d'affaires.— L'homme d'affaires a un rôle néfaste et c'est un parasite qui indispose trop souvent la justice par ses allégations dont le but n'est que trop évident ; il est toutefois juste de reconnaître que les compagnies, par leurs offres souvent dérisoires, ont été la cause de l'effort en sens contraire accompli par des gens que les scrupules n'étouffent pas d'ordinaire.

La loi.— La loi elle-même, par son manque de souplesse, a laissé le blessé dans une oisiveté fâcheuse aussi bien pour son état physique que pour son état mental. Qu'on en juge par cet exemple.

Je causais dernièrement avec un juge de paix de Paris et ce magistrat, d'ailleurs très intelligent et très excellent homme, me disait qu'il était révolté de l'attitude des ouvriers depuis la loi sur les accidents du travail. Hier encore, ajoutait-il, un ouvrier venait à l'audience déclarer, qu'il avait tenté de reprendre son travail, mais qu'il avait dû s'arrêter au bout de trois jours; et notre juge de s'écrier en plein tribunal : « Vous êtes tous les mêmes, vous venez me dire que vous avez essayé de reprendre votre travail et qu'au troisième jour vous avez dû vous arrêter, je ne vous crois pas et je blâme énergiquement votre conduite ».

Je ne pus m'empêcher de dire à ce bon juge que je ne partageais pas sa manière de voir, et que j'avais un peu plus d'indulgence pour les travailleurs, et cela en dehors de toute idée de sentiment, mais uniquement en me rappelant qu'ayant été ouvrier moi-même, j'avais des courbatures horribles chaque fois que j'avais changé de genre de travail. Qui ne se souvient des brisures a la suite d'une séance d'escrime, de boxe, ou de cheval, alors qu'on est resté longtemps sans entraînement.

Il est donc logique d'admettre qu'un homme qui est demeuré longtemps oisif est rompu, courbaturé, brisé, après deux ou trois *journées complètes* de travail.

Les Experts. — Les experts aussi ont été dans certains cas durs pour les ouvriers. Témoins fréquents des exagérations excusables de la part des blessés, mais blâmables sans restriction quand elles émanent des médecins, les experts et les magistrats en sont venus à considérer les blessés et leurs médecins comme liant partie contre les compagnies leurs victimes ; et voilà comment les abus ont profité à ceux qui ne se seraient jamais attendus à pareille aubaine.

Le médecin de compagnie est seul intègre, le médecin traitant est, par contre, souvent suspect. Et tout ceci montre que le professeur BRISSAUD a vraiment fait une découverte qui n'est pas sans valeur, car la Sinistrose n'existe pas que chez les ouvriers, elle sévit aussi dans l'esprit de ceux qui ont à juger ou à expertiser.

Le médecin-major de régiment était légendaire il y a encore quelques années et voyait des carottiers partout. Quelques grosses fautes ont amené des réformes et actuellement le soldat n'est pas considéré comme nécessairement farceur parcequ'il se fait porter malade. Il conviendrait d'agir de même à l'égard du blessé.

Pour nous résumer, nous pensons que le médecin peut et doit, en s'entourant de tous les renseignements désirables et utiles, avertir son client des conséquences de son accident et le fixer sur le taux probable de son incapacité.

On évitera par ce moyen l'ingérence nuisible des hommes d'affaires. Il y aurait avantage à faire introduire dans la loi une disposition bienveillante facilitant la reprise partielle du travail et cela dans un but de moralité autant que d'assistance.

La création de jurys d'arbitrage composés de patrons ou d'assureurs, de médecins et d'ouvriers faciliterait la solution de ces questions.

Enfin l'expert ou le magistrat qui blâment l'exagération, chez l'ouvrier et son médecin, des symptômes ressentis doivent, eux aussi, se garder de la *Sinistrose* considérée comme une manifestation d'un état de méfiance préconisé à l'égard de ceux qui sont soumis à leur examen.

Dr Ch. LEVASSORT.

A propos de la sinistrose.

15 février 1908.

Mon cher directeur,

Je viens de lire dans le *Concours* l'article magistral de l'éminent Pr Brissaud sur la *sinistrose*.

Mon opinion est qu'il faut que nous nous en rapportions à un maître comme lui.

Les accidents du travail sont une affaire de fait et de droit. Ils ne doivent pas devenir une source d'exploitation.

Voici deux observations personnelles :

Le 21 novembre 1907, M. D., âgé de 65 ans, *atteint d'ankylose de toutes les articulations*, soigné depuis 40 ans comme incurable, ne pouvant se traîner qu'avec deux béquilles, faisant néanmoins chaque jour 2 kilomètres pour aller à une usine où il est comptable, sourd par-dessus le marché, est renversé le soir par un bicycliste. Fracture très nette de l'humérus gauche. Le bras est immobilisé pendant 35 jours dans un appareil plâtré. Consolidation parfaite, pas de cal vicieux, le membre est ce qu'il était auparavant ; Toutes les articulations sont un peu plus ankylosées cependant par le repos prolongé.

Le blessé n'était pas assuré : il n'a porté aucune plainte en dommages-intérêts, n'a réclamé aucune indemnité.

Deux mois après son accident, il fait son trajet habituel, avec ses béquilles, pour aller à son bureau, malgré son patron qui veut lui donner à domicile ses écritures à faire...................

Voyez ce que fait la volonté ! !

Exemple tout à fait opposé :

X., atteint de bronchite chronique, emphysème, misère physiologique, manouvrier, fait une chute de trois ou quatre mètres le 5 décembre 1907.

Contusions multiples, fracture de côtes, etc. Au bout de trois semaines, consolidation à peu près complète. Mais l'indemnité de demi-salaire n'est pas versée régulièrement ; il a 5 enfants à nourrir et il fait 10° de froid.

Au lieu de retravailler, le blessé se tourmente, il tousse, il étouffe, il souffre de partout, il est *vraiment malade*.

La Cie d'assurances dit qu'elle ne paiera que si le juge la condamne, elle veut une expertise, car il y a présomption de tuberculose.

Six semaines se passent. L'ouvrier attend toujours, il n'a pas de quoi manger, il frappe à toutes les portes, mairie, justice de paix, procureur de la république. Enfin l'enquête est faite et un jugement est rendu après plus de 2 mois du jour de l'accident.

Aujourd'hui il est, peut-être, atteint de tuberculose, certainement de *sinistrose* et cela suite de l'accident. Car si l'ouvrier avait eu de quoi manger et nourrir sa famille au lendemain de l'accident il ne serait pas où il en est. Que dira l'expert ? Que fera le juge ?

Comme conclusion : Reconnaissons *la sinistrose* comme une suite normale des accidents du travail *assurés*. Ne la provoquons pas, et surtout ne nous en faisons pas les complices.

Mes meilleurs sentiments,

Dr Debacq.

A propos de la sinistrose de M. le professeur Brissaud : variations auto-suggestives de la volonté,

par le docteur B. Pailhas, d'Albi.

Qu'il me soit permis de formuler ici quelques réflexions relatives à ce que j'appellerai les variations auto-suggestives de l'activité volontaire.

Et par là je désignerai un état bien connu, le plus souvent physiologique, bien que capable d'englober parfois — à titre d'aggravation morbide — l'entité pathologique que M. Brissaud vient de décrire sous le nom de *sinistrose*.

Par expérience, nous savons que, dans l'ordre des choses qui sont à sa portée, l'homme fait avec plus de facilité ce qui lui plaît et ce qu'il désire.

Nous savons aussi que la réciproque est vraie, soit que la dépense de nos énergies s'étende à des opérations de la vie intellectuelle, soit qu'elle se confine de préférence dans des manifestations de l'effort physique.

Au cours de ses occupations journalières, qui n'a point constaté qu'un travail, physique ou autre — une course par exemple — imposé à contre temps ou à contre-volonté, laissait l'impression d'un plus grand effort et d'une plus grande fatigue ?

Inversement, une promenade intéressante et désirée « donne des jambes », comme pour montrer dans quelle large mesure la fatigue ou la non fatigue se rattachent à des processus psychiques d'adaptation auto-suggestive ?

C'est qu'en effet, en vertu d'un de ces processus purement physiologiques, la volonté s'adapte ou ne s'adapte pas à ce qui lui plaît ou déplaît à ce qui est désiré ou redouté, etc., et de façon à susciter, selon les cas adverses, tantôt un redoublement de vigueur en rapport avec les besoins, tantôt un abaissement fonctionnel des capacités.

N'est-il pas encore d'observation banale que, même dans l'évolution des maladies et le progrès des guérisons, ces influences du désir, de la crainte, etc., ne sont point quelconques et sans effets ?

Or, dans le monde des sinistrés — par accident du travail surtout — peut-on concevoir que l'ouvrier traumatisé, mis en présence d'une situation imprévue, sous le coup de l'action doublement dépressive de l'accident lui-même et de ses fâcheuses suites économiques, n'obéira pas, plus ou moins, à ces incitations auto-suggestives dont je viens de parler, et de façon à être entraîné, involontairement et sans exagération calculée, à prolonger son mal au-delà des limites d'une normale curabilité ?

Et cela constituerait-il la *sinistrose*, au sens de cet « état mental morbide » que comporte la définition de M. Brissaud ?

Tel n'est pas mon humble avis, pensant que ce sont là, par-dessus tout, réactions de défense, procédant de l'inconscience et de l'instinct, mais essentiellement *physiologiques* et destinées à rester telles, tant qu'elles ne s'exerceront pas sur une constitution cérébralement avariée, qu'il s'agisse de dégénérescence héréditaire ou acquise, d'aptitudes vésaniques, d'hystérie, d'épilepsie, d'alcoolisme, etc.

C'est à cette dernière catégorie de cas — la moins fréquente, faite d'un « état psychopathique spécial » et voire même d'une « psychose d'occasion ». — que s'applique sans réserves la définition que M. Brissaud donne de la sinistrose. Mais, en mal de néologismes, je préférerais le nom de *sinistropsychose*. Et, pour bien marquer la distinction que j'ai cru devoir établir entre les états morbides et non morbides, je qualifierai même ces derniers de *sinistropsychies*.

Il va sans dire que, dans tout ce qui précède, la question de simulation est considérée comme n'intervenant pas bien que la simulation puisse, peu ou prou, se trouver associée à l'état d'esprit qui fait l'exagération sinistropsychique.

Je me résumerai en disant :

1° La sinistrose de M. le professeur Brissaud est un cadre pathogénique trop compréhensif où, à côté de cas nettement pathologiques, prennent place une majorité de faits ne relevant que de processus *physiologiques* ;

2° A l'ensemble des influences psychiques ainsi capables de prolonger l'incapacité ouvrière me paraît s'approprier l'appellation de *sinistropsychies*, celle de *sinistropathies* devant être réservée aux cas entachés d'une réelle morbidité.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

La place nous fait totalement défaut à cette heure pour publier tous les documents qui nous sont offerts sur la crise syndicale de la Nièvre. Nous nous excusons donc près de nos confrères de ce département en leur affirmant toutefois que ces incidents nous apparaissent comme faisant partie de tout le large plan concerté contre le « libre choix du médecin » ; nous suivrons avec le plus vif intérêt la discussion qu'ils continueront en dehors de nos colonnes. N. D. L. R.

SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL

Séance du 20 février 1908.

Présents : MM. Gassot, Maurat, Diverneresse, Jeanne.

Excusé : M. Cézilly.

Le Conseil prend connaissance du projet d'organisation du Congrès des praticiens de Lille, tel qu'il a été présenté par M. le docteur Lambin à la délégation du Comité de vigilance. Il décide que ce travail sera publié dès qu'il aura été définitivement adopté à Paris. Le Conseil, d'après accord antérieur avec le « Sou médical », vote pour cette manifestation la contribution de 600 francs commune aux deux Sociétés.

Connaissance est prise de la convocation au Ministère pour le 24 février de la sous-commission de révision des Etudes médicales.

M. le docteur Jeanne informe qu'il a prié M. le docteur Lépine (de Belleville-sur-Saône), d'user du journal pour entretenir la Société des résultats fournis par l' « Ancre médicale » ; qu'il a chargé M. le docteur G. Fischer d'une étude

complète sur les caisses-maladie allemandes, en exécution de la demande du docteur Merleaux de Landivy, adoptée par l'assemblée générale.

Qu'il a rédigé lui-même pour un prochain numéro une étude sur le mouvement d'entente médico-mutualiste en vertu des conclusions de la Commission Loubet.

M. Gassot rappelle l'attitude sympathique qu'il a demandé au *Concours médical* de prendre en faveur du projet : « Maison de retraite des médecins ».

Le Conseil décide que M. Gassot étudiera avec le conseil d'administration de l'A. G. les moyens par lesquels le journal pourrait apporter son concours à la manifestation en faveur du cinquantenaire de cette Société.

Le Conseil remercie la Compagnie fermière de Vichy, qui met à sa disposition désormais une subvention annuelle de deux mille francs pour être inscrite au budget dans le chapitre « Frais de propagandes diverses en faveur du *Concours médical* et de ses œuvres. »

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITES
du corps médical français.

Bilan au 31 décembre 1907

	Actif	Passif
Caisse	5.731.35	
Obligations du Midi	144.007.73	
Rente 3 % amortissable	113.676.05	
Obligat. foncières 1883	62.674.50	
Obligat. Paris-Orléans	83.142.25	
Obligat. Paris-Lyon-Méditerranée	133.949.23	
Obligat. chemins de fer de l'*Est*	34.647.50	
Obligat. Banque hypothécaire 1881	28.345.07	
Obligat. Banque hypothécaire 1880	261.217.50	
A capital		867.391.18
	867.391.18	867.391.18

Certifié le bilan ci-dessus conforme aux écritures du Journal et du Grand livre, arrêté à l'actif et au passif à la somme de huit cent soixante-sept mille trois cent quatre-vingt-onze francs dix-huit centimes.

Le Trésorier : Dr H. Verdalle.

Profits et Pertes :

A frais généraux pour balance	4.608.80
A divers, pour moins-value sur les valeurs du portefeuille, au 31 décembre 1906, savoir	27.747 »
Solde ou excédent des recettes, versé au compte : « Capital »	21.092.05
	53.447.85
Par caisse, coupons et intérêts encaissés en 1907	27.542.40
Par Caisse des Pensions, sa balance	25.905.45
Egal	53.447.85

Opérations :

Caisse des pensions :

Retraites payées	31.924.75	
Solde versé à Profits et Pertes	25.905.45	57.830.20
Cotisations encaissées	57.605.20	
Abandons de retraite	225	
Egal		57.830.20

Cotisations encaissées en 1907	57.605.20
Retraites payées en 1907	31.924.75

Portefeuille au 31 décembre 1907.

269 obligations du chemin de fer du Midi (anciennes).
79 obligations du chemin de fer du Midi (nouvelles).
3.585 fr. de rente 3 % amortissable.
190 obligations de Paris-Orléans.
320 obligations de Paris-Lyon-Méditerranée (fusion ancienne).
80 obligations du chemin de fer de l'Est.
69 obligations de la Banque hypothécaire de France 1881.
501 obligations de la Banque hypothécaire de France, 1880.
151 obligations foncières, 1883.

IIe CONGRÈS DES PRATICIENS DE FRANCE

(*Lille*, 25, 28 *juin* 1908).

Dispositions générales prises d'accord avec le Comité de vigilance.

Cotisations. — Subventions. — Votation Rapports.

I. — *Cotisations.*

Le Congrès est ouvert à tout médecin français et à tout étudiant en médecine français ayant versé une cotisation de cinq francs. Chaque congressiste aura droit au volume des rapports, au vote dans ses différents modes, aux réductions consenties par les Compagnies de chemins de fer, hôtels etc.,, soit pour le voyage de Lille, soit pour les excursions organisées par le comité du Nord (Mines, Bruxelles, Londres, etc).

II. — *Subventions.*

A. — Le comité d'organisation du Congrès de 1908 prie tous les Syndicats médicaux, toutes les Associations professionnelles médicales, toutes les Sociétés médicales, etc., de voter, en faveur de ce Congrès, dont l'action doit être décisive après l'admirable mouvement de Défense professionnelle du Congrès de Paris, une subvention collective dont la nécessité s'impose pour faire aboutir les revendications des Praticiens.

B. — Le comité demande en outre à tous les Syndicats médicaux de France (1) :

1° De désigner un ou plusieurs délégués chargés de les représenter *officiellement* au Congrès :

2° En cas d'éloignement trop considérable, de se concerter avec les Syndicats voisins pour former un *groupement intersyndical* qui se fera représenter par des délégués.

Nota. — Les délégués auront à verser, comme les autres adhérents, la cotisation de *cinq francs*. Représentants élus des organisations syndicales ils auront droit, *en cas de vote par bulletin*, à autant de voix qu'ils détiendront de mandats.

C. — Le Bureau de chaque Syndicat enverra, au moins 2 mois avant l'ouverture du Congrès, au Trésorier du Comité du Nord :

a) La subvention collective ;
b) Les noms des Syndiqués ;
c) Les noms, adresse et gare de départ des délégués.

(1) *Les Sociétés médicales d'arrondissement de Paris, constituant, en réalité, des groupements de défense professionnelle, seront assimilées aux Syndicats.*

Des mesures seront prises toutefois — comme à l'égard des Syndicats de spécialistes — pour que les membres de ces sociétés, appartenant déjà à un syndicat, n'émettent pas un double vote.

Au reçu de ce dossier, le Comité d'organisation enverra aux délégués un *Pouvoir* portant indication du nombre des mandats qu'ils seront appelés à représenter, et dont ils auront à faire état en cas de vote par bulletin lors des séances du Congrès.

D. — Comme il existe un certain nombre de régions dépourvues de Syndicats, le Comité du Nord, s'inspirant d'un vœu émis par le Congrès des Praticiens et pénétré de la nécessité d'encourager partout le mouvement corporatif, insiste auprès des Confrères de ces régions pour qu'ils constituent dans leur ville, canton ou arrondissement, des groupements provisoires. Ceux-ci nommeront des délégués qui jouiront des mêmes droits que les délégués des Syndicats.

Ces délégués avertiront, dans le délai spécifié plus haut, le comité organisateur de la formation de leur groupe, lui communiqueront la liste nominative (légalisée) des adhérents, et agiront comme il est dit pour les syndicats.

Les groupements qui se trouveront dans l'impossibilité de nommer des délégués, *pourront transférer leurs pouvoirs au syndicat le plus voisin.*

E. — Seront assimilées aux syndicats médicaux les Associations corporatives d'Etudiants régulièrement constituées.

F. — *Membres des familles médicales.* —Les parents accompagnant les Congressistes, et ayant versé la cotisation de *cinq francs*, jouiront des *avantages matériels* accordés aux Congressistes, sauf qu'ils n'auront pas droit au volume des rapports.

III. — *Votation.*

A. — Le vote aura lieu à mains levées.

Lorsque le résultat sera proclamé par le Président, le vote sera acquis, à moins que des délégués, représentant un nombre de mandats *supérieur au nombre des voix qui ont assuré la majorité*, ne réclament le vote par bulletin ; auquel cas le premier vote sera suspendu. Il y aura alors lieu de procéder à un *second vote* au bulletin secret.

Ce vote au bulletin secret aura lieu *d'emblée* si le Bureau le juge nécessaire.

Il y sera procédé de la façon suivante :

a) Les Délégués voteront les premiers, au moyen de tickets dont il sera parlé plus loin, lesquels tickets représenteront autant de voix que le délégué apporte de mandats.

b) Les Praticiens ayant cotisé à titre individuel voteront ensuite, sur présentation de l'acquit de leur cotisation, et déposeront dans l'urne un bulletin représentant *une* voix.

c) Les délégués d'Associations d'Etudiants auront droit à 10 % des voix de leurs adhérents. Sous cette réserve, ils voteront comme les Délégués des Syndicats.

Tickets. — Le Comité du Nord mettra à la disposition des délégués *des tickets* de différentes couleurs, sur lesquels seront inscrits respectivement les chiffres 1, 5, 10, 25, 50 et 100.

En cas de vote par bulletin, il leur sera remis des tickets (correspondant au nombre de leurs mandats), sur lesquels ils inscriront leur vote, et qu'ils présenteront *pliés* au Président en même temps que leur pouvoir. Après vérification et émargement, le Président déposera lui-même les tickets dans l'urne.

IV. — *Rapports.*

Comme il y a intérêt à réunir tous les rapports dans un même volume, les Confrères rapporteurs se feront un devoir de condenser leur travail en un nombre de pages aussi restreint que possible. (La liste de ces rapports sera publiée incessamment).

Le Congrès devant s'ouvrir le 25 juin il y a lieu d'indiquer, comme dernière limite au dépôt des rapports, le 5 mai 1908.

POUR LE COMITÉ RÉGIONAL ET PAR ORDRE :

Le secrétaire général,

Dr A. AUBERT,
5, rue Thiers.

CORRESPONDANCE

Revendication légitime

Monsieur et honoré Confrère,

Votre excellent journal rapporte, dans son numéro du 2 février 1908, un travail du Dr Blumberg, publié dans la *Munch. med. Woch*,. et où celui-ci expose ses recherches sur un « *nouveau signe* » *de péritonite aiguë, qu'il étudie depuis dix-huit mois : la douleur particulièrement vive au retrait brusque de la main palpant l'abdomen.*

Permettez-moi de dire que ce signe n'a rien de nouveau, au moins en France, car mon regretté maître, Gérard-Marchant, chirurgien des hôpitaux de Paris, nous le signalait déjà, et insistait sur sa valeur, lorsque j'étais son interne, en 1902. Il l'appelait le « signe de la décompression », et nous faisait remarquer qu'il se retrouvait dans toutes les inflammations aiguës du péritoine et que la comparaison d'intensité des deux sensations douloureuses à la pression et au retrait de la main permettait une certaine appréciation du degré de réaction péritonéale. Personnellement, j'ai toujours recherché depuis lors ce signe lorsque l'occasion s'en présentait, et l'ai trouvé très généralement vrai.

Ne croyez-vous pas que ce serait rendre justice à la chirurgie française que de publier ces quelques lignes, pour montrer que, quoique plus discrets que les confrères de certains pays, les cliniciens de France ne les ont pas attendus sur bien des points pour perfectionner leur art ?

Veuillez agréer, je vous prie, mon cher confrère, l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

Dr Paul TRIDON (de Berck).
Ancien chef de clinique
à la Faculté de Paris.

Prenez garde

Valence, le 11 février 1908.

Mon cher Rédacteur en chef,

Dans ma lettre qu'a bien voulu publier le *Concours médical* du 26 janvier, je me permettais de dire à nos délégués à la commission du Tarif Dubief : *Prenez garde ; avant toute discussion de chiffres, demandez des garanties ; obtenez la promesse que les procès-verbaux de vos futures délibérations seront publiés.*

La réponse suivante que le ministre du travail a bien voulu faire à ma lettre du 18 janvier vient très opportunément prouver l'utilité du conseil que je donnais ainsi.

Paris, le 3 février 1908.

Monsieur,

Par lettre du 18 janvier, faisant suite à une précédente correspondance échangée entre vous et mon Département relativement au tarif des frais médicaux et pharmaceutiques en matière d'accidents du travail, vous m'avez demandé communication des procès-verbaux des séances de la Commission spéciale prévue à l'article 4 de la loi du 9 avril 1898, modifiée par celle du 31 mars 1905, ainsi que de l'enquête administrative à laquelle il a été procédé pour éclairer ladite Commission dans ses travaux.

J'ai l'honneur de vous informer que les procès-verbaux de la commission susvisée ne prêtent point à publication ni à communication, les conclusions seules

des discussions subsistant sous forme d'avis de la Commission dont le Ministre s'inspire pour prendre les arrêtés prévus par la loi.

En ce qui concerne l'enquête administrative, elle constitue un ensemble de documents d'ordre intérieur destinés à éclairer la Commission et le Ministre.

J'ajoute, au surplus, que la question que vous soulevez ne présente plus guère d'intérêt pratique, puisque je compte assez prochainement demander à la commission de reprendre l'étude générale du tarif adopté en 1905.

Recevez, Monsieur, l'assurance de ma parfaite considération.

Le Ministre du Travail
et de la prévoyance sociales,
René VIVIANI.

Le Corps médical qui très justement vous a fait, ainsi qu'à MM. Dubuisson et Pedebidou, un large crédit, comprendra facilement que vous puissiez être vaincus.

Il ne saurait vous pardonner de vous laisser duper une seconde fois.

Vous voilà bien et dument avertis. Veillez !

Veuillez agréer, mon cher rédacteur en chef, l'expression de mes meilleurs sentiments confraternels.

Dr ROCHEBLAVE.

Le service militaire des étudiants en médecine

Mon cher Confrère,

J'ai étudié le cas du fils du Dr L.., et je me suis renseigné à diverses sources des plus autorisées. Voici les renseignements obtenus, conformes d'ailleurs à ceux que notre confrère s'était déjà procurés à titre officieux au ministère.

Les étudiants en médecine peuvent, *avant leur comparution devant le Conseil de Révision*, demander un sursis d'incorporation, renouvelable d'année en année jusqu'à 25 ans. (*Art.* 22).

L'art. 23 (Service militaire en *deux périodes*) n'est applicable qu'aux Elèves des grandes écoles.

Enfin, *Art.* 24 : les étudiants en médecine *à 12 inscriptions, ou les docteurs en médecine*, seuls, peuvent faire leur 2e année comme médecin auxiliaire (emploi et non grade) *cette 2e année suivant immédiatement la première année de service*.

Il est donc impossible au fils de notre confrère d'espérer scinder en deux son service militaire, ou de faire sa 2e année comme médecin auxiliaire.

Pour cela il lui eût fallu, avant le conseil de révision, demander un sursis renouvelable jusqu'à sa *douzième inscription* ; alors par la force des choses, il eut fait sa 2e année de service comme médecin auxiliaire.

La note parue, dans la page 51 du *Concours* de cette année, prête à confusion et inexactitude : l'article du Dr Granjux est seul exact (voir *Concours* 1905, page 107).

Veuillez agréer, mon cher Confrère, l'assurance de mes meilleurs sentiments.

Dr G. F.
Médecin-major.

Væ Solis

Périgueux, le 17 février 1908.

Mon cher Confrère,

Je lis dans la *Cote de la Bourse* et *de la Banque* du 15 février :

« *Revue du marché des assurances-accidents*.— Le monde assurances accidents se plaint toujours des dépenses causées par les frais médicaux qu'entraînent les accidents du travail ; les charges occasionnées de ce fait aux compagnies sont énormes et disproportionnées avec les accidents ; elles deviennent d'autant plus lourdes que des abus sont sans cesse commis qui les aggravent considérablement.

« A la réunion de l'Association de l'industrie et de l'agriculture françaises tenue le 16 janvier dernier, M. Charles Renard, administrateur délégué, rappelant combien le patronat se plaignait des lourdes charges qui lui sont imposées par la loi sur les accidents du travail, n'a pas caché qu'elles provenaient en partie du tarif médical de 1905. Exposant ensuite que ce tarif n'avait été établi que pour un temps limité et qu'il allait être incessamment modifié, il s'est élevé contre le projet d'une aggravation nouvelle émanant des syndicats médicaux. Tout le monde, a-t-il dit, doit protester contre ce projet et demander que le nouveau tarif de 1905 soit réduit et non augmenté. Le comité de l'Association de l'industrie et de l'agriculture a adopté ces conclusions, et tout en rendant hommage à la dignité du corps médical, a déclaré que la loi sur les accidents du travail avait donné naissance à une foule d'abus de la part des praticiens peu scrupuleux, pharmaciens et médecins, qui se font une clientèle parfois sur le dos des compagnies d'assurances qui les payent. Ces revendications paraissent justes et justifiées et il faut espérer, dans l'intérêt général, que les syndicats médicaux le comprendront ».

Espérons que des notes tendancieuses de ce genre ouvriront enfin les yeux des moins clairvoyants d'entre nous ou des sceptiques qui se demandent encore à quoi peut bien leur être utile leur affiliation à un syndicat médical.

Devant la coalition des intérêts puissants qui se groupent aujourd'hui contre nous, l'indifférence n'est plus de mise cependant ; il n'est pas digne, en se tenant à l'écart de la bataille, de profiter des résultats acquis par les efforts des vaillants que vous êtes au *Concours* et à l'*Union des Syndicats* ; chacun de nous, en payant une cotisation et en adhérant au Syndicat médical de son département, a le devoir de prendre part à l'action.

Votre dévoué,

DELBÈS,
Secrétaire du syndicat médical
de la Dordogne.

Les habiletés d'un consultant

Mon cher Confrère,

Notre organe le *Concours médical* étant un journal ouvert surtout aux praticiens, je crois qu'il n'est pas hors de propos de leur soumettre la petite histoire suivante :

Et comme préambule, je puis jeter le cri suivant: Médecins de campagne, mes frères ! méfiez-vous des consultations avec le confrère de la ville voisine ! !

Voici les faits : Dernièrement, je fus appelé auprès d'une femme en couches avec la présentation suivante: du siège complet en SIGA.

La marche du travail est normale, les contractions suivies, et assez douloureuses au dire de la malade.

Issue de méconium, comme il arrive dans ce cas. Celle-ci est une primipare âgée de 28 ans. Le sexe de l'enfant a pu être diagnostiqué aux *bene pendentes* qui se présentent.

Il est 11 heures 1/2 du matin.

Malgré mes affirmations d'un travail normal, et exempt de danger très probablement, la famille, (surtout les beaux-parents) n'est pas rassurée. La belle-mère, en effet, avait eu une présentation du siège avec extraction laborieuse, crochets, enfant mort bien entendu. En présence de ces faits, et ne sachant jamais comment finira un accouchement par le siège, surtout pour l'enfant, je fais appeler un consultant.

Entre temps, le siège arrive à la vulve, la femme est placée en travers du lit, j'ausculte toutes les 5 minutes ; l'enfant est bien vivant, rien ne presse. Arrive le consultant à 3 heures après-midi, qui, sous pré-

texte de s'assurer des choses, saisit un pied, l'amène au dehors, et contre toutes les règles de l'art, tire dessus. Fort heureusement, l'enfant est de petit volume et vient bien néanmoins ; quand nous sommes à l'ombilic, je conseille la modération dans les tractions. Enfin les accidents possibles, relèvement des bras et déflexion de la tête, ne se produisent pas, l'enfant naît un peu étonné, comme de juste, mais *crie à la première tape* et le confrère de s'écrier : *il était temps* ! Je me demande de quoi? L'enfant était vigoureux, n'a pas souffert et ne demandait qu'à vivre, bien entendu.

La morale de cette histoire ? Elle découle d'elle-même :

Encore une fois, médecins de campagne, mes frères, méfiez-vous des consultations avec le confrère de la ville voisine qui s'attribuera les avantages, et vous laissera les déboires pour compte.

P.-S. — J'allais oublier de vous prier de me renseigner, par la voie du journal, sur le point suivant : Un médecin « commis-voyageur en médecine » qui donne des consultations deux fois par semaine, à jours et heures fixes, dans un café et dans des localités différentes, doit-il payer la patente dans chaque localité ?

Réponse.— Il le devrait, mais sur quoi baser les patentes hors de sa résidence.

REPORTAGE MÉDICAL

Association des journalistes médicaux. — L'assemblée générale a eu lieu vendredi soir, au restaurant Marguery, sous la présidence du docteur Brochin.

Après l'expédition des affaires courantes, M. le secrétaire général Cabanès a donné lecture de son rapport sur la situation de la Société qui est des plus florissantes. Elle compte, en effet, 130 membres et a une situation financière des plus enviables.

On procède ensuite au renouvellement du bureau. M. le professeur Monprofit (d'Angers) est élu à l'unanimité président ; MM. Maurice de Fleury et le professeur Régis (de Bordeaux) sont élus vice-présidents.

Après un discours très spirituel de M. Brochin, président sortant, a eu lieu un banquet fort brillant.

A la table d'honneur, aux côtés de M. le président Monprofit, on remarquait M. Mirman, directeur de l'Assistance publique et de l Hygiène au ministère de l Intérieur, représentant le président du Conseil, les représentants des ministères de l'Instruction publique et de l'Agriculture ; M. le doyen Landouzy, M. le professeur Pozzi, M. le sénateur Pédebidou, le secrétaire général de l'Association des journalistes parisiens, des délégués des associations de la presse médicale et scientifique.

Parmi les discours, retenons celui de M. Mirman disant son rêve de voir chacun des journaux quotidiens s'attacher un rédacteur médical qui parlerait sans cesse au public d'hygiène, de prophylaxie, de médecine sociale bien comprise.

Ce fut le rêve de bien des médecins, mais les intérêts de la 4e page en ont toujours empêché la réalisation.

Service de santé militaire. — Un concours s'ouvrira le 15 juin 1908 (épreuves écrites) pour l'admission en 1908 à l'école du service de santé militaire. Les inscriptions seront reçues dans les préfectures du 1er *au* 18 *mai*. Les épreuves orales auront lieu du 24 juillet au 17 août. Le programme, arrêté le 24 février 1908, donnant les conditions du concours, a été inséré au *Bulletin officiel* du ministère de la guerre (partie supplémentaire).

Société d'assurance contre la maladie et l'invalidité créée en faveur des médecins allemands. — Cette société, de fondation relativement récente, compte 1.075 adhérents ; le nombre de ceux-ci a augmenté de 132, d'une année à l'autre. Au cours de l'année 1906, le montant des cotisations s'est élevé à 309.135 francs, et celui des intérêts des placements divers à 71.205 francs. Le nombre des malades a été de 129 avec 4,859 journées de maladies, ayant occasionné un décaissement de 45.774 fr. Les pensions, au nombre de 29, servies pour cause d'invalidité, ont occasionné une dépense de 34.497 francs. Le fonds social atteint actuellement une valeur de 1 million 460.908 francs.

Premier Congrès des médecins de langue française s'occupant de physiothérapie. — Ce Congrès, organisé sur l'initiative de la Société française d'Electrothérapie et de Radiologie médicale et de la Société de Kinésithérapie, a surtout pour but l'étude comparée des divers agents physiques (électricité, massage, mécanothérapie, gymnastique, lumière, rayons X, etc.)

M. le professeur Landouzy, doyen de la Faculté de médecine, a bien voulu accepter la présidence d'honneur.

Le bureau de la commission d'organisation est ainsi composé :

Président : M. Oudin.

Vice-présidents : MM. Albert Weil, Kouindjy, Lagrange, Stapler, Zimmern.

Secrétaire général : M. Laquerrière, 2, rue de la Bienfaisance (Paris).

Secrétaire général adjoint : M. Bloch.

Trésorier : M. Delherm.

Nous donnerons ultérieurement la liste du comité de patronage scientifique.

Les séances auront lieu au petit amphithéâtre de la Faculté de médecine durant la semaine qui suit Pâques. Pendant cette même semaine a lieu également l'exposition de la Société de physique, l'assemblée générale annuelle du Syndicat des médecins électrologues et radiologues, la séance de la Société d'électrothérapie. (la Commission s'entendra d'ailleurs avec ces diverses organisations pour qu'aucune des réunions ne coïncident).

MM. Zimmern. Delherm, Lagrange, Kouindjy, de Munter, Dagron, Laquerrière, Duclaux, Bellot, Haret, ont bien voulu promettre des rapports, chacun dans leur spécialité respective sur les deux questions mises à l'ordre du jour : 1° Les agents physiques dans le diagnostic et le traitement des traumatismes articulaires et osseux ; 2° Les agents physiques dans le traitement des névralgies et névrites.

Deux séances seront consacrées à la discussion de ces rapports et aux communications sur les mêmes sujets. Une troisième séance sera réservée aux communications sur des sujets divers ; mais les auteurs sont instamment priés de ne pas perdre de vue le but du Congrès ; « étude comparée des divers agents physiques », ils devront donc autant que possible éviter les détails de technique ou d'instrumentation susceptibles d'intéresser les seuls spécialistes d'une branche unique de la physiothérapie.

Le prix de la cotisation est fixé à 10 francs.

Pour tous renseignements, s'adresser au Dr Laquerrière, 2, rue de la Bienfaisance, Paris, secrétaire général de la Commission d'organisation.

Facultés, hôpitaux et écoles. — M. Terrien, ophtalmologiste des Enfants-Malades, ancien chef de clinique de la Faculté, commencera, le mardi 10 mars 1908, à 2 h. (Hôtel-Dieu) à l'amphithéâtre Dupuytren, une série de conférences sur les maladies des yeux et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

Ces conférences sont obligatoires pour les stagiaires inscrits à la clinique ophtalmologique pendant le semestre d'été. Les étudiants pourvus de 12 inscriptions peuvent se faire inscrire à la Faculté. L'inscription est gratuite.

—M. Pierre Sébileau, agrégé, chirurgien de l'hôpital Lariboisière, assisté de M. E. Lombard, com-

mencera son cours en 10 leçons, le lundi 16 mars, à 2 h. et le continuera les lundis, mercredis et vendredis à la même heure.

Le nombre des auditeurs est limité à 25. Le droit d'inscription est gratuit pour les internes des hôpitaux.

Il est de 80 francs pour les docteurs en médecine et de 50 francs pour les étudiants. Se faire inscrire, 17, rue du Fer-à-Moulin.

THÉRAPEUTIQUE

Un hémo-ferrugineux : « le sanguinal »

Comment le fer agit il dans l'organisme ? Il est impossible encore, à l'heure actuelle, de répondre à cette question de façon satisfaisante, et cependant ce ne sont ni les recherches expérimentales ni les études cliniques qui ont manqué.

Mais si elles n'ont pu résoudre le problème au point de vue théorique, elles ont du moins confirmé un fait dès longtemps démontré par l'empirisme, à savoir l'action bienfaisante du fer. D'ailleurs les formes sous lesquelles ce métal a été employé en thérapeutique ont singulièrement varié avec le temps, et entre la vulgaire « eau ferrée », chère à nos grands-parents, et les produits utilisés par la pharmacopée actuelle, il y a un monde.

Parmi ces derniers. il en est un qui paraît avoir rempli tous les desiderata, et auquel le corps médical accorde chaque jour davantage sa faveur: c'est le sanguinal.

Le sanguinal est un hémo-ferrugineux, c'est-à-dire qu'il a pour base le fer du sang, l'hémoglobine. Mais, pour puissante que soit cette dernière, elle n'est pas seule à agir dans le produit qui nous occupe, et si nous nous reportons à sa composition chimique nous voyons qu'il contient, à côté de 10 p. 100 d'hémoglobine cristallisée chimiquement pure, 46 p. 100 de sels naturels du sang, 44 p. 100 d'albumine musculaire peptonisée facilement préparée et des traces de manganèse. Or, parmi ces divers composants, les sels sanguins tout particulièrement jouent dans l'hématopoïèse un rôle considérable, rôle que les travaux de nombreux auteurs ont bien mis en lumière dans ces dernières années.

En tout cas l'idée directrice de la préparation du sanguinal fut de créer une combinaison ferrugineuse physiologique dont la constitution naturelle ne serait modifiée par aucun procédé chimique. Et si l'on veut bien comparer la composition de ce corps et celle du sang, on verra que le produit artificiel se rapproche du produit vivant autant qu'il est possible d'y parvenir en l'état actuel de la science.

Un autre avantage précieux du sanguinal est d'introduire le fer dans l'organisme sous une forme telle qu'il puisse se dissoudre, c'est-à-dire être digéré par les sucs intestinaux ; il en résulte une assimilation et une résorption rapides et complètes.

Nous ne croyons pas qu'il soit utile de reprendre ici successivement l'étude de chacun des corps qui entrent dans la constitution du sanguinal, en tout cas nous ne nous arrêterons pas aux discussions théoriques. Il serait facile en effet de parler longuement des recherches récentes faites sur les pigments sanguins et qui ont démontré les relations étroites qui unissent l'hémoglobine et l'hématine. Ce que nous devons entretenir c'est que la résorption des préparations à base d hémoglobine s'effectue de telle façon qu'elles sont d'abord décomposées par les ferments digestifs jusqu'à production d hématine. Une partie de cette dernière est chassée ultérieurement avec les excréments, tandis qu'une autre partie est réduite à l état d'hémochromogine et résorbée sous cette forme. C'est cette résorption qu'il faut faciliter en évitant que la préparation d'hémoglobine ne s'agglomère dans l'intestin grêle en une masse visqueuse. Or, dans le sanguinal la présence des autres parties constitutives du produit s'oppose à cette agglomération.

En dehors de l'albumine peptonisée, qui est un agent thérapeutique précieux, les traces de manganèse que contient le sanguinal secondent très efficacement l'action de l'hémoglobine. On connaît bien, en effet, la supériorité du manganèse comme véhicule de l'ozone et son influence sur les globules rouges. Enfin l'adjonction de 46 % de sels naturels du sang a une importance capitale qu'il est inutile de souligner.

Si, quittant ces considérations d'ordre théorique, nous passons à la pratique, c'est-à-dire au mode d'emploi du sanguinal, nous voyons que celui-ci s'administre de préférence en pilules.

Naturellement le sanguinal, sous peine d'être un produit imparfait, se prête merveilleusement à de multiples associations médicamenteuses.

Nous n'en citerons ici que quelques-unes parmi les plus importantes.

Par lui-même, le sanguinal ne constipe pas, mais dans beaucoup de cas de chlorose, l'atonie de l'intestin est telle qu'il est bon de stimuler l'organe, et l'on y parviendra aisément en lui associant l'extrait de rhubarbe.

Nombreux sont les états où, en même temps qu'il est nécessaire de provoquer l'hématopoïèse, il faut aussi influencer les échanges cellulaires des tissus et agir sur des lésions locales. Rien ne sera plus simple en associant au sanguinal ce modificateur merveilleux qui s'appelle l'iode.

De même, en unissant le sanguinal et l'arsenic sous forme d'acide arsénieux, on pourra combattre la neurasthénie, les névralgies, le diabète, certaines dermatoses comme l'eczéma chronique, et modifier heureusement des états comme la leucémie.

L'action tonique si puissante et si fidèle de la quinine pourra être utilisée également et en réunissant dans les mêmes pilules le chlorhydrate de quinine et le sanguinal, on pourra combattre tous les cas d'affaiblissement par hémorragies ou surmenage, et activer la reconstitution des forces chez les convalescents.

Nous ne pouvons naturellement donner ici que des indications générales, et nous ne saurions prétendre énumérer toutes les affections justiciables du sanguinal, soit isolé, soit à l'état d'association pharmaceutique. Nous rappellerons seulement aux praticiens qu'ils ont là à leur disposition un agent médicamenteux aussi sûr dans son action que parfait dans sa forme.

La dose ordinaire est de neuf pilules chaque jour par trois pilules à la fois, à intervalles égaux.

Il serait indigne du sanguinal de le représenter comme une panacée, mais bien employé dans les multiples cas où il est indiqué, il ne donnera que bien exceptionnellement des mécomptes.

Le Directeur-Gérant : Dr E. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trentième année N° 11 Dimanche 15 MARS 1908

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Lettre ouverte à Monsieur le Garde des Sceaux

Dans sa réunion du 5 mars, le Conseil du « Sou médical » a décidé l'envoi de la lettre suivante :

Monsieur le Ministre de la Justice, Garde des Sceaux,

Au nom et comme membres du Bureau de la Société de défense professionnelle médicale, le « Sou médical », constitué par plus de 1200 médecins de tous les départements de France et des colonies, nous venons, dans l'intérêt du Corps médical et de la moralité publique, solliciter votre haute intervention dans les circonstances suivantes :

Depuis le vote de la loi du 31 mars 1905 modifiant et complétant la loi du 9 avril 1898, notamment en ce qui concerne les sanctions inscrites dans l'article 30 contre les atteintes ou tentatives de porter atteinte au libre droit des victimes d'accidents du travail de choisir leur médecin, commises par les chefs d'entreprise ou leurs assureurs, aussi bien que contre la délivrance par des médecins de certificats dans lesquels les conséquences des accidents seraient sciemment dénaturées, ces dispositions protectrices sont restées lettre morte.

Des plaintes portées par nous au Parquet de M. le Procureur général près la Cour d'appel de Paris, à raison d'infractions de la première catégorie n'ont reçu aucune suite.

En ce qui concerne la seconde catégorie d'infractions, nous avons l'honneur de vous signaler qu'au cours d'une campagne récente, dont le caractère tendancieux n'a pas échappé à la perspicacité de M. le Directeur de l'Hygiène et de la Prévoyance sociales, deux grands journaux, le *Temps* et le *Matin*, ont prêté l'énorme publicité de leurs colonnes aux récits de faits dont se seraient rendus coupables trois médecins qui ne sont désignés que par les initiales X. Y. et Z.

Dans les nos du *Temps* des 16 et 17 février et du *Matin* du 17 février, M. Villemin, membre du Comité consultatif contre les accidents du travail et président de la Chambre syndicale des entrepreneurs de maçonnerie de la ville de Paris et du département de la Seine, accuse formellement trois docteurs en médecine d'avoir délivré, à trois ouvriers, des certificats constatant l'existence de traumatismes ou de lésions, conséquences d'accidents du travail, alors que ces trois ouvriers n'auraient présenté aucune trace de traumatisme récent, ainsi qu'il serait résulté de l'examen auquel il aurait été procédé préalablement par le Dr Lapointe, chirurgien des hôpitaux. Ces ouvriers auraient été envoyés par le chef d'entreprise à nos trois confrères *afin* d'arriver à les prendre en flagrant délit de délivrance de certificats frauduleux.

A notre grande surprise, à la suite de ces articles sensationnels, dénonçant ainsi publiquement des infractions caractérisées, dont la sanction est inscrite dans l'article 30 de la Loi de 1898-1905,

ni les associations patronales, ni les Cies d'assurances, dont les intérêts seraient lésés par de tels agissements, n'ont saisi la justice de plaintes destinées à provoquer l'application de la loi, et M. le Procureur de la République lui-même n'a pas cru devoir, malgré la grande publicité donnée à la dénonciation, mettre en mouvement l'action publique.

Le Corps médical, qui remplit avec conscience la mission qui lui incombe dans la constatation des conséquences des accidents du travail, se voit donc dans la nécessité d'attirer votre attention sur l'accusation qui pèse sur quelques-uns de ses membres. Il lui paraît impossible que les faits graves allégués contre ceux-ci restent impunis, s'ils ont été réellement commis, et il a le plus grand intérêt, puisque les accusateurs, après avoir causé un grand scandale dans le public par la voie de la Presse, semblent vouloir borner là leur action, à ce qu'il soit procédé à une enquête à l'effet de vérifier si les infractions dénoncées ont été réellement commises, pour aboutir à des poursuites devant la juridiction répressive, si l'enquête démontre la culpabilité des médecins visés.

En second lieu, Monsieur le Garde des Sceaux, nous avons l'honneur de vous signaler que la mollesse des parquets de province est aussi grande que celle du ressort à l'égard des infractions aux dispositions de l'article 30 sus-visé.

Il est à notre connaissance qu'une plainte a été portée à M. le Procureur de la République de Montpellier dans le 2e semestre de 1907 par M. Lelièvre, directeur général de la Mutuelle Française, société d'assurances dont le siège est au Mans, en raison de certificats délivrés un ouvrier blessé une première fois le 18 juillet au service d'un entrepreneur de chargements à Cette (Hérault) et une deuxième fois, le 2 août 1906, comme patron de barque de pêche. Cet ouvrier aurait obtenu du même médecin des certificats pour se faire indemniser par la Caisse de prévoyance de la marine à raison de ce nouvel accident, et en même temps d'autres certificats attribuant au premier accident les conséquences du second, de manière à lui permettre de se faire verser par la Compagnie d'assurances les indemnités prévues par la loi de 1898, pour les conséquences d'un accident que ne couvrait pas la police d'assurances et qui ne tombait pas sous l'application de la loi accidents.

Aucune suite n'a été donnée à cette plainte, bien que les faits fussent d'une vérification facile.

Nous ignorons si la plainte est fondée. Mais il nous semble qu'il n'est pas admissible que la justice se désintéresse de la question de savoir si un concert aussi frauduleux a pu se produire dans les circonstances relatées à la plainte.

Les membres du Corps médical ne peuvent, Monsieur le Ministre, que s'adresser à vous pour obtenir que les accusations portées soient vérifiées et pour que les sanctions légales soient appliquées, s'il y a lieu.

Il n'y a pas d'autre moyen pour eux de se dégager de toute solidarité avec des confrères coupables de tels actes, si tant est que leur culpabilité soit démontrée, que d'insister auprès de vous pour que la loi soit appliquée.

Veuillez agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de nos sentiments respectueux et dévoués.

NOTA. — Depuis l'envoi de cette lettre, nous avons appris que le Parquet de Montpellier, qui avait reçu la plainte au mois de novembre 1907 s'était décidé à prescrire une enquête, afin de se rendre compte s'il y avait lieu d'ouvrir une instruction. Quatre mois pour se décider à rechercher s'il y a eu infraction à une disposition légale et pour lire une plainte de vingt-cinq lignes, c'est beaucoup, soit pour le médecin s'il est injustement accusé, soit pour le prestige de la Loi si elle a été réellement violée.

LA SEMAINE MEDICALE

La gangrène pulmonaire chez l'enfant.

D'après une récente thèse de M. le Dr E. Bocquillon, malgré les rares guérisons obtenues par l'intervention chirurgicale (6 pour 29) d'une part, et le traitement médical, d'autre part, on peut admettre :

1° Que, chez l'enfant à mauvais état général, en proie à une fièvre intense, en voie de cachexie, l'intervention chirurgicale ne fera que hâter l'issue fatale.

2° Que lorsque le diagnostic de gangrène pulmonaire aura été posé chez un enfant à état général relativement bon, l'intervention sera indiquée aussitôt qu'apparaîtront les signes d'un épanchement pleurétique ou d'un pneumo-thorax.

3° Que chez l'enfant, dont l'organisme réagira bien vis-à-vis de l'infection, dont l'état général restera satisfaisant, il sera préférable d'instituer le traitement médical qui amènera parfois la guérison.

Les mesures d'hygiène et d'antisepsie prises actuellement dans les salles d'hôpital sont la base de la prophylaxie de la gangrène pulmonaire. Il faut, dans le même but, soigner aussi rigoureusement que possible les otites chroniques si fréquentes chez l'enfant, les caries du rocher, les gastro-entérites aiguës ou chroniques, les bronchectasies.

1° *Traitement médical.* — Une fois la gangrène pulmonaire constituée, ou bien elle passe complètement inaperçue, ce qui est fréquent (10 cas sur 29) ou bien le traitement reste malheureusement trop souvent sans effet, (8 cas sur 13).

Il faut : 1° soutenir les forces du malade ; 2° essayer de désinfecter le foyer pulmonaire ; 3° combattre les symptômes prédominants.

Le malade doit être tenu au lit dans une chambre spacieuse et bien aérée ; on le nourrira le plus possible avec du lait, des œufs, de la viande crue ; on lui donnera des vins généreux, du cognac, du fer, du quinquina.

On s'est efforcé d'introduire des antiseptiques dans le foyer de sphacèle au moyen d'injections directes : méthode inefficace ou tout au moins infidèle et sans précision. Il est préférable de répandre dans la chambre de la vapeur d'eau chargée de substances désinfectantes (acide phénique, acide thymique, eucalyptus, goudron, térébenthine) soit en faisant bouillir en permanence de l'eau qui contienne ces substances en solution, soit en faisant toutes les heures des pulvérisations de 5 à 10 minutes. Des inhalations de ces mêmes substances rendront de grands services.

On a conseillé de faire prendre à l'intérieur :

de l'acétate de plomb (2 à 3 centigrammes toutes les heures), du salicylate de soude (2 à 6 grammes par jour), de l'alcoolature d'eucalyptus (1-2 grammes), de la liqueur de LABARRAQUE, de l'hyposulfite de soude (1 à 4 grammes).

DIAMANTBERGER, a obtenu une remarquable guérison par le traitement suivant :

1° Injection profonde dans la fesse d'une seringue de Pravaz de :

Gaïacol cristallisé	} ââ 10 gr.
Huile d'amandes douces stérilisée....	}
Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 20

2° Tous les soirs, un lavement avec un demi-verre de lait additionné de 20 gouttes de la même solution.

DEVEREUX a également obtenu une guérison persistante au moyen des inhalations de vapeur créosotée.

La toux, la fièvre, seront combattues par les opiacés, l'acide salicylique et la quinine.

2° *Traitement chirurgical*. — MM. RECLUS, TUFFIER, QUENU se sont particulièrement occupés du traitement chirurgical de la gangrène pulmonaire. Ils en ont posé les indications, les contre-indications et le pronostic. L'intervention, selon ces auteurs, doit être précoce ; elle sera formellement indiquée toutes les fois qu'il s'agira d'un foyer unique, étendu, bien limité, avec état général grave et menace de septicémie.

« Le mode d'intervention de choix sera constitué, d'après L. DISSER (Thèse Paris, 1904), par des incisions larges, l'évacuation du foyer, l'extraction des séquestres parenchymateux ; on fera une thoracotomie large avec résection costale proportionnelle à l'étendue et à la profondeur du foyer gangréneux.

« L'incision pulmonaire avec ou sans ponction probatoire sera pratiquée au bistouri ou au thermocautère. L'incision sera franche et le foyer gangréneux largement ouvert à un point déclive, débarrassé de ses séquestres, bien examiné du doigt et de l'œil pour s'assurer de son isolement, sera tamponné antiseptiquement et drainé. »

Cette pneumotomie, en cas de gangrène circonscrite, a donné d'assez bons résultats chez l'adulte. Mais chez l'enfant, où les foyers gangréneux sont généralement multiples et fréquemment disséminés dans les deux poumons, la pneumotomie a beaucoup moins de chances de succès.

Quant à la pleurésie gangréneuse et au pneumothorax, on doit les opérer aussitôt qu'on a fait le diagnostic.

L'œsophagoscopie pour les corps étrangers de l'œsophage.

M. le Dr CAUZARD, dans une récente communication à la Société médicale du Louvre, a très lumineusement exposé la technique et le maniement de l'œsophagoscope de sa construction, dont il prône les avantages.

« Depuis que l'on emploie, dit-il, l'inspection endoscopique pour vérifier la situation des corps étrangers dans l'œsophage, on ne recourt plus guère à l'œsophagotomie externe. En présence d'un malade, enfant ou adulte, ayant avalé un objet quelconque, M. Cauzard indique quelle conduite on devra tenir.

« Tout d'abord, dit-il, l'interrogatoire devra être minutieusement dirigé, car il arrive souvent qu'un enfant soit amené pour avoir avalé par exemple, une pièce de monnaie, et l'objet n'a pas été dégluti, ou bien il a déjà franchi le cardia.

« Nous avons, ainsi, été consulté pour un enfant ayant dégluti un crayon ; comme cet enfant avait déjà avalé plusieurs bouillies sans difficulté et sans douleur, nous avons pensé que le petit crayon migrerait tranquillement dans le tube digestif et serait éliminé dans les selles, ce qui arrivait quelques jours après, en effet.

« Au dispensaire Furtado-Heine, en août dernier, un enfant est amené pour avoir avalé un sou : il n'existe que les affirmations de la maman comme signe de ce corps étranger ; aussi sommes-nous mis en défiance et faisons-nous radioscoper et radiographier l'enfant ; les deux épreuves sont négatives et cela aussi bien dans l'examen thoracique qu'abdominal, le sou n'avait pas été avalé ; les suites le confirmèrent.

« Récemment, à ce même établissement, vient un enfant, le mardi 24 septembre, avec des troubles de déglutition consécutifs à l'ingestion d'un sou datant du dimanche matin.

« Comme au toucher pharyngien fait le plus profondément possible, nous ne sentons rien, le malade est radioscopé et radiographié ; l'épreuve positive permet de situer le sou à la partie supérieure de l'œsophage et le mercredi matin nous nous proposons de faire l'extraction sous le contrôle de la vue au moyen de notre instrumentation endoscopique avec lumière interne et mobile.

« L'enfant est endormi sous chloroforme et après avoir mis l'ouvre-bouche de Doyen, et pris la langue dans une pince, la tête est mise en position de Rose. Avec facilité nous introduisons notre spatule endoscopique et nous pénétrons progressivement sous le contrôle de la vue dans l'œsophage. Le maniement de notre spatule est fait avec aisance, grâce à notre nouvel éclairage qui n'est pas extérieur à notre tube. Bientôt, nous apercevons le sou situé transversalement dans la lumière du conduit œsophagien qui se présente béant dans sa partie thoracique. Nous prenons une petite pince à tube, modifiée de celle de Janet pour les corps étrangers de l'urèthre, elle est à mors fixes et à tube mobile. Cette pince est introduite et toujours sous le regard, nous prenons par la tranche la plus proche la pièce de cinq centimes que nous retirons sans la moindre difficulté en même temps que notre spatule endoscopique.

« L'opération a duré quelques minutes et l'enfant était ramené quelques heures après chez lui. Les suites furent des plus simples.

« Sans employer la méthode endoscopique, quelle ligne de conduite aurions-nous dû suivre ? L'extraction par les voies naturelles aurait pu être faite par l'emploi du panier de Graefe ou du crochet de Kirmisson.

« Du premier, nous n'en parlerons que pour le proscrire, avec le Dr Veau, qui dernièrement, dans le *Journal de Médecine et de chirurgie pratiques*, disait de cet instrument : le panier de Graefe est dangereux et il doit être remplacé par le crochet de Kirmisson.

« Avec raison, Veau, tout en recommandant le crochet de Kirmisson, ajoute qu'il ne doit être employé que pour les pièces de monnaie et que l'extraction de la pièce de monnaie ne doit pas être tentée plus de cinq jours après l'accident.

« Si l'emploi de ce crochet est d'un maniement facile, si l'on ne lui connaît pas de méfaits, c'est une méthode restreinte puisqu'elle ne s'adresse qu'aux pièces de monnaie, et c'est une méthode aveugle puisque l'on ne peut connaître l'état des parois œsophagiennes, puisqu'on ne peut agir qu'à l'aveugle et par tâtonnement. Aussi Veau, sans parler d'autres moyens d'extraction par les voies naturelles, recommande-t-il, comme dernière ressource, l'œsophagotomie externe, ou la gastrotomie, oubliant que l'œsophagoscopie a de

nombreux succès. Il semble cependant que l'œsophagoscopie doive être la méthode la plus digne d'arrêter l'attention des chirurgiens en France et de devenir la méthode généralement adoptée pour l'extraction des corps étrangers des voies digestives supérieures.

« L'instrumentation n'est pas si compliquée ni si difficile à manier. Il faut seulement savoir qu'elle demande l'anesthésie générale pour être faite chez l'enfant et chez l'adulte trop nerveux. Autrement l'œsophagoscopie peut se faire sous anesthésie locale, après avoir fait prendre du bromure et un peu d'opium ou pratiqué une injection de morphine.

« Nous préférons donner au malade la position couchée, de Rose, on obtient ainsi l'immobilité thoracique plus facilement que dans la situation assise ; c'est d'ailleurs la pratique de Killian, de von Eicken, de Starck, de Moure, de Sencert.

« L'œsophagoscopie est une méthode double en ce sens qu'*elle permet de chercher et de trouver le corps étranger*, méthode de diagnostic précis, car la forme, la situation de l'objet seront connues, et qu'elle en permet d'autre part l'*extraction par les voies naturelles* sous le *contrôle de la vue*, méthode de traitement.

« Rarement elle est en défaut, les cas sont peu nombreux où l'extraction a été difficile et impossible. De toutes façons, c'est la meilleure méthode de diagnostic que nous possédions des corps étrangers de ce conduit.

« Où la radiographie a été négative, soit que le corps étranger ait été non métallique, soit que les rayons aient mal impressionné la plaque, l'endoscopie a été positive ou inversement ; Sencert cite ainsi un cas personnel où la radiographie étant positive à plusieurs reprises et même ayant été répétée avant d'endormir l'enfant, il eut la surprise de faire une œsophagotomie externe inutile. L'anesthésie générale et les premières manipulations opératoires sur le cou avaient permis la migration dans l'estomac où il fut retrouvé par la radiographie, du sou qui se trouvait depuis trois mois dans l'œsophage.

« Il est bien certain que si Sencert avait pratiqué à cette époque l'œsophagoscopie il l'aurait employée pour faire un diagnostic d'abord et selon l'aspect des parois œsophagiennes aurait décidé de faire ou non, sous le contrôle de la vue et par les voies naturelles, l'extraction de cette pièce de monnaie. »

En somme, l'œsophagoscopie est la nouvelle méthode à employer pour toutes les extractions de corps étrangers ; elle présente cet immense avantage de permettre les interventions en toute sécurité.

Infériorité des procédés de Laboratoire sur la Clinique,

Précisément, en même temps que nous publiions l'article de notre collaborateur, le Dr Paul Huguenin, sur la CLINIQUE ET LE LABORATOIRE, le professeur SIR DYCE DUCKWORTH, de Londres, faisait, à la Faculté de médecine, une remarquable conférence sur les diathèses et l'infériorité des procédés de laboratoire sur la clinique pour le diagnostic et le pronostic des maladies.

Nous ne saurions mieux faire que de citer textuellement plusieurs de ses paroles toutes empreintes de la précision anglaise :

« Ayons toujours bien en vue le fait que les recherches doivent être poursuivies utilement et seulement dans le but de maintenir la vérité, et non pas dans celui de créer simplement de la matière pour la publicité dans des journaux éphémères, ou des contributions pour les Congrès et les Sociétés de Médecine.

« Ainsi, tout en exprimant ma sympathie absolue pour les recherches contemporaines si avantageusement poursuivies, je ne suis pas prêt à tourner le dos à toutes les acquisitions solides du passé, à considérer mes prédécesseurs éminents en médecine comme des hommes peu sages et ignorants, et à croire que le microscope et les rayons X ont proclamé l'aube d'une ère tout à fait neuve. La vérité est éternelle, et il ne peut en exister de plusieurs façons.

« La tendance actuelle nous mène à adopter les révélations nouvelles et à ignorer ou mépriser les anciennes.

« Je crois que c'est une erreur dangereuse. Nous autres médecins tirons, peut-être, beaucoup trop de nos nouveautés des laboratoires des physiologistes. et nous nous appuyons, il est possible, trop sérieusement sur les déclarations d'hommes qui, sinon entièrement étrangers à toute expérience et instinct clinique, ne sont certainement pas médecins praticiens, en contact quotidien avec les maladies de l'humanité. Les enseignements du laboratoire *clinique* sont l'étude propre du médecin. Nous avons besoin d'un bien plus grand nombre de ces laboratoires que nous n'en avons aujourd'hui à notre disposition. Nous avons à nous occuper, comme je vous le dis, de l'humanité, et les problèmes qui nous sont présentés par l'homme, tant en santé qu'en maladie, ne peuvent jamais être résolus avec satisfaction par des expériences sur les animaux inférieurs. Nous apprenons beaucoup par ces dernières, et nous devons toujours les poursuivre, mais elles seront toujours insuffisantes pour répondre à toutes les demandes du clinicien. Notre étude principale est l'homme depuis sa naissance jusqu'à sa mort, et tout ce qui se rapporte à ses habitudes et son entourage. Un des résultats de nos études modernes est de nous faire envisager l'homme comme une unité vivante, avec une conformation corporelle exacte, avec un système trophique et un métabolisme uniforme pour tous les individus. et de négliger les singularités de tissus, les penchants définis, et les variantes de métabolisme intime.

« Un peu de réflexion suffit pour prouver clairement que ceci n'est pas vrai, et une foule d'exemples donnent un démenti immédiat à ces vues qui ont pris naissance dans le laboratoire du physiologiste, et ont été contredites auprès du lit des malades. Nous reconnaissons tous, assurément, que nos semblables n'ont pas tous le même type constitutionnel, mais nous avons cessé, depuis quelques années, de parler des divers tempéraments, tels que les sanguins, les bilieux, et les nerveux qui ont été décrits par nos prédécesseurs.

« Le fait est que nous ne prêtons plus beaucoup d'attention à ces variétés dans l'humanité et à ces qualités personnelles, et agissons actuellement plutôt comme si nous suivions les expériences dans les laboratoires du physiologiste. De là surgissent des erreurs et des enseignements étranges, quand, par exemple, après avoir empoisonné des petits animaux avec de l'alcool pur, on nous dit solennellement que la boisson d'un peu de bon vin ou de bière est une habitude pernicieuse pour l'homme civilisé ! Cette sottise est aujourd'hui envisagée par quelques membres de notre profession comme exemple du progrès scientifique, et comme une contribution aux connaissances qui doivent nous aider dans notre profession et faire revenir les victimes de l'alcoolisme !

« Le clinicien se trouve toujours en face du fac-

teur *personnel*, dans chaque maladie. Le physiologiste a devant lui un chien ou un cobaye, ou un organe défini d'un animal, mais rarement un homme. Les problèmes ne sont pas les mêmes, et ne peuvent jamais l'être. Le facteur personnel exige donc une étude sérieuse du médecin, car l'homme et la femme ne sont pas de simples quilles en bois tournées au tour, comme quelques-uns cherchent à nous faire croire. »

Certes, nous n'avons aucun parti pris contre les hommes de laboratoire, mais nous ne sommes pas fâchés de constater que le *Concours* est dans les mêmes idées que des savants étrangers fort éminents et qu'il est temps d enrayer les tendances modernes de l'Ecole Française, trop éprise des méthodes germaniques et trop oublieuse de nos vraies gloires nationales.

Ajoutons encore, à ces utiles leçons de notre confrère anglais, les sages conseils qu'il nous donne à propos de la thérapeutique :

« Permettez-moi, dit-il, d'insister encore sur un point : je crains fort que nous souffrions, ces jours-ci, d'un esprit très répandu d'incrédulité, de timidité et de désespoir dans le royaume entier de la thérapeutique. Nous dépensons beaucoup de temps dans la culture du diagnostic élaboré ; et ceci est parfaitement juste, mais nous négligeons gravement notre principal devoir de guérir et de soulager les malades.

« Nos connaissances de la *materia medica* ont décliné en dehors de toute proportion avec les connaissances acquises par le progrès de la bactériologie qui prétend se substituer au plus ancien art thérapeutique. Elle ne s'y substituera jamais, car il n'existe, comme sir William Jenner l'a dit, que deux grandes questions à résoudre auprès du lit d'un malade : Qu'a-t il ? et : Qu'est-ce qui lui fera du bien ? Ne sommes-nous pas trop disposés, aujourd'hui, à oublier la seconde question, à expérimenter avec des nouveautés synthétiques et à négliger les vieux remèdes éprouvés depuis si longtemps ? En un mot, ne nous laissons-nous pas entraîner graduellement, nous autres médecins, à la position de scientistes abstraits, perdant graduellement nos relations propres avec le malade, en tant qu'artistes médicaux habiles ? Que dirait le plus grand des cliniciens modernes, votre glorieux Trousseau, s'il apparaissait dans cet amphithéâtre dont les échos, suivant la fière devise de votre Faculté, portaient *urbi et orbi* ? »

Métrorrhagies de la ménopause.

M. le Dr Dalché a fait récemment, à l'hôpital de la Pitié, une leçon fort pratique sur les métrorrhagies de la ménopause, en insistant particulièrement sur la nécessité d'établir un diagnostic précis le plus tôt possible, puisque, s'il y a indication de pratiquer une opération chirurgicale, c'est en prenant une décision précoce que l'on obtient le maximum de succès.

« Toute perte de la ménopause, en particulier lorsqu'elle survient après la disparition des règles, dit le Dr Dalché, nécessite un examen médical minutieux. Nous nous souviendrons, en effet, que le cancer utérin, surtout, doit être dépisté de bonne heure, quelle que soit la difficulté du diagnostic au début, si l'on veut intervenir avec utilité. Mais nous nous garderons également d'un pessimisme exagéré et systématique qui pourrait nous pousser à conseiller des opérations graves par elles-mêmes et inutiles. »

Une métrorrhagie peut être le fait d'une *métrite* avec congestion utérine, même survenant chez une femme qui n'a jamais eu de métrorrhagies antérieurement : dans ce cas, l'utérus est un peu gros, légèrement douloureux, rétrodévié, mais mobile, le col surtout est gros, rouge, exfolié, saignant au moindre contact ; la vulve est rouge ; il existe de la vulvo-vaginite muco-purulente. Le traitement par le repos, le léger écouvillonnage à la teinture d'iode et les injections quotidiennes très diluées de liqueur de Labarraque (50 0/00) a vite raison de ces symptômes, et amène une sûre guérison.

Maurange a décrit une *métrite* fétide des vieilles femmes par infection vaginale, qui donne lieu fréquemment à des métrorrhagies inquiétantes en apparence. La muqueuse intra cervicale rappelle l'aspect de certains sphacèles et la nature de l'écoulement jointe au dépérissement de l'état général fait penser au cancer.

Quelquefois, d'anciennes *métrites hémorrhagiques* peuvent se remettre à saigner sous l'influence d'ovulations tardives. D'ailleurs, il peut arriver qu'une ancienne métrite se transforme en cancer avec l'âge.

« Souvenons-nous encore que de *véritables règles*, avec ovulation, peuvent survenir tout à coup chez une femme dont la ménopause a suspendu la menstruation depuis plusieurs mois, et ces règles tardives ont même été parfois l'occasion d'une grossesse non moins tardive. »

M. Dalché cite encore comme causes de métrorrhagies dans la ménopause : les *poussées fluxionnaires* dues à une perturbation de la sécrétion interne de l'ovaire, la *sclérose du col*, *l'athérome*, *l'hypertension artérielle*, *les hémorrhagies de l'hépatisme*, de la *cirrhose*, du *brightisme*, des *cardiopathies mitrales*.

« Parfois un *traitement intempestif* entretient les pertes ; c'est ainsi que certaines neuro-arthritiques congestives supportent mal les injections très chaudes, alors que les injections tièdes arrêtent, chez elles, les hémorragies. »

« Enfin, l'auteur signale l'existence possible de petits *polypes muqueux* implantés sur le col, et le *fibrome utérin*.

« Mais, assurément, la cause de beaucoup la plus redoutable des métrorragies de la ménopause, c'est le *cancer* ; tantôt cancer du *col*, tantôt cancer du *corps*. C'est à eux qu'il faut toujours penser, et ce sont leurs signes de début qu'il faut toujours rechercher. Malheureusement, ces signes, à l'époque très précoce où l'on voudrait les trouver, n'ont rien d'absolument certain.

« On a dit que le col était plus ou moins friable sous l'ongle suivant qu'il s'agit de cancer ou de métrite, mais c'est là un phénomène d'appréciation bien délicat. Le cancer du corps présente encore moins de signes certains du début : tantôt ce sont des pertes abondantes d'emblée, tantôt de petites pertes insidieuses arrivant avant tout autre symptôme.

« Dans ces métrorrhagies du début, en elles-mêmes, il n'y a aucun signe certain permettant d'affirmer ou de nier le diagnostic de cancer. Nous devons nous souvenir que *toute hémorragie de la ménopause est suspecte* et, quand nous le pourrons, nous pratiquerons une *biopsie*, elle est facile à faire sur le col ; elle est encore possible pour le corps après un curage léger explorateur. »

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Traitement de la coxo-tuberculose à la phase de début.

A propos d'une communication de M. Calot M. Lannelongue rappelle qu'il a été, en 1902, le promoteur du traitement de la coxo-tuberculose par les injections intra et extra-articulaires d'iodoforme et de créosote.

En présence d'un cas de coxalgie au début, M. Lannelongue conseille le repos horizontal, l'extension continue du membre inférieur du côté malade pendant 8, 10, 15 mois même, jusqu'à la guérison. Il associe à l'extension continue les injections intra-articulaires avec un liquide composé de : huile d'olives, 90 parties ; éther, 40 ; iodoforme, 10 ; créosote, 2. Ces injections se font en séries de 2, 4, 6, à la dose de 4, 8, 10, 15 grammes chacune, selon l'âge du sujet et le degré de la maladie.

Les résultats de ce traitement sont excellents, si l'on a soin de l'instituer de bonne heure. La réalité de la guérison est une question toujours délicate à trancher. Le critérium en sera donné par une exploration méthodique, point par point, des os de la hanche, fémur, pourtour du cotyle, os iliaque, où l'on ne devra trouver ni douleur, ni sensibilité ; par l'inspection des ganglions qui doivent être peu nombreux, petits et durs ; par l'étude des mouvements dont le jeu doit être facile. La guérison, toutefois, avec tous les mouvements conservés, est rare.

Les injections d'eau de mer isotonique.

M. Benjamin présente une note de M. Mongour (de Bordeaux) relative au traitement de la tuberculose pulmonaire par les injections d'eau de mer isotonique (Sérum de Quinton).

L'auteur a fait suivre à 33 malades le traitement en question pendant au moins six mois. Les résultats ont été nettement défavorables à cette méthode.

L'atoxyl contre la syphilis.

M. Hallopeau, poursuivant ses recherches sur l'action anti-syphilitique de l'atoxyl, s'est demandé si ce médicament ne jouirait pas de propriétés abortives à l'égard de la syphilis. Il a pratiqué, chez cinq malades atteints de chancres génitaux, des injections quotidiennes d'atoxyl sous le fourreau ou à la racine de la verge, entre le chancre et son ganglion direct, attaquant ainsi directement, localement, les tréponémas. Comme résultat, les accidents secondaires ont paru, chaque fois, notablement retardés ou atténués. Dans un autre cas, un malade traité par l'atoxyl n'a pas eu jusqu'à ce jour d'accidents secondaires (le chancre date d'avril 1907).

L'ensemble de ces faits semble un indice, qui appelle d'autres recherches, d'une action atténuante, retardante et peut-être abortive de l'atoxyl sur la syphilis.

Traitement des nævi vasculaires par le radium.

M. Fournier lit un rapport sur un mémoire de MM. Wickham et Degrais intitulé : traitement des nævi vasculaires par le radium.

Le traitement des nævi vasculaires par le radium, dit M. Fournier, est excellent à tous égards. Il constitue une importante et très heureuse conquête de la thérapeutique, d'autant qu'en l'espèce nous étions très insuffisamment armés contre cet ordre de lésion dystrophique du tégument cutané. Il s'impose au choix du médecin de préférence aux autres procédés jusqu'alors usités.

Le mode opératoire consiste en applications, sur la partie malade, d'un disque plat contenant le sel de radium incorporé à un vernis. Le rayonnement se fait à travers le vernis, en variant de puissance selon l'activité du sel et l'épaisseur du vernis.

On obtient ainsi, sans douleur, une disparition, une restauration des nævi plans et des tumeurs érectiles, qui fondent et laissent à leur place une surface à peine légèrement décolorée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

La théorie classique des localisations cérébrales doit-elle être maintenue ?

La théorie classique qui rapporte le syndrome de l'aphasie à une lésion du pied de la 3e circonvolution frontale gauche (circonvolution de Broca) a été mise en doute et attaquée l'an dernier par M. Pierre Marie. M. Marie est venu démontrer, pièces en main, que d'une part, l'aphasie pouvait exister sans aucune lésion de la troisième frontale, et que, d'autre part, des lésions limitées à cette circonvolution pouvaient concorder avec la persistance du langage. Cet auteur a substitué au dogme classique admis en matière d'aphasie, une nouvelle théorie qui fait partager à la zone temporo-pariétale de Wernicke les propriétés attribuées exclusivement jusque-là à la circonvolution de Broca.

M. Souques vient de présenter à la Société médicale une observation, suivie d'autopsie, concordant avec les idées de M. Marie.

Scorbut infantile et lait stérilisé et modifié.

Le scorbut infantile peut s'observer à la suite de l'usage exclusif et prolongé du lait stérilisé et des laits modifiés. M. Comby signale un douzième cas personnel de scorbut infantile dû à l'emploi prolongé du *lait fixé* (lait passé à forte pression dans des tubes capillaires pour obtenir une réduction du beurre en particules très fines). Les onze autres cas du même auteur, observés depuis 10 ans, relevaient : 6 fois du lait maternisé par le procédé de Gaertner, 2 fois du lait fixé, une fois du lait oxygéné, 2 fois du lait stérilisé industriellement. Dans tous ces cas, la guérison a été obtenue par l'usage du lait frais auquel on adjoignit l'ingestion d'une cuillerée à café, trois fois par jour, de jus d'orange ou de raisin, suivant la saison.

Des accidents de scorbut sont également possibles chez les adultes soumis au régime lacté avec du lait bouilli. L'addition au régime lacté de légumes frais (Toulouse), de jus de citron (Nichols) de lait cru (Netter), de jus d'orange ou de raisin fait disparaître ce scorbut.

L'insuffisance aortique, accident de travail.

A propos d'une observation de MM. Claisse et Joltrain, intitulée : « rupture traumatique des valvules aortiques », une intéressante discussion s'est ouverte sur le rôle des traumatismes et des accidents du travail dans la genèse de certaines insuffisances aortiques.

Le malade de MM. Claisse et Joltrain avait, en portant un sac de 100 kilogr , glissé et fait un ef-

fort pour éviter la chute. Il ressentit aussitôt, dans la poitrine, une douleur intense, une sensation de craquement et une gêne respiratoire. Dans la suite, la dyspnée persista, avec accès dyspnéiques plus intenses au moindre effort. L'examen révéla une insuffisance aortique nette (souffle diastolique, pouls de Corrigan). Le début brusque des accidents, les antécédents du malade, montraient l'origine traumatique de l'affection. La secousse violente, ayant élevé subitement et fortement la pression supportée par les valvules sigmoïdes, avait déterminé, probablement, la rupture de celles-ci, rupture favorisée sans doute par l'état du malade, qui est syphilitique.

Un cas de ce genre, remarque M. Claisse, où la rupture vasculaire, constituant une infirmité définitive, est survenue au cours d'un accident du travail, doit-il être mis à la charge du patron?

Voici quelques opinions plus ou moins précises, émises à ce sujet.

M. Rist a observé à l'hôpital Saint-Antoine un ouvrier, jusque-là bien portant, qui présenta, après être tombé d'un échafaudage, des troubles cardiaques et tous les signes physiques d'une insuffisance aortique. « Les antécédents pathologiques ne justifiant pas cette insuffisance aortique, dit M. Rist, j'ai cru pouvoir l'attribuer à une rupture traumatique d'une valvule sigmoïde. Mais cet homme m'a demandé un certificat d'accident du travail et j'ai été, je l'avoue, fort embarrassé. Avais-je le droit, n'ayant vu le malade qu'après son accident, d'affirmer l'intégrité de son orifice aortique avant le traumatisme, et pouvais-je me prononcer d'une façon catégorique sur la relation de cause à effet unissant le traumatisme et la lésion? Je me suis maintenu, en rédigeant mon certificat, dans des termes assez vagues. Je ne sais trop si j'ai eu raison, et je me demande comment j'agirais à nouveau en pareille circonstance ».

M. Letulle a eu l'occasion de soigner dans son service, un homme de 39 ans. Cet homme, pendant son travail, portant sur ses épaules une lourde charge, tomba d'une hauteur de 5 mètres. Examiné par un médecin quelques jours après l'accident, il fut reconnu atteint d'insuffisance aortique, attribuable au traumatisme.

Le blessé ayant introduit une action judiciaire contre son patron, le médecin légiste-expert conclut au rejet de la demande d'indemnité en se basant sur la constatation d'un certain degré de *rétrécissement aortique associé à l'insuffisance aortique.* L'argument, qui fut décisif, en dépit des conclusions contraires de M. Letulle, était que la rupture des valvules sigmoïdes de l'aorte ne peut se compliquer de rétrécissement cicatriciel, même en l'absence de signes d'aortite chronique, (tel était ici le cas).

M. Barié rappelle ses travaux personnels sur les ruptures de l'appareil valvulaire du cœur. Ces ruptures, sans être très fréquentes, ne sont cependant pas exceptionnelles. Elles intéressent, la plupart du temps, les valvules sigmoïdes de l'aorte, les valves de la mitrale et de la tricuspide étant rarement touchées. Elles succèdent à des efforts violents, ou à des traumatismes plus directs (chocs, coups, chute).

En ce qui concerne la responsabilité patronale, lorsque la rupture valvulaire est le fait d'un accident du travail, M. Barié penserait *à priori* que cette responsabilité ne doit pas être la même dans tous les cas : « Si elle peut être entière, dit-il, lorsqu'un traumatisme est venu rompre subitement une valvule d'un cœur jusqu'alors complètement indemne de toute tare pathologique, au contraire elle pourrait sans doute être considérée comme mitigée lorsqu'il existait une cardio-valvulité préétablie. Cette dernière, en effet, constitue un *locus minoris résistentiæ*, prédisposant l'appareil valvulaire à céder sous l'effet d'un traumatisme qui serait peut-être demeuré impuissant en cas d'intégrité absolue des valvules. »

P. L.

MÉDECINE PRATIQUE

Pélagisme et Quintonnisme.

L'eau de mer est une lymphe qui agit par sa température, son eau et sa teneur en éléments salins et principes organiques vivants en ce milieu spécial.

Faites l'analyse de l'urine des gens à qui vous voulez faire une injection hypodermique ou intra-musculaire assez considérable d'eau de mer. Si vous ne trouvez pas de sucre et d'albumine, n'ayez aucune hésitation : l'injection, même non isotonisée, même non stérilisée—(il suffit de filtrer l'eau puisée, à la côte, surtout au reflux) — ne donnera ni abcès, ni mécompte d'aucune sorte.

Quinton n'a rien trouvé de nouveau que des « gobeurs ». De 1900 à 1903, j'ai prescrit, contre les maladies infectieuses avec hyperthermie, des lavements d'eau de mer, par centaines.

Et j'en arrive, aujourd'hui, à me demander s'ils n'agissaient pas seulement par la réfrigération qu'ils produisaient? Or, j'ai vu les fièvres disparaître très vite.

C'est la méthode de Brand remplacée par l'entéroclyse froide et salée.

Le froid produit l'hypothermie, les principes salins et autres agissent par leur vertu propre, grâce aux phénomènes de dyalise et d'endosmose.

Dans de grandes hémorrhagies, soit utérines, soit pulmonaires : mêmes résultats.

J'avoue que je n'avais point pensé aux dermatoses et cependant je m'occupais, déjà, de dermatologie et de gynécologie, à cette époque.

Eh bien ! vous savez, le *pélagisme* permettez moi ce néologisme, c'est-à-dire : l'eau de mer employée telle quelle — admettons même coupée d'eau bouillie simple, si vous voulez sacrifier à la mode ; allons plus loin d'eau stérilisée — pourquoi pas ? — le *Pélagisme*, dis-je, vaut le *Quintonnisme.* Essayez-le.

Dans tous les cas où l'on préconise l'eau de mer isotonique, prenez et employez l'eau de mer, puisée à même : elle vous rendra d'identiques services.

Elle coûte, d'abord, beaucoup moins cher, l'eau de mer ; elle a, de plus, l'immense avantage de pouvoir être expérimentée par tous les médecins du littoral, pour les riches et pour les pauvres.

Nous opposons le *Pélagisme* au *Quintonnisme* (1) et nous convions nos camarades du *Concours* à établir, entre les deux méthodes, un parallèle expérimental dont nous serions heureux qu'on nous communiquât les résultats. Nous les attendons avec confiance.

Dr Arthur Galand (de Cambrai).
Membre du Concours Médical.

(1) N. D. L. R. — Très bien, cher Confrère, mais vous n'avez pas eu, pour le *Pélagisme*, l'Académie, la Presse, et les grands noms de l'armorial de France.

CHIRURGIE PRATIQUE

Du massage et de la mobilisation précoces dans le traitement des fractures,

Par le Dr A. Charbonnier
Professeur suppléant à l'Ecole de Médecine de Caen.

Une fracture ne doit être considérée comme guérie que lorsque le blessé est en état de se servir convenablement et utilement de son membre traumatisé.

Il ne suffit pas, en effet, que la consolidation osseuse soit seule effectuée ; il faut encore que les tendons et les parties molles aient retrouvé leur souplesse et leur puissance motrice.

Il faut donc songer de bonne heure à soigner ces parties molles indispensables au bon fonctionnement du membre.

Or, bien souvent, en présence d'une fracture, le praticien perd trop de vue les lésions primitives ou secondaires des muscles, des tendons, des vaisseaux qui accompagnent ou suivent la lésion osseuse.

Il ne s'occupe que de cette dernière en immobilisant le membre fracturé plus ou moins longtemps pour favoriser la soudure des fragments osseux.

Ce n'est que bien après la consolidation que l'on songe à traiter les troubles circulatoires et trophiques qui retiendront encore le blessé de longs jours au lit.

Il faut cependant bien se dire que la plupart de ces complications, conséquence immédiate et inévitable du traumatisme, ont été aggravées par une immobilisation inutile ou trop longue.

Il eût été possible, dans bien des cas, d'éviter les unes et d'abréger la durée des autres en procédant *de bonne heure* à des massages sérieux et à une mobilisation méthodique.

Que doit-on entendre par massage et mobilisation précoces ?

En présence d'une fracture (je laisse à dessein de côté l'hypothèse d'une fracture ouverte), il nous faut tout d'abord considérer si la lésion osseuse est la plus ou la moins importante, et voir si cette importance est due non pas à l'étendue et à la direction du trait de fracture, mais à la tendance que les fragments ont à se déplacer.

Dans une fracture de jambe au tiers moyen par exemple ; il est évidemment de toute nécessité de maintenir d'abord les fragments dans une position rectiligne. Au contraire, dans une fracture de la malléole péronière où il n'y a pas ou peu de déplacement, c'est le traitement des lésions de l'appareil ligamenteux de l'articulation sous-jacente qui doit d'abord nous retenir. La lésion osseuse est en effet de bien maigre importance et bien souvent, c'est tout au plus s'il y a quelqu'intérêt à faire le diagnostic de fracture ou d'entorse.

Dans le premier cas, là où les fragments présentent une mobilité manifeste, on doit certainement rechercher tout d'abord à placer le membre en bonne position, et à l'y maintenir à l'aide d'un appareil, pendant un temps plus ou moins long.

Dans la majorité des cas, on retirera le plus grand avantage de l'emploi d'appareils présentant la forme d'une gouttière largement ouverte et maintenue par des bandes de toile.

Ces appareils, inamovibles au début, permettront dès les premiers jours, en restant en place et en maintenant les fragments en bonne position, de pratiquer un très léger effleurage de la région traumatisée qui diminuera dans de notables proportions l'œdème et la douleur causés par l'accident.

Plus tard, ils deviendront d'excellents appareils amovibles permettant une mobilisation progressive et des séances de massage plus longues.

Dans le second cas, lorsqu'il n'y a pas ou très peu de déplacement des fragments, comme dans le cas de fracture de la malléole externe, il faut bien se garder d'immobiliser, même un jour, le membre malade et la règle doit toujours être de commencer dès le lendemain le massage et la mobilisation.

Mobilisation, cela ne veut pas dire d'ailleurs gymnastique désordonnée et marche immédiate, cela veut dire : exercices raisonnés et d'amplitude très faible au début surtout.

Il va cependant de soi que le massage doit être ajourné toutes les fois que la peau n'est pas absolument indemne.

A l'appui de ce que je viens de vous dire, je me permets de vous signaler les résultats suivants obtenus par le massage et la mobilisation précoces dans des fractures où il n'y avait pas ou très peu de déplacement.

Fracture du tiers inférieur du péroné gauche sans déplacement. — Homme de 25 ans. M'est adressé quatre jours après l'accident ; massage et mobilisation immédiats, guérison au bout de quinze jours après dix séances.

Fracture de l'extrémité inférieure du radius sans déplacement. — Femme 40 ans Adressée le jour même de l'accident, guérie en douze jours après sept séances.

Fracture du tiers inférieur du radius. Léger déplacement. — Enfant 9 ans. M'est envoyé dès le lendemain du traumatisme, guéri au bout de quinze jours avec neuf séanees.

A côté de ces résultats intéressants, je pourrais mettre en regard plusieurs observations du genre de celle-ci, où le massage fut différé :

Une femme de 47 ans m'est adressée six semaines après la constatation d'une fracture de l'extrémité inférieure du radius, à la suite de laquelle elle avait été immobilisée ; elle présentait alors des raideurs articulaires considérables, et une atrophie des muscles de l'avant-bras, qui ont nécessité un mois de traitement, avec quatorze séances.

Total : deux mois et demi de soins, au lieu de quinze jours, sans compter les souffrances occasionnées par la rupture des adhérences.

Une autre considération doit également nous faire avancer ou retarder le moment du massage et de la mobilisation, je veux parler de l'âge du blessé.

On a dit qu'on avait l'âge de ses artères, Lucas-Championnière ajoute qu'il ne faut pas oublier qu'on a également l'âge de ses tendons et de ses articulations.

Chez l'enfant, le massage peut à la rigueur être retardé ; tel ce petit blessé, âgé de 4 ans, qui atteint d'une fracture du tiers inférieur du radius, me fut adressé après huit jours d'immobilisation et guérit cependant au bout de douze jours, avec cinq séances.

Chez le vieillard, au contraire, il vaut mieux craindre une déformation légère et ne pas trop immobiliser, tant d'ailleurs au point de vue local qu'au point de vue de l'état général.

Dans les fractures du col du fémur, par exemple, si fréquentes chez le vieillard, Lucas-Championnière voudrait voir immobiliser au plus huit jours, et recommande de faire marcher le blessé avec des béquilles dès le début de la deuxième semaine :

Correspondance hebdomadaire (*Suite*).

Réponse. — Vous avez raison, ce n'est pas quand la maison brûle qu'il faut songer à l'assurer et vous êtes le bien venu comme vous serez le bien venu à l'*Amicale* au mois d'avril.

Dr R..., de B., à *Concours.* — Une Cie d'assurances a-t-elle le droit de refuser de payer l'indemnité kilométrique pour massages faits au domicile d'un blessé atteint de fracture simple de l'extrémité inférieure du radius, sous prétexte que les massages auraient pu être faits au domicile du médecin ? Le blessé n'était pas malade par ailleurs, pouvait marcher, mais la distance étant de 6 kil., il lui fallait monter et descendre plusieurs fois de voiture, ce qui lui était difficile vu son infirmité.

Je vous prie de me répondre *de suite* afin que je puisse répondre à la Cie, si j'exige ou non le paiement intégral.

Réponse. — Les difficultés soulevées par les responsables des honoraires médicaux pour soins donnés aux accidentés du travail proviennent souvent — nous en avons eu la preuve — de l'insuffisance des indications portées par le médecin sur son mémoire.

Ainsi, pour votre cas, il est possible, et même probable, que si vous aviez porté sur votre note l'observation que vous relevez dans votre lettre, touchant la difficulté et le danger pour le blessé de faire dans les conditions exposées un assez long voyage (12 km. au total) pour se faire panser à votre cabinet, la Compagnies d'Assurances, mandataire du patron, aurait payé sans difficultés.

Nous ne saurions donc trop vous conseiller d'établir vos mémoires avec détails et précision. A cet effet, les imprimés que nous fournissons et dont nous vous envoyons sous ce pli un spécimen, ont l'avantage de vous rappeler la nécessité des indications et de vous en faciliter en même temps la rédaction.

Dr d'O... de B... à *Concours.* — Auriez-vous l'obligeance de me donner par la voie du journal les quelques conseils que je vous demande, si vous ne le pouvez directement ?

1° Un sinistré du travail, à peu près guéri d'une contusion du genou suivie d'*hydarthrose* me demande un certificat établissant le fait pour se prémunir contre toutes complications.

a) Dois-je le lui remettre? *b*) sur papier libre ou sur papier timbré. *c*) ai-je le droit à des honoraires de sa part ?

2° J'habite à B..., à 100 mètres de deux communes

Suite page X.

Ne pas chercher à réparer la difformité due à la fracture du col, et mobiliser le plus tôt possible, tel est selon lui la clef du succès.

L'observation suivante prouve la justesse de cette recommandation et l'efficacité de la mobilisation précoce.

M. V., âgé de 69 ans, m'est adressé en juin dernier, par le Dr Lecornu, pour une fracture du col du fémur droit, quatre jours après l'accident. Immobilisé environ quinze jours dans un appareil à extension continue, qui me permettait cependant de faire du massage trois fois par semaine, le blessé se lève au bout de trois semaines et peut marcher avec deux béquilles. Le quarante-cinquième jour, il marchait très facilement avec une canne et une béquille, et abandonnait définitivement cette dernière deux mois exactement après l'accident. Actuellement, il présente un raccourcissement de deux centimètres et peut facilement faire, sans l'aide d'aucun bâton, la distance de six kilomètres qui le sépare de Caen. Le traitement a duré exactement deux mois et nécessité vingt-quatre séances.

J'ai eu l'occasion de voir, l'année dernière, deux autres cas de fractures du col du fémur, chez des personnes âgées : l'une m'était adressée trois mois après l'accident ; l'autre, après quatre mois.

La première, femme de 63 ans, très vigoureuse, présentait, avec un raccourcissement de quatre centimètres, des douleurs très vives au niveau de son articulation coxo-fémorale avec raideurs articulaires. Elle abandonna le traitement au bout d'un mois, sans avoir obtenu grande amélioration.

L'autre, âgée de 93 ans, m'est adressée dans un état à peu près désespéré ; sa cuisse et sa jambe du côté malade sont très atrophiées et tout espoir de la faire marcher semble perdu. Actuellement, deux mois après le début du traitement, elle commence à marcher avec des béquilles, et l'amyotrophie a complètement disparu.

Je ne doute pas un seul instant que, soignés dès le début et la mobilisation, ces deux malades aient guéri relativement vite.

Je désire maintenant insister sur l'énorme importance que présente la rapidité avec laquelle on commence à masser et à mobiliser certaines fractures en particulier.

En thèse générale, nous avons déjà vu que lorsqu'il n'y a pas de déplacement *appréciable* le massage et la mobilisation s'imposent de suite. Au contraire, en cas de déplacement, on doit tout d'abord immobiliser en faisant en plus quelques séances de massage léger, mais il faut éviter une mobilisation trop rapide.

Une seule dérogation doit être faite à cette règle, c'est lorsque la fracture est juxta ou intra-articulaire.

Les fractures intéressant le coude sont à ce point de vue dignes de retenir notre attention.

La grosse complication de ces fractures réside dans l'apparition excessivement rapide de l'ankylose, qui survient quelquefois si rapidement qu'une immobilisation, même de quelques jours, suffit à la déterminer.

Au coude, cette ankylose s'aggrave encore presque toujours, par-dessus le marché, d'une rétraction plus ou moins considérable, du tendon du biceps.

J'ai vu dernièrement une fracture de l'olécrâne et une fracture de l'épicondyle (décollement épiphysaire). La première avait atteint un jeune homme de 19 ans et me fut adressée après quatre jours d'immobilisation.

La seconde se présentait chez un enfant de 7 ans et n'avait été immobilisée que trois jours.

Or, dans les deux cas, malgré un traitement très sérieux et méthodique, j'ai eu à déplorer l'apparition de raideurs articulaires avec rétraction du biceps qui ont nécessité, pour le premier de ces deux blessés, un traitement de sept semaines avec vingt-cinq séances, et, pour le second un traitement de cinq semaines avec seize séances.

Il faut donc, à tout prix, dans les fractures de cette nature, masser et mobiliser légèrement de suite, malgré le déplacement des fragments.

La même recommandation peut, à peu de chose près, être faite pour les fractures de Dupuytren.

Sitôt après l'accident, la réduction une fois faite, et la jambe étant immobilisée dans une gouttière plâtrée, largement ouverte, on commence à masser très légèrement, la face dorsale du pied et la face antérieure de la jambe au-dessus du trait de fracture.

Par l'effet du massage, les muscles perdent leur état de contracture, les douleurs disparaissent et le plus généralement on peut commencer à mobiliser légèrement les orteils et la tibio-tarsienne vers le dixième jour.

Le vingtième jour, la gouttière peut être retirée pendant les séances qui se font tous les deux jours, et la mobilisation peut alors se faire plus activement.

La première tentative de marche, avec béquilles bien entendu, sera faite vers le trentième jour. Elle devra être de suite assez facile et indolore.

Parmi les fractures bi-malléolaires qu'il m'a été donné jusqu'à présent d'observer, deux seulement m'ont été adressées le jour même ou le lendemain de l'accident.

Pour l'une d'entre elles, l'état de la peau ne m'ayant permis de commencer le massage que le vingtième jour, la guérison ne fut obtenue qu'au bout de quatre mois.

Pour l'autre, au contraire, où je pus commencer le massage et la mobilisation dès le lendemain de l'accident et suivant la méthode indiquée ci-dessus, la guérison fut définitive le quarante-cinquième jour, sans déformation, avec un raccourcissement d'un centimètre. Dans ce dernier cas seulement, l'intégrité des mouvements de l'articulation était absolue.

Je ne parle que pour mémoire de cinq autres cas, observés au cours de cette dernière année, où les malades m'ont été adressés de trois à sept mois après l'accident pour détruire une ankylose à peu près complète de l'articulation, et par lesquels je n'ai obtenu que de médiocres résultats.

En terminant, je ne peux passer sous silence le double avantage que présentent le massage et la mobilisation précoces en hâtant la formation du cal et en calmant la douleur.

Dans les pseudarthroses, notamment, quand il n'y a pas, bien entendu, de bandelette musculaire ou aponévrotique interposée entre les extrémités osseuses, le massage précoce provoque une consolidation beaucoup plus rapide que l'immobilité.

C'est même cette action énergique sur la formation du cal qui doit nous rendre prudent et ne pas faire exercer de pressions trop fortes et un massage trop violent sur la région traumatisée et surtout au niveau du trait de fracture.

Semblables manœuvres donneraient rapidement naissance à un cal vicieux ou tout au moins exubérant surtout chez les jeunes sujets.

Enfin, loin d'être une manœuvre violente et douloureuse, le massage des fractures doit être très doux et indolore. Un de ses effets les plus rapides est de calmer la douleur, même lorsqu'elle est très vive.

Dans les fractures comme dans l'entorse, on

constate que chaque séance est suivie d'une sensation de bien-être, due à la disparition des phénomènes douloureux.

Cette action analgésique du massage doit être la règle. S'il arrive par hasard qu'il y ait exacerbation, c'est que le massage a été mal fait ou la mobilisation trop active.

En un mot, massage et mobilisation précoces constituent le traitement de choix de la grande majorité des fractures. Comme le dit LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, le traitement une fois terminé « *le membre est solide, mais en outre il est guéri.* »

(In : *Année médicale de Caen.*

OPHTALMOLOGIE

Petits propos, mais conseils importants

Par le Dr A. TROUSSEAU,

Médecin de la clinique des Quinze-Vingts.

Quand un œil est rouge, la présence du blépharospasme et de la photophobie indique le plus souvent qu'il existe une kératite. Ecarter les paupières avec les releveurs pour examiner la cornée.

De vives douleurs périorbitaires à forme névralgique doivent faire penser à l'iritis. Voir si la pupille n'est pas rétrécie, irrégulière, si l'iris n'est pas changé de couleur, s'il n'existe pas une fine infection périkératique, symptômes habituels de l'inflammation irienne.

S'il y a peu de photophobie, peu de douleurs périorbitaires et s'il existe de la sécrétion, songer surtout à la conjonctivite.

Se méfier des cils déviés, des corps étrangers des culs-de-sac, des fines granulations calcaires, de la conjonctive qui engendrent souvent de l'hyperémie ; toujours retourner les voiles palpébraux pour éviter les surprises *des paupières.*

Si la pupille est dilatée en dehors de toute atropinisation, penser au glaucome, surtout s'il existe de vives douleurs avec une élévation de la tension oculaire ; se garder alors d'instiller de l'atropine qui amènerait un désastre, se servir de la pilocarpine en attendant l'intervention presque toujours indispensable.

L'ophtalmie purulente des nouveau-nés est une affection très grave qui amène souvent la cécité, il faut la traiter hâtivement.

Le meilleur traitement consiste dans la cautérisation de la muqueuse faite avec un pinceau trempé dans une solution de nitrate d'argent à 2 %, en retournant bien les culs-de sac, sur lesquels il faut surtout agir. Ne pas instiller le nitrate en gouttes. Ne commencer à cautériser que quand la sécrétion est bien établie, ne cesser l'emploi du caustique que quand elle est tarie. Plus les paupières sont rouges et gonflées, plus le pus est abondant, plus sa couleur se rapproche du vert plus le pronostic est grave.

La meilleure méthode prophylactique est celle *de Crédé qui consiste à instiller* au *moment* de la naissance dans les yeux de l'enfant, 2 à 3 gouttes de nitrate d'argent à 1 %. Ne pas prendre pour un début de conjonctivite la légère réaction avec faible sécrétion qui suit parfois pendant 3 ou 4 jours, ces instillations.

Tout autre traitement, toute autre prophylaxie sont infidèles.

L'atropine est un médicament difficile à manier ; ne pas le prescrire à tort et à travers, c'est surtout dans l'iritis qu'il est efficace, ne pas prodiguer dans la kératite ce médicament irien. Il élève la tension oculaire, peut amener du glaucome, maladie très grave. En être sobre, chez les sujets qui ont passé la quarantaine, chez lesquels l'hypertonie se produit facilement.

Le nitrate d'argent amène souvent des troubles cornéens, ne l'employer que dans la conjonctivite purulente et ne l'appliquer qu'avec un pinceau.

Le sous-acétate de plomb est à proscrire complètement, des cristaux peuvent s'incruster dans la cornée et y laisser des taches indélébiles.

La cocaïne qui agit sur l'épithélium cornéen en le desquamant ne doit pas être donné comme collyre calmant, elle sera réservée à l'anesthésie locale opératoire.

Les fortes solutions antiseptiques doivent être rejetées de la thérapeutique oculaire ; le sublimé à une concentration supérieure à 1 pour 5.000 l'eau phéniquée au-dessus de 5 pour 1.000 sont dangereuses pour l'œil. Le cyanure d'hydrargyre à 0,25 pour 1.000 remplit toutes les indications. Les sangsues, les vésicatoires, sont toujours inutiles.

La pommade à l'oxyde jaune de mercure ne doit être mise que dans les yeux calmes, sans réaction. On ne la prescrira jamais quand le sujet prendra à l'intérieur de l'iode ou de l'iodure, il se formerait dans le cul-de-sac un biiodure d'hydrargyre très caustique. Cette pommade est souvent très mal préparée et par suite irritante.

L'oxyde doit être fraîchement hydraté et finement porphyrisé.

Le meilleur traitement des traumatismes oculaires consiste dans les grands lavages désinfectants des paupières de l'œil et des culs-de-sac palpébraux avec une solution de cyanure de mercure à 0,25 pour 1.000 et dans l'application d'un pansement sec aseptique, composé d'une rondelle de lin, ou de gaze stérilisés appliquée sur l'œil, d'une plaque de coton hydrophile mise par dessus, le tout maintenu par une bande de tissu élastique ; ne pas chercher à extraire les plombs de chasse, ne pas essayer de régulariser les plaies à moins d'être spécialiste ; tout corps étranger métallique intra-oculaire doit être enlevé dès que possible, s'il est en fer ou en acier employer l'électro-aimant qui n'est guère en possession que des cliniques bien outillées.

Le diabète ne contre-indique pas les opérations oculaires qui réussissent malgré lui, si elles sont faites aseptiquement.

Un myope ne porte jamais trop ses verres ; la myopie s'arrête par le choix de verres convenables faits aussitôt que possible.

Un presbyte doit prendre des verres pour la lecture ou le travail dès qu'il voit mal de près, qu'il éloigne les caractères ou ne peut plus lire longtemps sans fatigue. Il est bon d'examiner les yeux des enfants qui se tiennent mal en travaillant, se rapprochent trop de leurs livres ou cahiers, souffrent de maux de tête ou d'insomnies.

HYDROLOGIE

Châtel-Guyon et la fonction hépatique.

Devant les guérisons nombreuses qui suivent la cure de Châtel-Guyon, les théories les plus variées ont été échafaudées pour expliquer le mode d'action des eaux sur le fonctionnement de l'intestin. La majeure partie de ces explications rapportent à une cause unique l'effet curatif, tandis que l'action des eaux est extrêmement complexe et agit très diversement selon les affections, les susceptibilités individuelles et la façon dont est dirigée la cure.

Pendant longtemps il fut admis que l'eau de Châtel-Guyon était purgative ; depuis, une administration plus judicieuse des sources a montré que, dans les cas purgatifs, c'était la masse liquide ingérée qui était la principale cause du flux intestinal observé. La constance de ce flux est loin d'être absolue ; il se rencontre en général chez les malades dont le foie est gros.

Ce fait, que l'on observe fréquemment au cours de la cure, orienta différemment la façon de comprendre l'action de l'eau de Châtel-Guyon sur l'organisme. Il est maintenant admis *qu'elle agit en stimulant la fonction hépatique en général, et surtout l'action cholagogue en particulier.*

Sans prétendre trancher ici la cause de cette action, nous exposerons ce que des observations personnelles nous ont permis de constater.

Très probablement, le chlorure de magnésium contenu dans l'eau est l'agent actif principal, mais il n'est certainement pas le seul, et de nombreuses autres causes concourent comme adjuvants dans l'amélioration qui se produit.

Les malades qui arrivent à Châtel-Guyon présentent presque toujours une insuffisance hépatique, laquelle est la cause autant que la suite du mauvais fonctionnement de l'intestin, qui domine leur état morbide.

Ces malades sont, de ce fait, profondément intoxiqués ; souvent leur foie est gros, sensible au palper, parfois douloureux, exagérant par son volume la sensation de replétion abdominale. Les téguments présentent cette coloration jaunâtre ou terreuse qui accompagne les affections hépatiques et intestinales d'ordre chronique. Dès les premiers jours de la cure, généralement du 3e au 5e, ces gros foies commencent à diminuer, cessent d'être sensibles, et, souvent, vers la fin de la 3e semaine, on constate que la zone de matité est revenue à la normale. Les hépatites coloniales subissent elles-mêmes ces heureuses variations.

En même temps que le foie diminue de volume, il se produit un flux biliaire parfois intense qui se manifeste par des garde-robes brûlantes, nettement bilieuses, qui s'atténuent peu à peu, dès que le foie revient à son volume normal.

Parfois, de légers calculs biliaires sont expulsés, amenant de très petites crises, d'autant plus faibles que ces calculs sont rendus plus tôt. L'expulsion de cette gravelle biliaire évite plus tard de véritables coliques hépatiques.

Lorsque au début de la cure, le foie ne présente pas de notable augmentation de volume, les symptômes sont moins intenses, mais la sécrétion biliaire est toujours augmentée, ce qui a contribué à répandre cette idée que l'eau de Châtel-Guyon fluidifiait la bile.

Cette hypersécrétion a toujours paru d'une grande importance ; son action est incontestable, non seulement sur la fonction intestinale, qu'elle régularise, mais aussi sur toute la fonction digestive qu'elle stimule et favorise.

A partir du 3e ou 4e jour de la cure, les malades accusent une notable augmentation de l'appétit qu'ils ne s'expliquent pas, et qui aboutit trop souvent, par défaut de mesure, à un véritable embarras gastrique nommé pour la circonstance « crise thermale ». La durée en est d'ailleurs très brève.

Sous l'action excitante de la bile sur la fibre musculaire motrice de l'intestin, ce dernier recouvre peu à peu son libre fonctionnement, sans effet brutal ; et cette action est d'autant plus durable que, réveillé sans violence, l'intestin n'est ni fatigué, ni irrité comme après toute purgation franche, et qu'il conserve facilement le mieux acquis.

En même temps s'effacent les troubles de la stase stercorale et de l'intoxication qui en résulte; les migraines diminuent progressivement, l'humeur est moins triste, l'état général se modifie, les téguments reprennent leur couleur normale et les muscles perdent leur atonie.

Sans nier les effets obtenus directement par tous les éléments de la cure de Châtel-Guyon : action des sels de fer, de chaux, de soude et autres, contenus dans l'eau, puissance hygiénique des tables de régime, hydrothérapie, repos loin des affaires, vie au grand air, — il semble très logique d'attribuer pour une large part les heureuses modifications qui surviennent chez nos malades à la réintégration de la fonction hépatique.

Tenons pour certain cependant que tous les facteurs de la cure sont très intimement liés et qu'ils contribuent tous à constituer cet ensemble qui guérit les intestins malades quoique, ou plutôt parce que « il ne les purge pas. »

Docteur Mage,
Médecin consultant à Châtel-Guyon.

THÉRAPEUTIQUE

Pneumonie et broncho-pneumonie grippales.

De toutes les manifestations pulmonaires de la grippe, les deux plus graves sont la pneumonie et la broncho-pneumonie.

Celle-ci est toujours secondaire, mais la pneumonie grippale peut être primitive et marquer le début de la grippe elle-même. On y pensera donc en temps d'épidémie, et l'on se souviendra que la pneumonie grippale primitive ne s'accompagne pas du frisson initial, que le point de côté est peu intense et que les crépitations *fines* et *sèches* de la pneumonie franche sont remplacées, ici, par des râles sous-crépitants humides.

Ces pneumonies et broncho-pneumonies grippales suppurent souvent et se compliquent de méningite, d'endocardite, d'albuminurie. Elles demandent donc à être traitées d'une façon énergique, et l'expérience a prouvé que les effets antiseptiques pulmonaires du thiocol (comprimés de thiocol Roche et sirop Roche) exercent sur les lésions et les toxines microbiennes des effets empêchants manifestes. Dès que la dyspnée du début est apparue, et que l'auscultation a permis de reconnaître les signes de l'hépatisation pulmonaire, il faut sans tarder, faire prendre au malade par 24 heures 6 à 8 comprimés ou 3 à 4 cuillerées à soupe de sirop Roche au thiocol. En même temps des préparations toniques doivent être utilisées. Au bout de 3 à 4 jours de ce traitement, la température est devenue normale, les râles sous-crépitants sont moins nombreux et l'expectoration plus fluide. En l'espace d'une semaine à une semaine et demie, on observe l'assèchement des lésions ; la respiration est facile, l'état général meilleur, le pneumonique entre en convalescence.

Ce qui différencie la médication thiocolée des autres remèdes, c'est que l'absorption régulière de 6 à 8 comprimés par 24 heures semble localiser les foyers d'hépatisation. Ils restent peu nombreux, et ne passent pas de l'un à l'autre poumon comme il arrive habituellement dans la pneumonie grippale, dont les foyers d'hépatisation sont multiples. De plus, la transformation purulente est exceptionnelle, ce qui prouve bien l'action antiseptique pulmonaire des comprimés de thiocol.

Dans la broncho-pneumonie, la rapidité de

l'évolution morbide ne laisse pas toujours au remède le temps de manifester ses propriétés cliniques. Mais il faut savoir que son utilisation systématique *au début* de l'invasion grippale exerce sur cette complication de réels effets préventifs. Le fait a été constaté en temps d'épidémie, chez les enfants auxquels on faisait prendre une cuillerée à café, par année d'âge, de sirop Roche au thiocol.

CHRONIQUE MÉDICO-MUTUALISTE

L'action parallèle

Nos lecteurs se souviennent sans doute des réflexions dont nous avons accompagné la publication de la note par laquelle terminait ses travaux la Commission médico-mutualiste dont M. Loubet avait bien voulu accepter la présidence.

« Les dirigeants de la Mutualité, disions-nous en substance, vont recommander aux S. S. M. et à leurs Unions départementales d'aller au-devant des médecins pour la constitution de commissions mixtes régionales où on cherchera à orienter l'accord en se basant sur les constatations de l'enquête qui fut réclamée par M. Loubet. Les délégués des Sociétés médicales de défense professionnelle inviteront de même celles-ci à aller au-devant des groupements mutualistes dans le même but.

« Que l'initiative parte d'un côté ou de l'autre les sollicitations doivent être cordialement accueillies, et il convient de charger des négociations les plus renseignés, les plus aptes et les plus conciliants de chaque parti. »

Que s'est-il passé depuis cet appel ?
Qu'a-t-on fait chez les Mutualistes ?
Qu'a-t-on fait chez les médecins ?
Qu'a-t-on fait en commun ?

A. *Chez les Mutualistes.*

Le *Concours Médical* avait déjà reproduit le remarquable rapport de M. Léon Py, qui, en 1906, conviait tout le monde à l'entente dans l'Hérault, précisément sur les bases qu'adopta ensuite la Commission Loubet. Or, il n'est pas venu à nos oreilles que cet accord ait été rompu depuis.

C'est un premier fait à rappeler.

En voici un second. Il est relaté dans un rapport de M. E. Pams, parlant au nom de l'Union des *S. S. M.* des *Pyrénées-Orientales*, et nous détachons avec plaisir de ce rapport le passage suivant :

« En nous appuyant sur des décisions antérieures, particulièrement sur celles du Congrès national de Nice qui vient de se dérouler si brillamment, il y a à peine deux semaines, nous avons admis *le libre choix du médecin par les membres d'une Société de secours mutuels sur une liste fournie à notre Union par le Syndicat des médecins pour chaque commune du département.*

« Il ne me semble pas qu'il soit nécessaire d'appuyer une pareille décision sur d'autres considérations que celle qui veut que le sociétaire n'ait pas l'obligation de s'en remettre, pour les soins médicaux dont il a besoin ou qu'il a à faire donner à un membre de sa famille, à un médecin n'ayant pas sa confiance ou qui l'aurait perdue pour des motifs qu'il n'appartient qu'à lui seul d'apprécier.

« Nous considérons, *d'après les renseignements qui nous ont été fournis et ceux que nous avons nous-mêmes recueillis, que le régime du tarif à la visite peut être généralement favorable aux Sociétés*, et qu'il le serait d'autant plus que le sociétaire participerait effectivement (comme cela se pratique dans toute la région lyonnaise) au paiement des frais médicaux, quelque faible que soit le taux de cette participation.

« Ce procédé nous a paru le meilleur pour corriger certains abus que l'on peut reprocher au système du tarif à la visite. Le sociétaire ayant un intérêt à ne pas multiplier des visites devenues inutiles, serait plus économe du temps et de l'effort que doit accomplir le médecin dans l'exercice de sa profession ; le nombre des visites serait moindre, la caisse des Sociétés y trouverait son compte et la *dignité du médecin serait ainsi entièrement respectée dans ce sens qu'il ne serait plus obligé de répondre à des exigences quelquefois inconcevables*, si elles ne sont pas capricieuses, de la part des malades qui font appel à l'homme de l'art pour des motifs futiles ou ne ressortissant pas du service médical tel qu'il est prévu dans les statuts de nos Sociétés.

« Le malade trouvera de son côté un premier soulagement dans la satisfaction que lui procureront les conseils du médecin en qui il a mis toute sa confiance. Nous avons été en outre appelés à reconnaître que les administrateurs des Sociétés de secours mutuels doivent veiller, en ce qui concerne le *recrutement des membres participants, à ce qu'il ne soit pas admis à ce titre des personnes ayant un rang social et des facultés d'épargne bien au-dessus de la moyenne des membres de leur Association.* »

Mais il y a plus.

On ne condamne pas d'emblée, comme autrefois, chez les mutualistes, sans examen, la solution qu'avait jadis proposée M. le Dr Gairal ou les systèmes qui s'en rapprochent. Nous n'en voulons pour preuve que cet extrait de l'*Avenir de la Mutualité* où il est rendu compte de l'offre faite par la S. S. M. de Vire au Syndicat médical de cette ville devant une situation budgétaire difficile.

Les médecins, tout en paraissant plus conciliants qu'il y a un an, maintenaient comme base d'entente la visite et le libre choix du médecin, qui n'est pas indifférent, puisque les uns font des ordonnances d'un prix moyen de 2 fr. 50, tandis que d'autres les font d'un prix moyen de 3 fr. 50 à 4 francs et plus. La Société, en déficit, ne pouvait pas attendre. Il lui fallait rompre sur-le-champ pour ne pas aggraver sa situation. Au 1er janvier prochain, elle va cesser de payer elle-même les médecins et les pharmaciens. Elle versera entre les mains de ses participants, jusqu'au cent cinquantième jour de maladie :

1° La somme annuelle dépensée par elle en moyenne, depuis dix ans, pour médecins et pharmaciens, soit 0 fr. 75 par jour aux hommes, 0 fr. 50 par jour aux femmes et 0 fr. 35 par jour aux enfants ;

2° Une allocation, par jour ouvrable, de 1 franc aux hommes et de 0 fr. 50 aux femmes.

De telle sorte, que, par semaine, les hommes recevront 11 fr. 25, les femmes 6 fr. 50 et les enfants 2 fr. 45.

Une distribution complémentaire semestrielle permettra de couvrir les sociétaires malades de la plus grande part de leurs dépenses médicales et pharmaceutiques réelles.

Avec ce système, la Société de Vire obvie aux inconvénients reprochés au versement d'une indemnité pécuniaire globale entre les mains des membres participants.

En effet :

1° *Elle divise l'indemnité de maladie en deux parts : celle afférente aux journées de travail et celle qui représente les secours médicaux et pharmaceutiques.* Non seulement elle réserve la part du médecin et du pharmacien, mais elle prend, par ses statuts, des mesures répressives contre les sociétaires qui détourneraient ces secours de leur exacte destination ;

2° Elle ne fait rien perdre au sociétaire *malade non*

empêché de travailler, puisque, si elle ne l'admet pas, comme de raison, au partage pour journées d'invalidité, elle lui accorde les secours représentatifs des dépenses médicales et des médicaments ;

Il semble que le système des secours pécuniaires, ainsi amélioré, serait susceptible d'application dans les Sociétés auxquelles les tarifs médicaux ne permettent pas de subsister.

LE NORMAND.

Le signataire de cet article ne recommande pas ce système partout. Il a même des mots peu exacts pour s'en défendre quand il écrit ceci :

Ce système n'est pas à encourager là où les médecins ne sont pas antimutualistes, cela est évident. Mais quand des Sociétés se voient poussées à la ruine par les tarifs médicaux exagérés, force leur est bien de sauvegarder leur existence par des mesures appropriées à cette situation.

Si M. Le Normand s'inspirait mieux des excellentes leçons de l'*Avenir de la Mutualité* en matière de comptabilité des S. S. M. et de proportionnalité de leurs charges à leurs cotisations, il saurait que c'est l'insuffisance de ces dernières et non les « tarifs médicaux exagérés » qui rompt l'équilibre du budget. Il en conclurait aussi comme nous que le médecin mutualiste toujours, ne devient pas antimutualiste (! !) parce qu'il refuse de voir rétablir cet équilibre à ses seuls frais.

Dans le numéro même où M. Le Normand a émis ses réflexions, nous nous plaisons, en effet, à signaler comme indice d'un désir d'entente de la part du grand journal mutualiste dont nous parlons, les lignes suivantes placées au-dessus de l'Etude récente du Dr Lande sur l'avenir de l'*Association médicale maladie* :

Les médecins se plaignent quelquefois des mutualistes lorsque leurs intérêts professionnels sont en jeu, mais ils n'ont jamais nié les bienfaits de la mutualité, et leurs Associations peuvent être considérées comme des Sociétés de secours mutuels *modèles*.

Non seulement, en effet, ils apportent une grande ingéniosité et une grande souplesse dans les combinaisons destinées à assurer le médecin ou sa famille contre les divers aléas de l'existence, mais encore — *et c'est là le point le plus intéressant et le plus instructif — ils s'efforcent d'évaluer avec une rigueur scientifique les charges auxquelles leurs cotisations doivent leur permettre de faire face.*

Nous croyons devoir, pour ce motif, reproduire un article récent publié dans le *Concours médical* par M. le professeur Lande, ancien maire de Bordeaux, membre du Conseil supérieur de l'assistance publique, dans lequel sont établies des données statistiques précises sur le nombre et la durée des maladies des médecins membres de l'Amicale des médecins français.

Dans les mots soulignés de cette citation gît le malentendu qui a créé tous les conflits et entretient encore l'équivoque de la situation actuelle. Quand les S. S. M. auront partout fixé le montant des cotisations suivant les obligations qu'elles entendent assumer, quand, de ce montant, elles auront affecté telle partie aux frais médicaux, telle autre aux frais pharmaceutiques, telle autre encore aux indemnités de chômage par maladie ; quand elles auront réservé l'appoint fourni par les membres participants pour couvrir les frais funéraires et les versements au fonds de retraite ; quand, en un mot, la comptabilité sera logiquement établie et l'administration pratiquée avec méthode, l'accord se fera tout seul, parce que toutes habitudes de parasitisme disparaîtront. La Mutualité ne sera plus une *assistée*, elle sera ce qu'il est dans son essence même de devenir: une *assurée* dont la prévoyance saura mériter aide spontanée mais non obligatoire.

Nous applaudissons donc à l'effort fait par les organes mutualistes pour propager ces vrais principes de la prévoyance en donnant au besoin l'exemple de la façon dont ils sont appliqués dans nos mutuelles médicales si prospères.

Sachons gré aussi à M. Pierre Lacroix d'avoir parlé du service médical des S. S. M. après la séparation de la commission Loubet, dans des termes qui cadrent si bien avec nos vues.

Et, si on réfléchit à la vivacité que prit parfois la conversation dans les séances du petit aréopage réuni au siège Social de l'Union des Syndicats Médicaux, on n'en est que plus heureux de constater que les promesses d'action parallèle faites par MM. Mabilleau, F. Hébrard, Keller et leurs collègues sont bien en passe d'être tenues.

B. *Chez les médecins.*

Ici nous voudrions être brefs, puisque nos lecteurs ont connu au jour le jour les actes de pacification.

Les délégués médicaux ont commencé leur campagne dans les assemblées générales des Sociétés de défense professionnelle, à l'Union des Syndicats, au Concours Médical, à l'Association générale des médecins de France, même au Congrès des praticiens où, malgré la résistance qui se dresse toujours devant une proposition imprévue, ils obtinrent leur vote de confiance.

En Seine-et-Oise, dans l'Hérault, à Saumur, à Villeneuve-sur-Lot, nos confrères ont continué de marcher dans la voie où ils avaient devancé la Commission Loubet.

La Fédération des médecins du Calvados vient de faire le premier pas pour l'ouverture de négociations.

Il en est qui sont pendantes dans les Deux-Sèvres, et ont déjà déblayé le terrain.

Le Syndicat de la Seine, auquel certains dissidents font une guerre tendancieuse à cause, disent-ils, de son intransigeance (!) vient précisément de prêter l'appui le plus cordial à la constitution de la S. S. M. des boulangers d'après les indications du régime d'entente.

Dans la Nièvre, un correspondant du *Concours* nous fait tenir les statuts d'une création analogue.

Etc...

Bref, nous n'hésitons pas à affirmer que nos Syndicats vont marcher résolument pour l'application du programme d'entente et tiendront la parole que nous avons engagée pour eux sur ce point.

C. *L'effort commun aux Mutualités et aux médecins.*

Pourraient prendre place ici, dans la réalité, plusieurs des exemples mis ci-dessus au compte de l'une ou de l'autre des deux parties, car l'initiative des uns rencontra si souvent l'accueil empressé des autres, que les résultats sont à l'honneur de tous les intéressés.

Mais il convient pourtant de faire surtout ici large mention à la campagne du Rhône parce qu'il s'agit du renouvellement d'un contrat après plusieurs années d'expériences qui n'ont pas donné aux parties le désir de cesser les bonnes relations et parce que les clauses du pacte peuvent servir de modèle à tous les protagonistes de la paix en quête de formules bien étudiées.

Nous terminerons donc ce long article de revue en soumettant à nos confrères le nouveau contrat médico-mutualiste du Rhône et le rapport du Dr

Frappaz à l'Assemblée générale du Syndicat qui devait approuver le traité.

Messieurs et chers Confrères,

L'année qui vient de s'écouler a été pour votre commission syndicale des Sociétés de secours mutuels une année très mouvementée. Vous savez qu'avec 1907 expirent les contrats signés il y a cinq ans avec deux groupements mutualistes importants de Lyon et qu'à votre commission incombait la tâche difficile d'élaborer de nouveaux traités qui, tout en garantissant les intérêts des médecins, devaient aussi sauvegarder ceux des sociétaires.

Au mois de juin dernier, conformément aux clauses de nos engagements, nous avons dénoncé nos contrats avec l'Union mutualiste et le Comité général des présidents, afin de les renouveler sur des bases plus solides.

Des pourparlers ont immédiatement été engagés avec les deux groupements mutualistes ; mais l'un de ces groupements, après l'échange de plusieurs lettres, nous a répondu par un ultimatum : il imposait comme conditions à la signature du contrat la diminution du prix de la visite et le choix d'un nombre restreint de médecins sur la liste syndicale.

Nous ne pouvions pas garder plus longtemps la responsabilité de la discussion sur un pareil terrain et, d'accord avec la Chambre syndicale, nous avons demandé l'avis de l'assemblée générale.

A cette assemblée du 10 juillet, vous avez, à l'unanimité, voté le maintien du prix de la visite à 2 fr. 50 et de la consultation au cabinet à 2 francs, la durée du contrat de cinq ans et le libre choix du médecin par le sociétaire sur la liste syndicale. C'est donc avec ce mandat impératif que nous avons continué les pourparlers avec le Comité général et l'Union mutualiste.

Nous avons, avec le Comité général, combattu à armes courtoises, chaque partie défendait les intérêts qui lui étaient confiés, mais avec le ferme espoir d'aboutir à une entente cordiale. Les discussions ont été un peu longues, les projets plusieurs fois remaniés, car notre excellent avocat-conseil, Me Regaud, qui avec un dévouement infatigable, a assisté à toutes nos entrevues et nous a ainsi permis de puiser largement à ses talents juridiques, ne voulait pas que le libellé du contrat puisse prêter à la confusion. Mais actuellement ce contrat est signé, la copie est entre vos mains, il lie pour cinq ans le Comité général, les Sociétés et le Syndicat.

Les rapports avec l'Union mutualiste ont été plus difficiles, nous nous sommes heurtés contre un mauvais vouloir évident. Après l'échange d'une volumineuse correspondance, l'Union mutualiste ne consentait à renouveler le traité avec le Syndicat des Médecins du Rhône qu'à la condition que notre Syndicat serait engagé pour cinq ans avec l'Union mutualiste, sans que les Sociétés fussent elles-mêmes engagées ; l'expérience nous a appris, il y a deux ans, la valeur d'un pareil contrat. En outre, l'Union mutualiste violait le principe pour lequel nous avons toujours combattu, du libre choix du médecin par le malade, en voulant imposer à chaque sociétaire une liste restreinte de médecins. De plus, l'Union mutualiste, qui avait il y a deux ans organisé, avec l'aide de quelques médecins dissidents, un service médical à l'abonnement, malgré l'engagement contracté avec le Syndicat, essayait le recrutement de nouveaux médecins pour rétablir ce système suranné, aussi défectueux pour les mutualistes que pour les médecins, qui a été d'ailleurs condamné par tous les groupements médicaux, par le Congrès des praticiens et même par la Commission médico-mutualiste qui se réunissait à Paris au mois d'avril sous la présidence de M. Loubet.

En même temps que vous étiez prévenus de ce conflit, votre commission syndicale adressait une circulaire à tous les présidents des sociétés adhérentes à l'Union mutualiste afin de dégager la responsabilité du Syndicat, de les informer que nous venions de signer un engagement avec le Comité général et que nous étions à leur disposition pour assurer directement leur service médical.

Enfin, nous avons pensé que notre devoir était aussi de renseigner les sociétaires, ceux qui payent leur cotisation, qui réclament nos soins et que l'on ne consulte pas assez souvent avant de prendre une décision ; nous leur avons adressé une circulaire avec une copie de l'engagement signé par les Sociétés qui adhèrent à notre service, afin de leur montrer que nous ne sommes pas intransigeants et que notre plus grand désir est d'arriver à une entente médico-mutualiste.

Notre service fonctionne depuis cinq ans à la satisfaction de tous.

Les Sociétés trouvent un service médical qui leur offre toutes les garanties ; cette année, aucune plainte n'a été formulée contre les médecins du service, aucune irrégularité n'a été constatée et la commission mixte d'arbitrage n'a pas eu à fonctionner.

Les médecins ont reçu une rémunération plus équitable de leur travail, rémunération à un tarif réduit, mais dont le paiement est assuré.

Les sociétaires ont trouvé au Syndicat, avec le libre choix du médecin, un service médical plus dévoué, plus à proximité, assuré par de nombreux praticiens estimés de tous et des spécialistes dans toutes les branches de l'art médical.

Evidemment quelques Sociétés se plaignent de l'augmentation des frais médicaux ; mais avec une administration plus sévère, en surveillant la délivrance et surtout l'emploi des tickets, ces sociétés peuvent faire de notables économies, et nous pourrions citer des sociétés chez lesquelles le service médical avec le libre choix du médecin n'a pas atteint le chiffre qu'il aurait pu atteindre avec le service à l'abonnement.

Nous voyons chaque jour augmenter les adhésions des sociétés indépendantes ; des pourparlers sont engagés actuellement avec des sociétés très importantes, d'autres attendent la décision de leur assemblée générale pour s'inscrire à notre service et contracter un engagement.

Si quelques Sociétés nous quittent momentanément pour faire l'essai du service à l'abonnement qu'on leur propose, nous sommes persuadés que l'expérience leur suffira et que ces Sociétés nous reviendront plus fidèles que jamais, car les mutualistes ne peuvent pas faire ainsi le sacrifice de leur liberté de confiance lorsque les accidentés du travail et les indigents ont le libre choix du médecin.

Votre commission, forte de votre union, animée du plus grand désir d'entente et de conciliation, espère aplanir les difficultés qui pourront surgir. Elle continuera, avec votre confiance, à suivre la voie qu'elle s'est tracée pour la défense des intérêts si connexes des mutualistes et des médecins.

Contrat d'organisation du service médical des Sociétés de secours Mutuels

Entre :

Le *Syndicat des Médecins du Rhône*, représenté par son président, d'une part ;

Et le *Comité général des Sociétés de secours mutuels et de retraites du Rhône*, représenté par son président, d'autre part ;

Il a été, préalablement aux conventions ci-après, rappelé et exposé ce qui suit : En 1902, un traité a été conclu entre le Syndicat des médecins du Rhône et le Comité général. Ce traité déterminait les conditions dans lesquelles le service médical serait consenti aux membres des sociétés de secours mutuels affiliées au Comité général ; il était conclu pour une durée de cinq ans qui doit expirer le 31 décembre 1907.

Le Syndicat des médecins du Rhône ayant dénoncé

ce traité dans les termes prévus au contrat, le Syndicat des médecins du Rhône et le Comité général, par l'intermédiaire des membres de leurs Commissions spéciales, se sont rapprochés, et après discussions et concessions réciproques, ont arrêté ainsi les clauses et conditions auxquelles le service médical serait exclusivement assuré par l'intermédiaire du Syndicat des médecins du Rhône aux Sociétés adhérentes au Comité général ayant accepté le présent contrat. Toutefois le Comité général pourra continuer à utiliser les cartes du Dispensaire général comme il le faisait avant ce traité.

Le Comité général s'interdit d'organiser ou de patronner un service médical quelconque pour les Sociétés n'ayant pas accepté le présent contrat. De son côté, le Syndicat des médecins du Rhône s'interdit de traiter directement pour l'avenir avec les sociétés affiliées au Comité général.

Art. premier. — Le Syndicat des médecins du Rhône s'engage à fournir une liste de ses adhérents qui consentiront à donner leurs soins aux membres des sociétés de secours mutuels adhérentes au Comité général, aux conditions suivantes du tarif ouvrier minimum à la visite :

Visite à domicile.	2 fr. 50
Consultation au cabinet....	2 fr.
Visite d'admission.........	2 fr.
Visite d'admission avec analyse d'urines...........	5 fr.

Pour les visites de nuit, ainsi que pour les pansements et petites opérations, les sociétaires devront remettre eux-mêmes au médecin, en plus du ticket de la Société, une somme en espèces de 3 francs. Ce supplément est dû également pour l'opération de diagnostic nécessitant une technique et des instruments spéciaux (médecins spécialistes).

Le supplément en espèces n'est pas dû pour les petites interventions suivantes :

1° Petit pansement.
2° Application de ventouses sèches.
3° Injections sous-cutanées d'urgence (ergotine, morphine, caféine, éther).
4° Anesthésie locale.
5° Toucher vaginal.

Art. 2.— Si une consultation entre médecins est demandée par le sociétaire, la Société garantit un honoraire de 10 francs par médecin, pris dans la liste du Syndicat, après autorisation écrite donnée par le président au médecin traitant. Les médecins, dans ce cas, n'ont pas droit au ticket.

Le médecin traitant plusieurs malades dans la même famille aura droit à un ticket à domicile pour une personne et à un ticket au cabinet pour chacun des autres malades qu'il soignera en même temps.

Le médecin devra exiger son ticket à chaque visite. Dans le cas où le sociétaire serait dépourvu de tickets, le médecin ne devra revoir le malade qu'après avoir reçu celui qui lui est dû, sauf les cas d'extrême urgence, et même alors il devra aviser de suite le président de la Société.

Art. 3.— Pour les sociétés de secours mutuels hors de Lyon et de la banlieue lyonnaise, le prix de la visite à domicile reste fixé à 2 fr. 50, outre et non comprise une indemnité de déplacement de 1 fr. au minimum par kilomètre parcouru à l'aller. Les conditions dans lesquelles sera décompté le calcul kilométrique, seront réglées directement, d'accord entre les sociétés, les médecins intéressés et le Syndicat des médecins du Rhône, au moment de l'engagement de chaque société.

Art. 4.— Les conflits qui pourraient surgir entre médecin et sociétaire, ou entre médecins et sociétés, seront portés devant une commission mixte, composée en parties égales de présidents de sociétés de secours mutuels, désignés par le Comité général, et de médecins, désignés par le Syndicat des médecins du Rhône. Cette commission sera présidée à tour de rôle par un médecin ou un mutualiste.

Art. 5.— La liste des médecins chargés d'assurer le service des sociétés de secours mutuels sera fournie gratuitement au 1er janvier de chaque année par le Syndicat au Comité général, qui devra la faire parvenir à ses sociétés adhérentes. Chacune de celles-ci distribuera cette liste à ses membres participants, après y avoir apposé le sceau de la société.

Chaque sociétaire aura la liberté complète d'aller consulter à son cabinet tout médecin porté sur la liste ; pour les visites à domicile, le sociétaire devra s'adresser à un médecin ayant accepté de faire le service de sa section, ou à tout autre médecin, mais après entente avec ce dernier.

Chaque société s'interdit de s'immiscer par un mode quelconque dans le libre choix du médecin par le sociétaire.

Art. 6.— La durée du présent contrat est fixée à cinq ans, qui commenceront le 1er janvier 1908, pour finir le 31 décembre 1912. Si le 30 juin 1912, le présent traité n'est pas dénoncé, il sera d'office prorogé aux mêmes clauses et conditions pour une nouvelle période de cinq ans, et ainsi de cinq ans en cinq ans, à moins de préavis six mois avant l'expiration d'une période de cinq ans.

Art. 7.—Le Syndicat des médecins du Rhône s'interdit de consentir à tout autre groupement ou union de sociétés de secours mutuels, ainsi qu'à toute société non affiliée à des groupements ou unions de sociétés de secours mutuels, des conditions ou tarifs inférieurs à ceux prévus au présent contrat.

Art. 8.— Le Comité général s'engage à remettre au Syndicat un bulletin d'adhésion de chaque société au fur et à mesure de l'acceptation par cette dernière du présent traité.

Fait en double exemplaire.

A Lyon, le

LU ET APPROUVÉ :	LU ET APPROUVÉ
Pour le Syndicat des Médecins du Rhône,	**Pour le Comité Général,**

COMITÉ GÉNÉRAL
DES
Présidents de Sociétés
DE
Secours mutuels et de Retraites
du Département du Rhône

Adhésion au Service médical du Syndicat des Médecins du Rhône.

Je soussigné (noms et prénoms)................ demeurant à .... agissant en qualité de président de la société de secours mutuels dite .... et dûment autorisé, après avoir pris connaissance du traité intervenu le .... novembre 1907 entre le Syndicat des médecins du Rhône et le Comité général des sociétés de secours mutuels, déclare adhérer purement et simplement aux clauses et conditions dudit traité et les accepter au nom et pour .... société à partir du 1er janvier 1908 et pour une durée de cinq années consécutives ou pour les nouvelles périodes en cas de prorogation.

Je reconnais qu'un exemplaire dudit traité m'a été remis et j'autorise le Comité général à notifier mon adhésion au service médical du Syndicat des médecins du Rhône et à lui remettre un des deux exemplaires signés présentement.

Lyon, le

Pour notification par le Comité général au Syndicat des Médecins du Rhône,	SCEAU DE LA SOCIÉTÉ :
Signé :	*Le Président de la* (1)

(1) Faire précéder la signature des mots : *Lu et approuvé.*

LA RÉFORME DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Recrutement des Professeurs. Autonomie des Facultés et Ecoles

Par le Dr Robert Sorel, de Dijon (1).

Pour assurer un enseignement fait suivant l'indication des articles précédents, il faut de toute nécessité avoir des professeurs intéressés à faire cet enseignement. Dans un rapport (2) au Congrès des praticiens, j'ai étudié le recrutement des professeurs en France et à l'étranger ; je ne donnerai ici qu'un résumé de ce rapport et les conclusions qui ont été votées par le Congrès.

Si on veut supprimer l'immobilité, la routine en matière d'enseignement médical, si on désire au contraire le mouvement, le progrès incessant, il faut placer les producteurs de cet enseignement dans les conditions les meilleures pour non seulement leur permettre, mais encore les obliger au renouvellement de leur méthode et de leur outillage ; or, si nous regardons ce qui se passe dans toutes les branches de l'activité humaine, il m'a semblé évident que la libre concurrence a été le stimulant le plus puissant. Ce que nous réclamons, c'est donc la liberté. La conséquence de la liberté, c'est également la responsabilité de ses actes.

Nous voulons indiquer par là qu'il faut abolir les privilèges de fait ou de droit. Pour maintenir sa situation, la concurrence oblige un industriel à renouveler son outillage, malgré les grosses sommes d'argent que cela lui coûte ; si nous visitons une usine à vingt ans de distance, nous sommes surpris par les changements. Combien d'Ecoles de Médecine qui, en vingt ans, ne se sont pas modifiées, combien de bâtiments sont les mêmes, combien de laboratoires sont aussi médiocrement dotés ? Cela tient à ce que le budget des Ecoles de Médecine ne tient pas à la prospérité de l'école, à la valeur des professeurs, mais à une volonté du législateur.

Quant à la valeur du producteur, elle n'influence pas la marche de l'école ; les producteurs sont payés la même chose, qu'ils travaillent ou ne fassent rien, qu'ils innovent ou restent dans la routine. Nous voulons, au contraire, que les efforts du professeur soient récompensés et aient une influence non seulement sur l'école où il exerce actuellement, mais sur son avenir. Prenons un exemple : Si, dans l'industrie, il se crée une ligne nouvelle de navigation, pour la diriger va-t-on afficher un concours annonçant qu'à telle date il y aura un examen comprenant une composition écrite, un ou deux examens oraux, etc., et que celui qui aura fait par cœur les épreuves les plus brillantes sera nommé directeur ?

Non, certes ; mais on cherche parmi les candidats éventuels ceux qui, dans le passé, ont fait preuve de plus d'initiative commerciale.

Nous voulons qu'il en soit ainsi pour nos Ecoles de Médecine. Tout docteur en médecine peut contribuer à l'enseignement libre et complémentaire des écoles ; c'est le privat docentisme que l'on a opposé à notre système qui consiste à nommer à une date fixe un certain nombre de professeurs agrégés et de professeurs adjoints après une récitation par cœur. Ainsi, on a donné à ces gens le privilège de fait d'être seuls à pouvoir devenir professeurs titulaires, et même on a vu dernièrement à Paris (1) des agrégés ayant la prétention d'être seuls à avoir le droit d'être titularisés à Paris.

Celui qui, à titre de privat docent, aura fait ses preuves, non pas en récitant par cœur telle ou telle leçon, mais en enseignant les élèves ; celui qui, à ses qualités de professeur, aura ajouté des travaux originaux, pourra être candidat à n'importe quelle chaire qui sera vacante. Après avoir été privat docent, on deviendra professeur d'une Université : mais il est légitime que l'on commence par une modeste Université pour arriver graduellement à la chaire la plus enviée.

Le Congrès des praticiens a adopté les vœux suivants, présentés par MM. Huchard et Sorel :

1° L'agrégation des Facultés de Médecine est supprimée ;

2° L'enseignement médical est absolument libre ;

3° L'Etat se réserve le seul droit des examens et de la collation des grades ;

4° L'enseignement sera rétribué d'une part par l'Etat, la plus grande part ou la totalité par les élèves.

Nous avons dit que la liberté comportait la responsabilité morale. En effet, si une école est libre de choisir tel professeur, si elle le rétribue suivant le nombre des cours et des élèves attirés à l'école par son talent, il faut que ce professeur ait la liberté d'organiser ses cours comme il l'entend. C'est le principe de la décentralisation qui doit former le régime de nos Universités : les Universités libres dans l'Etat, les Facultés libres dans l'Université, les professeurs libres dans la Faculté.

Le professeur doit pouvoir organiser son service comme il l'entend ; il doit être, en même temps que professeur, directeur de son institut, comme cela a lieu en Allemagne ; par exemple, le professeur d'anatomie pathologique doit avoir un budget spécial avec lequel il peut non seulement donner les plans de ses laboratoires, mais acheter dedans les objets nécessaires à son enseignement. C'est le professeur qui nomme son personnel, assistants, garçons de laboratoires, etc., qui achète les matériaux nécessaires, etc., et qui présente un budget en recettes et dépenses.

Alors, lorsqu'une place de professeur d'anatomie pathologique est vacante dans une Université, on peut choisir des candidats qui ont déjà construit ou amélioré les installations d'Institut d'anatomie pathologique, qui ont passé leur temps à faire et à faire faire des autopsies, à faire ou à faire faire des coupes histologiques, qui ont conservé dans un musée des pièces curieuses ; en un mot, un homme ayant fait ses preuves, et non un monsieur qui a passé son temps à faire autre chose, mais qui est *persona grata* et agrégé. M. le Dr Le Für, dans son rapport sur l'autonomie des Facultés, citait justement les paroles de M. Leygues, ancien Ministre de l'Instruction publique ; nous les reproduisons, ce sera notre conclusion : « C'est la liberté seule qui peut assurer les progrès de la science. Hors la liberté, il n'y a pour elle que sommeil et immobilité. Il faut assurer aux institutions qui la propagent une indépendance de plus en plus grande. Le rêve serait d'avoir *des Universités autonomes et rivales*, jalouses de leur éclat et de leur prospérité. Ce beau système que la France a créé au XIIIe siècle a été imité partout en Europe : nous seuls l'avons abandonné. Il y faudra revenir et reprendre nos

(1) Voir la *Revue médicale de Normandie* des 10 octobre 1906, 25 septembre, 25 octobre, 25 novembre 1907.

(2) Le recrutement des Professeurs à l'étranger et en France, par le Dr Robert Sorel, de Dijon (*Congrès des praticiens*, 1er volume, page 55).

(1) Les incidents à la Faculté de Médecine (*Progrès Médical*, 16 novembre 1907).

anciennes traditions. Ce sera le moyen le plus sûr d'assurer l'avenir de nos Facultés, d'accroître le développement de celles qui prospèrent, de vivifier et de rajeunir celles qui languissent ».

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France.

CONSEIL GÉNÉRAL.

A Monsieur le docteur Jeanne, rédacteur en chef du *Concours médical* :

Monsieur le rédacteur en chef,

Monsieur le président de l'Association générale des médecins de France me charge de vous envoyer une copie de la lettre qu'il a adressée le 7 février dernier à Monsieur le docteur Courtault, pour lui expliquer les motifs qui empêchent le Conseil général de l'Association le prendre part officiellement à l'organisation qu'il projette en vue de fonder la « Maison du Médecin ».

Le Conseil général vous serait reconnaissant de bien vouloir publier cette lettre.

Veuillez agréer, Monsieur le rédacteur en chef, l'hommage de ma haute considération.

Pour le Conseil général,
A. MAILLARD.

Paris, le 7 février 1908.

A Monsieur le docteur COURTAULT, 32, rue Notre-Dame-des-Victoires, à Paris.

Monsieur et honoré Confrère,

Lorsque je vous ai écrit que les membres du Conseil Général de l'Association des médecins de France ne pouvaient s'associer que par des vœux au projet que vous vouliez bien leur soumettre, je vous disais que le secret professionnel m'interdisait de vous donner explicitement les motifs de cette réserve.

Depuis ce moment, j'ai reçu la visite du généreux donateur dont les dispositions testamentaires m'avaient dicté cette réponse, et notre confrère, tout en me demandant de taire son nom et le lieu de sa résidence, m'a formellement autorisé à déclarer :

1° Qu'il maintenait et confirmait les termes précis de son testament qui lègue à l'Association Générale la toute-propriété d'un château et d'un parc, permettant d'y installer, dans des conditions exceptionnelles, la *Maison de retraite du Médecin*.

2° Qu'il léguait, en même temps, à l'Association générale, des terrains dont la vente ou l'exploitation permettraient d'assurer à tous les médecins qui seraient agréés une rente viagère de mille francs ;

3° Que toutes les formalités requises seraient remplies pour que, à l'expiration de l'usufruit, si le donateur venait à décéder avant sa femme, l'Association générale pût entrer immédiatement en possession de ce legs.

Vous comprendrez, très honoré confrère, que les membres du Conseil général se trouvent liés par les promesses qu'ils ont reçues du généreux médecin qui m'a si nettement exposé ses vues et confirmé la teneur du testament que nous avons reçu en 1903.

S'ils se décidaient à créer, en dehors et sans l'assentiment de notre confrère une œuvre que, grâce au don qu'il nous a fait, ils arriveront à faire prospérer sans difficultés et sans frais, ils s'exposeraient à voir le donateur modifier ou même révoquer ses dispositions testamentaires.

Je ne crois pas nécessaire d'insister pour vous expliquer davantage les motifs de notre abstention.

Veuillez agréer, Monsieur et honoré confrère, l'assurance de mes sentiments confraternels.

(Signé :) L. LEREBOULLET,
Président de l'Association générale.

La Maison du Médecin.

Devant les difficultés de l'existence, l'effort mutuel s'est levé de toutes parts, et les médecins eux-mêmes ont subi l'impulsion générale. Malgré leur résistance première à l'esprit de groupement, ils ont fini par réaliser les associations les plus cohérentes et les plus florissantes parce qu'ils ont besoin, plus que tous les autres, de s'unir mutuellement contre les dangers matériels et moraux qui sans cesse les menacent.

Il faut rappeler cette tendance primordiale des médecins à la réserve ombrageuse, en face des groupes naissants, pour comprendre tout le prix de la confiance qui fut témoignée à la création de cette œuvre nouvelle de solidarité médicale, à la *Maison du Médecin*, société pour la fondation et l'organisation d'une Maison de retraite et de repos à l'usage des confrères qui veulent se reposer un temps ou pour toujours, loin des soucis de la clientèle.

Bien-être, calme et délassement parmi les siens, n'est-ce pas le désir secret du praticien célibataire, ou sans enfants, dont la dure vie de labeur n'a pu assurer toute l'aisance nécessaire au vieil âge ? A procurer la satisfaction de ce désir, s'est attachée une phalange imposante de médecins de tous lieux et de tous grades, dont les rangs grossissent chaque jour. La presse médicale, soucieuse des intérêts professionnels, a semé la bonne nouvelle dans tous les coins de la France, et, en quelques semaines, le groupement nouveau a pu être définitivement fondé et organiser son bureau, son conseil d'administration, dont la composition seule est une garantie de succès.

Conseil d'Administration. — *Président* : Courtault ; *Vice-Présidents* : Cunéo, prof. agr., chir. des hôp. ; Triboulet, méd. des hôp. ; *Secrétaire Général* : Lucien Nass ; *Secrétaires* : P. Cornet, Wicart ; *Trésorier* : Kolbé ; *Trésorier Adj.* : P. Klein ; *Membres* : P. Reynier, membre de l'Acad. de Méd., prof. agr., chir. des hôp. ; Walther et Brindeau, prof. agrégés, chirurgien et accoucheur des hôp. ; L. Jacquet, méd. des hôp. ; Butte, Duchastelet ; Favreau ; Aimé Gardette ; P. Guillon et Laumonier.

Commission consultative. — *Avocats conseils* : Mes de Leymarie et Dubron, avocats à la Cour ; *Notaire* : Me Alex. Josset ; *Avoué* : Me Gallard.

Dr WICARD, *Secrétaire.*

REPORTAGE MÉDICAL

Syndicat des Médecins de Falaise.— Les Médecins syndiqués de l'arrondissement de Falaise, réunis en Assemblée générale, ont décidé :

1° Que tout ouvrier agricole ou industriel, victime d'un accident de travail, était libre de prendre le médecin de son choix ;

2° Que tout indigent inscrit sur la liste d'assistance de sa commune était libre de choisir son médecin ;

3° Que toute visite d'urgence demandée le dimanche serait comptée comme une visite de nuit, c'est-à-dire le double du tarif ordinaire.

Générations d'assistés.— L'autre jour, M. Viviani parlait à la Chambre des divers systèmes préconisés pour l'organisation des retraites ouvrières et s'exprimait ainsi :

« D'aucuns voudraient voir substituer simplement à la loi des retraites la loi d'assistance, à laquelle on donnerait une extension de plus en plus grande. Jamais, au cas même où le Parlement accepterait cette substitution, le gouvernement ne saurait s'y rallier. *Il n'est point, en effet, indifférent à la sécurité morale, à la fierté, à la dignité de ce pays que nous nous trouvions demain en face d'une génération d'assistés*, ou d'une génération de prévoyants, qui ont su faire œuvre d'effort, de volonté, de sacrifice. »

M. Emile Chauvin et la Commission de prévoyance sociale ont dû trouver ce langage peu rassurant pour leur rêve : « Les assurés agricoles traités en indigents. »

Nous osons leur dire, d'ailleurs, que les médecins sont déjà bien en train de tailler à cette proposition un joli succès dans les circonscriptions électorales.

Association corporative des étudiants en médecine (21, rue Hautefeuille). *Conférences de dermatologie pratique.* — M. Ch. Simon, ancien interne de l'hôpital Saint-Louis (service du Dr Brocq), commencera, le lundi 23 mars, une série de douze conférences de dermatologie pratique avec présentation de malades, spécialement réservées aux membres de l'A. C.

Ces conférences auront lieu tous les jours, à 2 h. précises, au siège de l'Association.

1° Anatomie de la peau, lésions élémentaires, technique et examen des malades ; 2° Eczéma ; 3° Psoriasis, états psoriasiformes, pityriasis rosé de Gibert ; 4° Prurigos, prurit, urticaire ; 5° Lichen et lichénification ; 6° Erythèmes, érythèmes polymorphes, éruptions artificielles ; 7° Lupus vulgaire, lupus érythémateux ; 8° Tumeurs de la peau ; 9° Pyodermides, infections cutanées ; 10° Pelade, teigne, favus ; 11° Pityriasis versicolor, érythrasma, eczéma marginatum ; 12° Gale, phtiriase.

Droit d'inscription, 5 fr. pour frais de déplacement des malades.

Faculté et Hôpitaux.

— Un cours de gynécologie, fait par M. Potocki, agrégé, accoucheur des hôpitaux, commencera le 23 mars 1908, à 10 h. du matin ; ce cours sera complet en 18 leçons.

Les droits à verser sont de 50 francs.

Cours et conférences du semestre d'été.

Cours de pathologie interne, par le Prof. Déjerine, mardi, jeudi et samedi à 6 h. au petit amphithéâtre de la Faculté.

— Cours de chimie médicale par le Prof. A. Gautier, membre de l'Institut, mardi, jeudi et samedi à 5 h. à l'amphithéâtre de physique et de chimie de la Faculté. Sujet du cours. Le fonctionnement animal. Digestion. Sang. Assimilation. Urines. Nutrition générale.

— Cours de pathologie et thérapeutique générales, mardi, jeudi et samedi à 5 h., au petit amphithéâtre de la Faculté, par M. le Prof. Bouchard. Objet du cours : La réaction vitale en pathogénie et en thérapeutique.

— Cours d'hygiène par le Prof. Chantemesse, les mardis, jeudis et samedis à 5 h. au grand amphithéâtre de la Faculté : Objet du cours : Désinfection. Eau potable. Eloignement et destruction des immondices. Prophylaxie spéciale des maladies contagieuses.

— Conférences de pathologie interne par M. Castaigne, agrégé, lundi, mercredi et vendredi à 5 h. petit amphithéâtre de la Faculté. Objet des conférences : Maladies du foie et des reins.

Conférences de pathologie externe par M. Proust, agrégé, lundi, mercredi et vendredi à 3 h. ; au petit amphithéâtre de la Faculté. Programme : Pathologie chirurgicale des membres. Pathologie du rein, des voies urinaires et génitales de l'homme.

Conférences d'anatomie topographique par M. Cunéo, agrégé, lundi, mercredi et vendredi, à 6 h. au grand amphithéâtre de l'Ecole pratique. Programme : Anatomie topographique de la tête, du cou, du thorax et du membre supérieur.

— Conférences d'anatomie pathologique par M. Legry, agrégé, mardi, jeudi et samedi, à 2 h. au laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté.

Conférences de physiologie par M. Langlois, agrégé, les lundis, mercredis et vendredis à 5 h. au grand amphithéâtre de l'Ecole pratique. Sujet du cours : Respiration ; Circulation ; Chaleur animale.

Conférences de thérapeutique, par M. Paul Carnot, agrégé, lundi, mercredi et vendredi à 6 h. au petit amphithéâtre de la Faculté. Objet du cours ; Les médications : 1° Médications pathogéniques (anti-infectieuses, antiparasitaires, antitoxiques) ; 2° Principales médications symptomatiques.

Conférences de pharmacologie par M. Richaud, agrégé, mardi, jeudi et samedi, à 4 h., à l'amphithéâtre de pharmacologie. Objet des conférences : Etude des médicaments d'origine organique.

Conférences de neuropathologie par M. Henri Claude, agrégé, accompagnées de démonstrations cliniques et anatomiques, mardi et jeudi, à 4 h., à la Salpêtrière (amphithéâtre de la Clinique). Programme du cours : Maladies de la moelle et des nerfs.

Conférences de physique médicale, par M. Broca, agrégé, lundi, mercredi et vendredi à 4 h. à l'amphithéâtre de physique et de chimie de la Faculté.

Conférences de parasitologie et histoire naturelle médicale par M. Brumpt, agrégé, mardi, jeudi et samedi à 4 h. au petit amphithéâtre de la Faculté. Objet des conférences : Actions diverses exercées par les parasites sur l'organisme. Vers et arthropodes parasites. Principes généraux de leur prophylaxie.

Conférences d'histologie par M. Branca, agrégé, mardi, jeudi et samedi à 3 h. au grand amphithéâtre de la Faculté. Sujet des conférences : Les tissus. L'appareil uro-génital.

Cours théorique de médecine légale par M. Balthazar, agrégé, lundi, mardi, jeudi, vendredi et samedi à 4 h. à l'amphithéâtre de pharmacologie.

Cours pratiques de médecine légale à la Morgue, à 2 h. les lundis par M. Vibert, les mercredis par M. Balthazard, les vendredis par M. Descoust.

Conférences de médecine légale pratique par M. le Prof. Thoinot, assisté de MM. Courtois Suffit, Desmoulins et Guillain, médecins et chirurgien des hôpitaux, mardi et vendredi matin ; à la Morgue le vendredi, et à l'hôpital Laënnec, le mardi.

Le Directeur-Gérant : Dr E. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trentième année | N° 12 | Dimanche 22 MARS 1908

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Une des affaires pendantes au « Sou Médical »

Suppléant à l'absence de notre rédacteur en chef, qui se consacre tout entier à la révision du Tarif Dubief dans les conditions créées par la campagne que l'on sait, je ne saurais mieux satisfaire à l'actualité, qu'en ajoutant aux *dossiers de scandale* produits contre les médecins, un des nombreux récits dont le « Sou médical » a été saisi depuis le début de la campagne Petitjean. Le tout tient dans la lettre d'un de nos confrères et dans la réponse de notre Conseil judiciaire.

Tout commentaire serait superflu : réservons-nous, s'il faut y arriver, pour le jour où nous causerons de tel ou tel des faits qui, *cité par M. Petitjean lui-même*, aura été apprécié par les tribunaux d'une toute autre façon que par le porte-parole du Syndicat de garantie.

Mon cher Confrère,

Membre du Concours et du « Sou médical », je viens vous demander aujourd'hui un certain nombre de renseignements qui me sont nécessaires et particulièrement vous soumettre une affaire litigieuse avec une compagnie d'assurances, affaire qui aura, je crois, un certain retentissement et pour laquelle je compte sur le soutien et les bons conseils du « Sou » ;

Je commence d'abord par les renseignements moins importants, réservant pour la fin la question principale.

1° J'ai réduit une luxation de l'épaule gauche en employant un procédé de force : un aide faisant l'extension, un autre la contre-extension et pendant ce temps, je faisais la réduction; mes aides, deux hommes vigoureux, mettaient toute leur vigueur, car le blessé était fortement musclé ; c'était, ou je ne m'y connais pas, un procédé de force. J'avais tarifé 60 fr. (d'après l'article A 12, p. 6 de 40 à 125 fr.) ayant pris la moyenne des deux prix, la réduction ayant été difficile.

Le blessé ayant guéri rapidement et n'ayant eu que 15 jours d'incapacité de travail, la Compagnie Urbaine et Seine refuse de me donner 60 fr. et m'offre 25 fr. « Ma Compagnie, dit l'agent, vu la nature légère « de la luxation du sinistré ne croit pas devoir vous « accorder pour la réduction une somme supérieure à « 25 fr. (Tarif Officiel A 10, E 3 par assimilation). Textuel ! Que pensez-vous de cette manière cavalière de traiter les choses : si le tarif a prévu de 40 à 125 fr. c'était justement pour que le médecin demande une somme en rapport avec la difficulté vaincue et je crois être dans mon droit strict en demandant 60 fr.

2° ....

3° Pouvez-vous m'envoyer le texte ou du moins l'indication des journaux où je pourrais trouver le texte des jugements par lesquels le juge reconnaît au médecin le droit à des dommages et intérêts pour refus injustifié de payer, retard voulu dans le paiement et discussion malhonnête des tarifs. J'ai un client en ce moment dans ce cas, affligé de plusieurs dizaines de mille livres de rente et qui refuse de me payer des pansements de suppuration de l'ombilic, pansements sales, odorants, longs, faits à heure fixe, à l'heure et à la commodité de Madame, etc. Le sieur prétend me payer cela 3 fr., le prix d'une visite ordinaire, alors que

je lui réclame seulement 10 fr. Il a attendu *un an* avant de faire aucune réclamation, ma première note ayant été fournie en 1906, et s'élevant à 95 fr. puis il a offert 48 fr. à mon encaisseur, 40 fr. à ma bonne, et il ne m'offre plus que 34 fr. Je vais lui demander des dommages et intérêts : 1° pour refus injustifié de payer; 2° pour retard voulu dans sa réclamation (un an) ; 3° pour avoir, devant mon encaisseur et ma domestique, suspecté mon honnêteté en leur disant que je réclamais des choses qui n'étaient pas dues. Suis-je dans mon droit et me conseillez-vous de poursuivre ?

4° J'arrive enfin à la grande affaire qui me préoccupe et dont les avocats, avoués, juges, etc., parlent entre eux comme d'une affaire importante : « épisode, disent-ils, de la lutte entre blessés du travail, médecins et Compagnies d'assurances. Au mois de septembre 1906, à la suite du décès d'un de nos confrères, je fus mandé pour donner mes soins à un pauvre blessé, le sieur L. Ce malheureux avait eu, à la suite d'un terrible accident, au mois de mars 1906, une fracture de la colonne vertébrale très haut située *vers la 6e dorsale* et il avait survécu à cette terrible blessure. Je le vis, le soignai de mon mieux aidé de sa femme, dont le dévouement et les soins furent merveilleux, de ses proches, frères, parents, etc., et le malheureux vécut encore, soigné par moi, *quatorze mois*, ce qui portait sa survie totale à 19 mois et un peu plus.

J'ajoute que sa fracture étant très haut située, il avait une paralysie complète des membres inférieurs, de l'intestin, vessie, et des viscères abdominaux ; l'anesthésie remontait en avant jusqu'aux mamelons; en somme le pauvre malheureux était un martyr vivant seulement par le cerveau, la tête, les épaules, le cœur et les poumons.

Tout le reste ne fonctionnait que par les soins dévoués que lui prodiguait sa femme qui l'a soigné comme jamais je n'ai vu quelqu'un être soigné. Cependant, bien entendu, il y avait certains soins que sa femme ne pouvait lui donner elle-même et qui exigeaient l'intervention d'un médecin.

Je faisais donc régulièrement trois visites par semaine ; deux dans le courant de la semaine et une le dimanche matin ; je passais généralement ma matinée du dimanche chez lui. Il me semble qu'il m'était difficile de faire moins de visites. D'ailleurs, quand le mardi soir, pour une raison ou pour une autre je n'avais pu y aller, dès le mercredi matin, les parents étaient pendus à ma sonnette en me réclamant au plus vite.

Dans mes visites de la semaine, je faisais un pansement superficiel, je visitais les plaies et écorchures et je faisais un lavage de la vessie, une instillation de nitrate d'argent, je changeais les sondes à demeure et je prescrivais tout ce dont le malade pouvait avoir besoin (vins fortifiants, laxatifs divers, le malade n'ayant pas été une seule fois spontanément à la garde-robe pendant les 19 mois de survie).

Le dimanche, c'était une autre affaire. Aidé de six hommes vigoureux, parents du blessé, on soulevait celui-ci en l'air à l'aide de nappes et serviettes glissées sous lui et soulevées à bras tendus et pendant ce temps je faisais un pansement général de toutes les escharres qui, vous le pensez bien, s'étendaient dans toute la région fessière et dorsale du malheureux, on lavait tout cela du mieux possible; le tout dégageait bien entendu une odeur infecte, puis on lavait l'anus, les fesses, on pansait les escharres des jambes, des talons etc., c'était enfin un véritable travail et je terminais la séance par un lavage de vessie et les soins ordinaires ; le tout durait de 1 h. 1/2 à 2 heures suivant les jours et l'état plus ou moins grave du blessé.

Vous pensez, bien entendu, que tout cela ne se faisait pas sans ouate, sans eau boriquée, sans gaze stérilisée, antiseptiques divers, nitrate d'argent, etc., et il y a une note de pharmacie qui dépasse 4.500 fr. Il y a en plus une note d'accessoires de pharmacie, matelas caoutchoutés, gouttières, bandages, etc., qui dépasse 1.500 fr. Cela n'a rien d'excessif et je me l'explique très bien ; le malheureux allait sous lui, pourrissait les matelas avec le pus qui découlait de son dos et de ses jambes et il fallait souvent les changer, les faire refaire ou en commander de neufs. De plus le malheureux a consommé divers vins fortifiants, de la carnine, etc.; on lui a fait des frictions réconfortantes avec de l'eau de Cologne, enfin j'avais prescrit la poudre classique de talc, quinquina, sous-nitrate de bismuth et orthoforme qui, paraît-il, coûte très cher; je ne le savais pas ; l'eussé-je su que je l'aurais ordonné quand même, puisque cela me semblait le plus approprié à l'état du blessé. En somme, il y a donc une très grosse note de pharmacie qui s'explique par l'état du blessé constituant un cas unique, je crois, dans les annales médicales, de 19 mois de survie avec une fracture si haut placée et des escharres aussi complètes et aussi étendues. Il faut dire que L..., était un homme de première force taillé sur le modèle des forts de la Halle.

La Compagnie d'assurance le *Secours*, assignée en paiement par le pharmacien, refuse de payer et prétend me mettre en cause, me rendant responsable de l'exagération des frais du traitement qu'elle prétend exagéré, sans se rendre compte de l'état où était le blessé quand j'ai commencé à lui donner des soins.

Elle prétend aussi ne payer que les objets tarifés par le tarif Dubief et refuse les matelas et tout le matériel absolument nécessaire au blessé pour le traitement. On m'a remis en cause, donc, ce matin, en justice de paix, et on a demandé la constitution de deux experts, l'un médecin pour dire si le traitement et mes ordonnances sont exagérées, l'autre pharmacien pour dire si le coût des remèdes est bien normal.

Voilà où en est l'affaire dont voici le schéma :

1° Blessé unique peut-être de la science ;

2° Etat très grave nécessitant, pour une survie de 19 mois, des matériaux considérables de pansements et de nombreux remèdes ;

3° Note considérable de pharmacie réclamée par le pharmacien au « Secours » ;

4° Refus par la Compagnie de payer prétendant le traitement et les ordonnances exagérées et mettant le médecin en cause en cas de condamnation intervenant contre elle ;

5° Constitution, à la date d'aujourd'hui, d'experts médecin et pharmacien.

Mais, ce n'est pas tout : indépendamment de la note de pharmacie, il y a la mienne, qui est, bien entendu, très élevée, mais cela se comprend facilement.

Pouvais-je aller moins de trois fois par semaine chez ce blessé si malade ?

J'ai tarifé mes visites en semaine à 12 fr. 50 : est-ce exagéré ?

J'ai tarifé mes pansements du dimanche, durant une heure 1/2 et deux heures, m'empêchant pendant tout l'été dernier d'aller à la campagne et m'occasionnant pendant ce temps 4 fr. de voiture qui m'attendait à la porte, j'ai tarifé, dis-je, ces pansements à 20 fr. : est-ce exagéré en bonne foi ; si j'avais voulu suivre le tarif Dubief et tarifer chacun des actes médicaux que j'effectuais au cours de ces longues visites, je serais arrivé, je suis sûr, à un total de plus de 50 fr. ; donc en demandant 20 fr. il me semble que ma demande est modérée.

En plus, on a l'air de dire, sans cependant l'articuler fermement, que j'étais de connivence avec le pharmacien que je connais à peine, que je connais surtout depuis les ennuis qu'on lui a faits pour sa note ; que dois-je faire en présence de tous ces faits ? Je vais, pour plus de clarté, procéder par questions.

1° On n'a pas encore contesté ma note qui s'élève à peu près à 2.000 fr. Le « Secours » attend la fin de l'instance du pharmacien pour, sans doute, m'en refuser le paiement, mais jusqu'à présent, on ne m'a rien refusé : dois-je l'assigner de suite en paiement ?

2° Que dois-je faire en présence de ces dires, que je

me serais entendu avec le pharmacien ; dois-je poursuivre en diffamation? (on a prononcé ce matin un mot que je n'ai pas compris : *collusion* entre médecin et pharmacien).

3° Dois-je poursuivre la Compagnie d'assurances pour abus de citation directe et demander ma mise hors de cause ?

Enfin, d'une façon générale, que me conseillez-vous de faire en ce cas fort difficile, fort compliqué et qui m'ennuie bien. Le pauvre homme que je soignais avec tout le dévouement dont je suis capable, aurait bien dû mourir plus tôt, car il aurait moins souffert et à moi, il aurait épargné bien des ennuis. Mais enfin, je ne pouvais pas ne pas le soigner du mieux possible, je ne pouvais pas le tuer ; alors je ne pouvais que faire ce que j'ai fait : le soigner de mon mieux et lui prescrire tout ce qui dans l'état actuel de la science, était le meilleur pour son soulagement et sa survie.

Comme renseignements complémentaires, je dois vous dire que la Compagnie savait bien que le traitement coûtait cher puisque dès le 15 décembre 1906, elle avait reçu la note que le pharmacien envoyait tous les trois mois et dont, malgré toutes ses réclamations, lettres recommandées, etc., il ne put obtenir le paiement.

De plus, l'inspecteur de la Compagnie vit plusieurs fois le blessé, vit les matelas et tout le matériel qui servait et ne fit aucune objection.

J'ajouterai que je vis le malade en consultation avec le Dr Labeyrie, médecin de la Compagnie, qui approuva tout ce que je faisais et ne trouva rien à redire ni sur la poudre, ni sur la gaze ou l'ouate, ni sur les remèdes internes prescrits.

Je vis aussi le malade vers le mois de février 1907, avec le Dr C..., de G..., chirurgien des Hôpitaux de N..., qui approuva aussi tout ce qui était fait et s'étonna avec moi de la longue survie de ce blessé auquel lui-même avait donné les premiers soins à l'Hôtel-Dieu le jour de l'accident.

En ce qui me concerne, la Compagnie m'a payé sans aucune discussion une note de 601 fr concernant le dernier trimestre de 1906 et les honoraires que j'ai encore à lui réclamer sont tarifés sur les mêmes bases puisque j'ai toujours donné les mêmes soins et fait le même nombre de visites par mois.

Voilà, mon cher confrère, exposée avec le plus de clarté possible, l'affaire qui m'intéresse. Je vous prie de communiquer ma lettre à notre conseil judiciaire si compétent et si dévoué, et je vous serais bien reconnaissant de me faire savoir, dès que vous le pourrez, la marche à suivre en cette circonstance.

Je me tiens entièrement à votre disposition pour tous les renseignements complémentaires et je vous prie, en terminant, de m'excuser de la longueur démesurée de cette lettre.

Agréez, je vous prie, mon cher Confrère, avec tous mes remerciements d'avance, l'expression de mes sentiments de respectueuse confraternité.

Dr J. Ménager.

Mon cher Docteur,

J'ai examiné les deux cas de recouvrements d'honoraires pour soins donnés à des blessés du travail par le Dr Ménager, dont vous me soumettez la très intéressante lettre.

1er *cas*. — Réduction d'une luxation de l'épaule, avec le concours de deux aides, par l'emploi des méthodes de force. Demande du Dr : 60 fr. Offre de la Compagnie l' « Urbaine et la Seine » de 25 fr.

Il n'y a pas à hésiter. Il faut refuser l'offre faite par la Compagnie, qui est contraire au tarif et assigner le patron, en concluant à une expertise, s'il y a contestation sur la nature de l'intervention. L'art. 12, n° 6, prévoit formellement le cas avec une tarification minimum de 40 fr. et maximum de 125 fr. Il est inadmissible que l'assureur prétende invoquer par *assimilation* d'autres dispositions du Tarif, s'appliquant à des interventions de nature et d'importance différentes, puisque celle pour laquelle le Dr Ménager réclame un honoraire moyen de 60 fr. est prévue par le Tarif.

2e *cas*. — Je ne vois pas d'inconvénients à ce que vous publiiez cette partie de la lettre du médecin avec des commentaires sur le cas.

Je suis d'avis que le Dr Ménager saisisse dès maintenant et sans retard, le tribunal de paix de sa demande en paiement, afin qu'il n'ait pas l'air de craindre les attaques et de vouloir rester seulement sur la défensive.

Du moment où une précédente note a été payée s'élevant à 601 fr. et établie en ce qui concerne le prix des visites et interventions d'après le même tarif que la note actuelle, il y a là un élément décisif d'appréciation.

Votre confrère devrait prendre un avoué (aux frais du « Sou Médical ») ou un avocat et faire plaider son affaire.

Il faudrait agir vite et demander le renvoi devant les experts déjà nommés pour l'appréciation de sa note.

Devant ces experts, il faudra faire comparaître les médecins qui ont vu le malade en consultation avec le Dr Ménager.

Il *n'y a pas lieu à plainte ou poursuite pour diffamation* en raison de l'accusation de collusion avec le pharmacien portée contre le Dr Ménager, mais celui-ci est en droit, dans sa citation en paiement, qui devra être bien motivée, de réclamer des dommages-intérêts contre le patron au nom duquel ont été portées des accusations de cette nature, comme aussi pour le préjudice moral causé par la résistance injustifiée de son débiteur, ou plutôt par la mise en cause du médecin, sous prétexte d'une prétendue collusion, dans l'instance intentée par le pharmacien pour ses fournitures.

En ce qui concerne les fournitures de matelas ou les frais de réparation de ces matelas, il est à craindre qu'ils ne soient pas compris dans les frais de maladie, mais il n'en saurait être de même des fortifiants, de l'eau de Cologne pour frictions, et des gouttières et bandages et accessoires nécessités pour les soins que comportait l'état du blessé.

Votre bien dévoué,

Georges Gatineau.
Avocat à la Cour de Paris,
Conseil du « Sou Médical »

Et maintenant un simple mot : il est d'un directeur d'une compagnie d'assurances accidents.

« Si toutes vos Sociétés vous défendent, nous disait-il, avec autant de ressources et d'énergie que le « Sou Médical », la fameuse campagne anti-médicale tournera exclusivement contre ses auteurs ».

A quoi j'ajoute : « Nous en avons bien l'espoir. »

Dr A. Gassot.

LA SEMAINE MÉDICALE

Le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire.

A l'une des dernières séances de la Société médicale des Hôpitaux, le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire a été longuement étudié par plusieurs maîtres fort compétents ; les uns se sont montrés nettement hostiles aux méthodes de laboratoire, les autres, au contraire, ont affirmé la très grande utilité des réactions cutanées ou ophtalmiques à la tuberculine, quand la clinique est insuffisante. M. le Dr Paul CLAISSE prenant acte que des cliniciens comme les Drs BARTH, RENON, DUFOUR, LETULLE, affirment l'impossibilité de formuler un diagnostic ferme, sans la réunion de plusieurs signes d'anomalie respiratoire, s'écrie : « Mais on peut obtenir de l'auscultation davantage, c'est-à-dire une *certitude*, à condition de la combiner avec l'épreuve de la tuberculine.

« Le diagnostic de la tuberculose par la méthode des injections de tuberculine à petites doses identiques a été discuté en 1907. Sans revenir sur ce sujet, je dirai seulement que si on applique cette méthode au cours de la première étape de la tuberculose, on obtiendra parfois, *non seulement la réaction thermique*, mais, en outre, une réaction locale dans la zone pulmonaire suspecte. A ce niveau, on constate souvent, dès la première injection, de la submatité, de la bronchophonie, des bruits adventices, bref, cette pluralité de signes réclamés par M. Letulle. Ces constatations, si utiles, se feront sans aucun risque pour le malade, si l'on a bien suivi la technique préconisée par Mœller, Lievinstein et Ostrowsky.

« La méthode échappe donc au reproche qu'on a pu faire à l'ophtalmo-réaction et présente sur celle-ci l'énorme avantage de préciser le siège de la lésion tuberculeuse, en y créant une fluxion passagère.

« Ce serait sortir du sujet que de comparer les deux méthodes de diagnostic ; elles ont toutes deux leur valeur et leurs indications spéciales. Je tiens simplement à faire remarquer que l'injection de tuberculine est à utiliser de préférence, quand on veut déterminer la nature d'une anomalie respiratoire.

« Il est regrettable que l'emploi de ces méthodes rencontre tant de résistance dans le public et dans le monde médical. Les meilleurs cliniciens se déclarent incapables d'établir, par l'auscultation, un diagnostic *certain* de tuberculose à la première étape ; il est donc légitime de chercher en dehors de nos moyens d'enquête usuels. L'emploi de la tuberculine (sous une forme ou sous une autre) me semble être le meilleur moyen de préciser les renseignements fournis par l'auscultation.

« Cela conduit à une conclusion pratique.

Réduit à la seule méthode d'auscultation, aucun de nous ne se reconnaît le droit d'immobiliser et de traiter un sujet qui présente une anomalie respiratoire. On le surveille, on lui laisse faire ses preuves, c'est-à-dire aggraver ses lésions et l'on perd un temps précieux, ne sachant si l'anomalie est réellement morbide. Si, au contraire, on recourt concurremment à l'injection de tuberculine, et si l'épreuve est positive, on a le droit et le devoir d'inaugurer d'emblée le traitement avec les meilleures chances de succès.

« Concluons donc en disant qu'une anomalie respiratoire indique la *possibilité* de tuberculose et que, pour obtenir la *certitude*, il faut, ou bien laisser évoluer le mal, jusqu'à confirmation, au risque d'une atteinte irrémédiable, ou bien tenter l'épreuve de la tuberculine ».

Traitement de l'Otalgie.

Le *Laryngoscope*, de janvier, fondé à Marseille par le Dr J. Molinié consacre un intéressant article à l'étude du traitement de la douleur d'oreille et à son diagnostic.

« L'otalgie, dit il, est rarement essentielle, elle est presque toujours symptomatique.

« A. D'une lésion de l'appareil auditif, pouvant siéger dans l'oreille externe (bouchon cérumineux eczéma, otite, otomycose, furoncle du conduit), dans l'oreille moyenne (otite moyenne aigüe simple ou avec complications mastoïdiennes), ou dans l'oreille interne (labyrinthite suppurée).

« B. D'une lésion de voisinage, pouvant siéger dans l'articulation temporo-maxillaire (arthrite), dans la mâchoire (ostéite, carie dentaire), ou dans le naso-pharynx (végétations adénoïdes, ulcérations ou affections spécifiques ou banales du pharynx).

« C. D'une affection générale (rhumatisme, syphilis, tabès, hystérie).

« Le diagnostic de l'affection causale est la condition primordiale du traitement.

« Les affections de l'oreille externe sont vite reconnues. La détersion du conduit nécessaire à tout examen otoscopique suffit à calmer les douleurs provoquées par le *bouchon*, les *amas épidermiques*, l'*eczéma*, l'*otite externe*, l'*oto-mycose* ; il ne reste plus qu'à recourir au traitement de chacune de ces affections (pommades au goudron badigeonnages au nitrate d'Ag., instillation de solutions antiseptiques) pour éviter le retour de l'otalgie.

Le *furoncle du conduit*, par sa fréquence et l'acuité des phénomènes douloureux qu'il détermine, joue un rôle prépondérant dans la pathogénie de l'otalgie. La douleur occasionnée par la formation d'une collection dans un tissu extrêmement dense, ne s'atténue que par résorption ou évacuation de cette collection. D'où deux indications thérapeutiques, selon la marche et la période d'évolution de l'affection.

1° Calmer la douleur ;
2° Evacuer la collection.

Nombreux sont les remèdes populaires destinés à apaiser les douleurs d'oreilles. Certains d'entre eux sont sales et relativement efficaces : cataplasmes de farine de lin, huile chaude avec ou sans laudanum, morceau de lard taillé en cône passé à la flamme et introduit dans l'oreille ; d'autres sont simplement sales, feuille de mauve, gousse d'ail, lait de nourrice ou autres liquides organiques versés dans le conduit. Quant aux divers produits pharmaceutiques, tels que : éther, chloroforme, alcool camphré, huile phéniquée, introduits dans l'oreille sans discernement, ils produisent, le plus souvent, des brûlures du tympan sans atténuer la douleur.

« L'asepsie des régions malades étant la base de toute thérapeutique otologique, les remèdes populaires qui ne répondent pas à cette condition doivent être rejetés en principe. En pratique, l'acuité des douleurs autorise l'emploi des cataplasmes et de l'huile laudanisée à défaut d'autres moyens. Mais, si on dispose de ressources pharmaceutiques suffisantes, il faut recourir aux moyens palliatifs qui peuvent en même temps exercer une action thérapeutique favorable sur les lésions.

« Après une toilette minutieuse d'oreille pratiquée avec beaucoup de délicatesse, on appliquera au point malade une boulette de coton imbibée de :

Chl. cocaïne..........	ââ 1 gramme.
Acide phénique........	
Menthol..............	

« Cette préparation calme la douleur et fait, parfois, avorter le furoncle. Si ce dernier poursuit son évolution, il faut l'ouvrir. Après anesthésie au moyen de la formule ci-dessus, ou après anesthésie générale au chloroforme, chlorure d'éthyle, protoxyde d'azote, on pratique une ouverture assez large de l'abcès. Entre les lèvres de l'incision, on introduit une fine mèche de gaze et on couvre l'oreille d'un pansement humide. Les mesures d'asepsie du conduit seront les meilleurs moyens d'éviter la récidive si fréquente des abcès.

« L'*oreille moyenne* est le siège de l'*otite moyenne* aiguë qui, avec le furoncle du conduit, est l'une des plus fréquentes et plus violentes causes d'otalgie. Comme pour l'affection précédente, la douleur est provoquée par l'infiltration inflammatoire des tissus et la formation d'un exsudat dans la caisse. Cet exsudat peut se résorber ou se faire jour à l'extérieur. Il faut donc envisager ici les deux éventualités d'un traitement calmant et d'un traitement opératoire. Contre la douleur, on emploiera une des préparations suivantes, dont l'action est variable suivant les malades et l'intensité de la douleur, on en versera quelques gouttes tièdes dans le conduit bien détergé et aseptisé à l'avance.

Huile phénique à 1/100e..	10 gr.
Laudanum..............	X gouttes.
Menthol................	0,50 cent.

« Certains sujets ne supportent pas le menthol).

Chl. cocaïne............	0,75
Chl. morphine...........	0,25
Acide phénique..........	0,15
Glycérine...............	ââ 5 gr.
Eau	
Essence.................	1 goutte.

« On peut remplacer dans ces dernières formules la cocaïne par la stovaïne ; on peut y ajouter le pyramidon à la dose de 1 gramme, le sulfate d'atropine à la dose de 0,20 centigrammes.

« En cas de douleurs mastoïdiennes violentes, on mettra une ou deux sangsues à l'apophyse ou au tragus, on fera en outre des enveloppements chauds ; à l'intérieur on administrera des calmants ou des opiacés : antipyrine, pyramidon, exalgine, phénacétine, héroïne, morphine.

« Si, pendant les 24 heures qui suivent ces traitements, la douleur progresse, c'est que l'exsudat est en voie d'accroissement et il y a alors indication à recourir à la paracentèse du tympan. On la fera avec les précautions d'asepsie indiquées plus haut. On fait ensuite du drainage par l'application d'une mèche posée dans le conduit, et l'on met l'oreille sous un pansement humide. Si les phénomènes douloureux s'aggravent, il faut recourir à la trépanation mastoïdienne.

« L'*oreille interne* est très rarement atteinte. La labyrinthite aiguë sera dans les premiers temps justiciable d'un traitement palliatif, si elle s'aggrave il faudra recourir à la trépanation.

« Pour les autres causes *extra auriculaires* d'otalgie, qu'elles soient *locales ou générales*, on pourra choisir parmi les moyens analgésiques ceux dont l'action paraîtra le mieux indiquée. Mais il faudra surtout faire un traitement causal qui ne réussira pas toujours du premier coup la maladie qui détermine les réactions auriculaires n'étant parfois pas très aisée à découvrir ».

La mort par émotion, inhibition, suggestion.

Il est malheureusement démontré que la mort peut survenir chez certains sujets névropathes par émotion, inhibition ou suggestion, c'est une éventualité terrible pour la victime, mais surtout pour le témoin de cette mort, car il est naturellement soupçonné d'un crime ou d'un homicide par imprudence quelqu'honorable qu'il soit ; il est donc nécessaire de bien établir la possibilité de tels faits de mort subite, et de s'en souvenir, au besoin, quand l'autopsie ne révèle pas *nettement* la véritable cause de la mort. A l'une des dernières séances de la Société d'hypnologie et de psychologie. M. le Dr Paul Farez a rapproché des nombreux faits anciens, quelques cas récents de mort par peur, douleur, joie, inhibition, imitation, suggestion ; puis, il montre que même dans les cas de suggestion, c'est l'émotion qui a agi, bien plus que l'élément représentatif ; et ce qui a causé la mort, ce n'est ni la qualité, ni l'intensité de l'émotion, mais sa soudaineté. Des chocs minuscules ont provoqué une mort subite, non seulement lorsqu'il y avait des lésions cardio-vasculaires, mais aussi chez des individus dont on a cru constater, à l'autopsie, l'intégrité de l'appareil circulatoire. Pour les cas où les lésions cardio-vasculaires préexistaient au traumatisme, le médecin légiste devra les préciser toujours ; car, suivant les cas, tantôt elles atténuent et tantôt elles suppriment la responsabilité criminelle ou la responsabilité civile. Les ennuis, les chagrins, continus ou répétés, créent, à la longue, des lésions vasculaires ; ils exaspèrent, à coup sûr, les troubles existants ; une hygiène psychologique, une prophylaxie morale doivent être mises en œuvre pour tout malade qui est ou menacé de devenir un cardio-vasculaire. Quand la mort par émotion survient, en dehors de toute lésion apparente de l'appareil circulatoire, il y a mort par action d'arrêt, inhibition, réflexe, spasme des vaso-moteurs. Par exemple, les morts imputées au chloroforme ne sont presque jamais dues au chloroforme lui-même ; elles surviennent au début de la chloroformisation, souvent dès les premières bouffées : tantôt le réflexe bucco-pharyngo-laryngé, tantôt un réflexe de défense au niveau de la muqueuse pulmonaire, provoquent une syncope par arrêt des mouvements respiratoires ou cardiaques. Avant une opération, on doit se préoccuper sans doute de l'état des appareils circulatoire et respiratoire, mais bien plus et surtout de l'état mental, des appréhensions, de l'impressionnabilité, de l'hyperexcitabilité et principalement de la réflectivité du patient. Une chloroformisation n'est complète et inoffensive que si une action suggestive, compétente et appropriée, intervient avant et pendant la narcose, aussi bien, d'ailleurs, qu'au moment du réveil.

M. Bérillon a cité le fait suivant. Certains nègres de l'Afrique sont tellement pusillanimes qu'on en a vu tomber raides morts de peur, rien qu'au bruit d'une détonation ou seulement parce qu'on les avait mis en joue. Certainement, il faut instituer une psychothérapie préventive du cardiaque, former son caractère, développer en lui l'empire sur soi, lui donner du sang-froid et, comme disait Senèque, le rendre indifférent à tous les coups du sort.

Autrefois, ajoute M. Magnin, chez Dumontpallier, à la Pitié, nous avons constaté l'influen-

ce considérable de l'auto-suggestion et de la suggestion sur la circulation. Depuis, j'ai eu l'occasion de donner mes soins à plusieurs psychonévrosés, porteurs en même temps d'affections cardiaques. Depuis qu'un traitement approprié a rendu à ces malades leur équilibre mental et fait disparaître complètement leur émotivité, il semble que les lésions restent stationnaires ; en tous cas, elles sont très bien supportées.

La désinfection des livres fermés.

Tous les praticiens ont constaté et proclamé la grande difficulté que l'on éprouve à assurer la désinfection des volumes reliés contenant un grand nombre de pages et exposés aux souillures d'un diphtérique, d'un scarlatineux, d'un tuberculeux. M. le Dr Lucas-Championnière a présenté récemment à l'Académie de médecine un travail du Dr Berlioz, de Grenoble, sur cette question.

« Le Dr Berlioz, inventeur d'une étuve où l'évaporation d'un liquide spécial assure le dégagement d'aldéhydes, a pu, en plaçant les livres sans précautions, sans dispositif spécial, dans une étuve au-dessous de 95° et sans pression, réaliser la désinfection absolue des livres fermés les plus volumineux, et cela sans altération ni de la couverture, ni du papier, ni de la reliure.

La seule précaution particulière pour les reliures délicates a consisté à envelopper le livre d'une simple feuille de papier.

« Il a fait sur des organismes très multiples et très virulents, placés à la partie la plus profonde du volume, des expériences très probantes. Sur des livres de moyen volume, les résultats ont été tous positifs : stérilisation absolue, même pour des spores de subtilis et de charbon.

« Pour des volumes énormes, tous les autres organismes ont été encore stérilisés. Mais dans ces volumes de 700 à 3.000 pages les spores de subtilis placées au niveau de la marge adhérente sont restées indemnes.

« Cela revient à dire que dans ces énormes volumes le subtilis, organisme inoffensif, et le charbon, organisme d'une rareté extrême, auraient seuls chance de subsister.

« Cette exception même permet de dire qu'en pratique tout organisme présentant quelque danger disparait absolument.

« M. Lucas-Championnière ajoute :

« J'ai provoqué de nouvelles expériences faites par M. Berlioz. Dans un volume de 1.300 pages, du pus et des matières fécales ont imprégné une page du livre jusqu'à sa marge profonde. La stérilisation absolue a été obtenue par un séjour de deux heures dans l'étuve, la température n'ayant pas dépassé 90°.

J'ai, en outre, fait séjourner dans l'étuve, pendant les deux heures nécessaires, des volumes très délicats sans qu'on ait pu constater aucune altération de leur reliure.

« En somme, on peut dire que, par ce procédé, en déposant dans l'étuve les livres fermés, sans dispositif spécial, sans précautions délicates, en exécutant une manœuvre banale de stérilisation, le premier venu peut obtenir la désinfection absolue de livres contaminés.

« C'est un fait de la plus haute importance, car les livres peuvent être les agents de la transmission de bien des maladies. (*La Clinique infantile*. Variot).

« Cette méthode peut non seulement stériliser les livres de toute bibliothèque suspecte, mais peut encore devenir un procédé excellent pour la conservation des livres. Ceux ci ont aussi leurs maladies microbiennes qui les détruisent. Répétées par d'autres observateurs, les expériences de M. Berlioz, ont donné les mêmes résultats ».

Les taches de Koplik, symptôme précoce de la rougeole.

M. le Dr Braillon rappelle, dans la *Revue Médicale d'Amiens*, le réel intérêt que présente pour l'établissement du diagnostic précoce de la rougeole, avant l'exanthème, la constatation des taches de Koplik.

« Les taches de Koplik existent au niveau de la face interne des joues. La description qu'en a faite l'auteur qui les a découvertes, et à sa suite les médecins qui les ont constatées, ne donne qu'assez vaguement l'idée de ce qu'est ce symptôme : mais elles sont suffisamment caractéristiques pour qu'on ne s'y trompe plus quand on les a vues une première fois. Il s'agit de petites taches très fines, de dimensions comparables à la pointe d'une épingle, de couleur blanc bleuâtre, qui tranchent sur la coloration rougeâtre des deux joues qui, dans certains cas, forment un piqueté assez discret, qui, d'autres fois, criblent la muqueuse intéressée ; il semble que celle-ci a été dépolie en une quantité de petits points, et qu'elle présente à ce niveau une exfoliation très superficielle et très limitée.

« Ce symptôme est un symptôme de la période d'invasion ; il a disparu quand l'éruption s'est montrée et nous ne l'avons, pour notre part, jamais constaté à la période éruptive. Sa valeur diagnostique est considérable, elle permet à peu près à coup sûr de faire le diagnostic de la maladie, et nous ne l'avons, pour notre part, jamais trouvée en défaut.

« Il ne semble pas cependant que ce signe si précis, pathognomonique où à peu près, soit connu en France comme il mériterait de l'être, malgré les publications des médecins d'enfants, de Comby en particulier ; qui l'ont vulgarisé chez nous, et beaucoup de médecins, sans nier sa valeur diagnostique, le regardent comme un symptôme trop rare pour avoir grand intérêt pratique. Notre expérience personnelle nous fait penser qu'il y a là une erreur dont il importe d'expliquer les raisons. Le signe de Koplik est fréquent, et nous pensons qu'il y a peu de rougeoleux chez lesquels il ne se manifeste. Mais de même qu'il a disparu une fois que l'éruption spécifique s'est manifestée, il ne faut pas non plus le considérer comme un symptôme qui existe pendant *toute* la période d'invasion de la maladie. Les malades que nous avons suivis à ce point de vue nous ont montré que c'était un signe très fugace, qui peut ne durer que quelques heures ; nous n'avons plus revu — à maintes reprises — trace des taches de Koplik chez des malades qui, peu de temps auparavant, présentaient ce signe d'une manière particulièrement évidente.

« Si le médecin n'a pas constaté le signe de Koplik chez un malade examiné pendant la période d'invasion, c'est probablement, non parce que ce signe a fait défaut chez lui, mais parce qu'il n'a pu être constaté au moment favorable.

L'appareil spiral pour les fractures du bras et de la cuisse.

Le Dr Th. Casenave, de Bordeaux, a décrit, dans sa thèse, l'appareil spiral pour fractures du bras et de la cuisse.

Cet appareil est construit de la façon suivante: Une armature interne, spirale métallique de 1m50 de long, de 0m25 de largeur et 0m009 d'épais-

seur. Elle possède une force d'enroulement naturelle de 2 kil. 400 mesurée au dynamomètre.

Intérieurement, elle supporte l'application d'une bourre enveloppée de peau de chamois. Extérieurement, la tige est engainée dans du cuir souple, qui prend suture sur le feutrage, supérieurement et inférieurement.

La spirale capitonnée ainsi constituée porte, à ses extrémités, deux lanières de cuir souple, dont l'une a 0m80 de long et l'autre 1m20, toutes les deux ayant une largeur de 0m30.

Elles sont fixées à la tige rigide par un crochet qui leur permet un mouvement de rotation dans n'importe quel sens. Le chef terminal de la courroie porte, sur une longueur de 40 centimètres, une série de trous qui serviront à la fixer sur le crochet de la spirale.

Dans le cas d'une fracture de cuisse, le malade étant dans le décubitus dorsal, on recherche le foyer de la fracture, on la réduit dans la mesure du possible, on enroule le membre d'ouate ou de coton ordinaire et, maintenant toujours la réduction, on applique une attelle extérieurement au bras, l'autre intérieurement; on fait passer ensuite le chef terminal de l'appareil sous la cuisse et on la contourne un certain nombre de fois, enroulant ainsi complètement l'appareil autour du segment crural. Quand le chef initial est arrivé au pli de l'aine, on l'y maintient et on enroule la lanière autour du bassin et on la fixe à ce chef. On serre progressivement les tours de spire, en débutant par le haut de la cuisse, et on termine en fixant sur le chef terminal le dernier tour fait avec la lanière au-dessus du genou.

Pour le bras, l'application est aussi aisée. On débute comme précédemment, et une fois la spire parvenue à l'aisselle, on jette la courroie sur l'épaule saine et on la fait revenir au point de départ, où elle se fixe sur la tête de la spirale.

Au niveau du coude, la deuxième lanière s'enroule autour du thorax et maintient le membre fracturé accolé au corps. La main est soutenue par une petite écharpe qui se fixe soit à la lanière de ceinture, soit à la lanière en sautoir.

Il serait aisé, si le cas l'exigeait, de faire de l'extension par le coude comme dans les appareils classiques.

Dans les deux cas, on achève cette application en bouclant chacune des petites courroies de l'attelle sur les tours de spire correspondantes.

L'appareil ainsi appliqué est bien supporté habituellement par les enfants, car il est léger, peu encombrant et applicable aisément par une seule personne, comme nous avons pu le démontrer plusieurs fois.

L'appareil spiral présente, en somme, les avantages suivants :

1° Il est très simple comme construction et comme application, puisqu'il nous a été donné de l'appliquer tout seul, sans aide.

2° Il s'applique aussitôt l'accident survenu, le gonflement n'étant pas un obstacle.

3° Il permet de surveiller l'état du membre et la consolidation de la fracture.

4° Il réduit notablement le temps d'immobilisation, à la limite de vingt-huit à trente-deux jours dans les cas cités.

5° Il sert indifféremment aux fractures de bras et de cuisse.

6° Il semble répondre aux données du problème, en empêchant les raccourcissements du membre inférieur.

7° Il est d'un prix modique.

L'Ibogaïne dans la fatigue.

Toutes les fois qu'on demande à un organisme non entraîné une production de travail supérieur à sa normale (qu'il s'agisse de travail cérébral ou musculaire et, à plus forte raison, des deux ensemble) on voit apparaître à la suite de cet effort une dépression caractéristique de la fatigue dont les principaux symptômes sont : le besoin de sommeil, une lassitude générale et l'impossibilité de recommencer ces mêmes efforts avant d'avoir pris un temps de repos plus ou moins long pendant lequel l'organisme réparera ses pertes.

On peut favoriser la résistance à la fatigue par l'emploi de certaines substances antidéperditrices et dynamogéniques. C'est dans ce but qu'on employait la kola et la coca dont on avait reconnu empiriquement les vertus.

De la même façon on a apprécié les propriétés bien supérieures de l'Iboga. C'est une plante originaire du Congo français : les indigènes de cette région en mâchent les racines toutes les fois qu'ils veulent fournir une ration supplémentaire de travail et cette absorption leur permet de résister à une longue fatigue en enlevant tout besoin de sommeil.

De cette plante, M. Landrin a extrait un alcaloïde nettement défini, l'Ibogaïne, utilisé en thérapeutique sous forme de chlorhydrate d'Ibogaïne enrobé dans des dragées. Ce sont ces dragées Nyrdahl qui, prises à la dose de 2 à 6 par jour, permettent d'offrir une résistance considérable à la fatigue morale et physique en « assurant force musculaire, lucidité d'esprit, entrain, appétit, etc. » (1).

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MEDECINE

Dangers de l'emploi des arsenicaux en agriculture.

Pour combattre les ravages des insectes phytophages (doryphora, sylphe opaque, altises, etc.), qui dévorent nos vergers, nos champs et nos vignes, pour assurer les récoltes de fruits, de betteraves, de pomme de terre et de vin, nos agriculteurs utilisent certains moyens de protection dont les principaux et de beaucoup les plus actifs sont les préparations chimiques arsenicales.

L'usage des arsenicaux en agriculture est né aux Etats-Unis vers 1860; de là il s'est répandu en Angleterre et en France, dans les départements du Nord betteraviers et producteurs de pommes de terre, dans les régions viticoles de l'Algérie et du Midi, et chez les cultivateurs des environs de Paris. Les arsenicaux insolubles à base de chaux et de cuivre, l'arsénite de cuivre (vert de Scheele) en particulier, ont été longtemps les seuls employés. Depuis quelques années, l'ar-

(1) Dr Mayet, de Niort.

séniate de plomb tend à se substituer — comme plus actif encore — à l'arsénite de cuivre.

Ces pratiques, excellentes sans doute au point de vue de la culture, soulèvent une grosse question d'hygiène : les produits arsenicaux, dont on asperge ainsi les arbres, les plants, ne font-ils pas courir de graves dangers aux ouvriers qui les manipulent et aux consommateurs de fruits et de vin ? Une discussion vient de s'ouvrir sur ce sujet à l'Académie, à la suite d'une communication de M. Cazeneuve.

La question se pose d'abord pour l'*arséniate de plomb*, substance doublement toxique, par ses deux composants, l'arsenic et le plomb. Ici, l'accord des hygiénistes est unanime : il faut prohiber ce produit. Pour assurer la défense de notre agriculture, dit M. Gautier, ne demandons à l'hygiène que les sacrifices indispensables. On ne doit pas tolérer l'arséniate de plomb, puisque les bouillies arsenicales au cuivre ont été partout reconnues parfaitement efficaces.

Les avis sont divergents quant à l'*arséniate de cuivre*.

M. Cazeneuve est partisan d'une prohibition absolue. Toutes les bouillies arsenicales, dit-il, sont dangereuses pour les ouvriers agricoles appelés à les manier et pour les consommateurs de vin et de fruits. Certes, les accidents d'intoxication aiguë ont été rarement observés, mais on peut se demander si nombre d'affections plus ou moins fugitives, mal expliquées (troubles gastriques, céphalées, etc.), ne relèvent pas d'un arsenicisme chronique de cet ordre. L'auteur rappelle combien il a fallu de temps, dans la fameuse affaire des bières arsenicales d'Angleterre, pour reconnaître la cause de l'épidémie d'accidents paralytiques en face desquels on se trouvait. La viticulture ne pourrait-elle pas se contenter des méthodes moins dangereuses, l'échaudage, les composés pétrolés, le lysol, le jus de tabac, par exemple ?

MM. Riche et Gautier montrent, à leur tour, les inconvénients graves de la prohibition absolue, proposée par M. Cazeneuve. Une semblable mesure mettrait les viticulteurs, arboriculteurs et horticulteurs français dans un tel état d'infériorité vis-à vis de leurs concurrents étrangers (américains surtout) que notre production et nos exportations suivraient une marche rapidement décroissante. D'autre part, une réglementation sévère de l'emploi des arsenicaux cupriques peut être considérée, selon MM. Riche et Gautier, comme suffisante. En 1906, le Conseil d'hygiène de la Seine avait émis l'avis d'autoriser les bouillies arsenicales au cuivre, à condition de les appliquer pendant la première période de la végétation, de les dénaturer par une substance de couleur intense, et d'y joindre une instruction minutieuse à l'usage du personnel chargé du travail aux champs. Ces mesures parent aux dangers de manipulation. Quant à la possibilité d'empoisonnements, ou même d'accidents, pouvant résulter de la consommation de vins ou de fruits provenant de végétaux traités à l'arsenite de cuivre, elle paraît à M. Gautier bien improbable. Les faits observés et les analyses chimiques ne semblent pas justifier les alarmes.

L'Académie, finalement, nomme une commission pour étudier plus en détail la question.

La réduction des liquides, médication d'urgence.

MM. Huchard et Fiessinger signalent les bénéfices thérapeutiques que l'on peut obtenir de la réduction des liquides, comme médication d'urgence, dans certains cas d'asystolie. Dans l'asystolie *cardiectasique*, quand la dilatation cardiaque s'exagère et devient permanente (cela s'observe surtout au cours des cardiopathies artérielles), quand le barrage veineux devient irréductible, les boissons diurétiques ne s'éliminent presque plus par le rein, d'où augmentation de la dyspnée, de l'œdème et autres symptômes asystoliques contre lesquels les médicaments demeurent impuissants : il faut, alors, prescrire la réduction des liquides, donner le premier jour 1.500 gr. de liquide, soit 500 gr. de lait et un litre d'eau mélangés, à prendre par verres à Bordeaux ; le second et le troisième jour moitié eau, moitié lait ; à partir du quatrième jour, le régime alimentaire où la réduction des aliments solides vient s'ajouter à celle des liquides. Y joindre la digitaline à très faible dose et deux cachets de 0 gr. 50 de théobromine par jour. On peut ainsi rétablir la diurèse et sauver les malades d'une mort imminente.

La restriction des liquides, remarque M. Widal, peut avoir également son indication au cours du mal de Bright. La pratique qui consistait jadis à imposer le régime lacté à tout brightique sans distinction conduisait à l'abus des boissons. L'absorption quotidienne de 3, 4, et parfois 5 litres de lait fatiguait le cœur, les vaisseaux et les reins. Le lait, excellent au cours de certaines néphrites, ne doit pas être considéré comme l'aliment inoffensif que l'on peut donner sans compter et exclusivement à tous les brightiques.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Insuffisance mitrale consécutive à un accident du travail.

Dans une séance précédente, MM. Claisse et Joltrain ont soulevé la question des ruptures traumatiques de l'appareil valvulaire du cœur, en particulier dans ses rapports avec la loi sur les accidents du travail. Ces ruptures intéressent ordinairement les valvules aortiques et rarement les valvules mitrales. Néanmoins, ces dernières sont quelquefois en cause : tel le cas récemment observé et signalé par MM. Souques et Harvier, concernant un homme qui reçut sur la face antérieure du thorax, du fait d'un faux mouvement, une pierre de 100 kilogr., et présenta dans la suite les symptômes et les signes d'une insuffisance mitrale.

L'origine traumatique d'une insuffisance aortique ou mitrale est quelquefois délicate à préciser. Elle peut, dans certains cas, à propos de responsabilité patronale, être mise en doute. L'auscultation du cœur offre-t-elle quelque particularité utile à rechercher en pareille circonstance ? M. Sergent a trouvé notée, dans bon nombre d'observations de ce genre, l'existence d'un bruit de souffle à *timbre musical*, et il incline à penser que ce caractère (considéré par tous les auteurs comme l'apanage des grands délabrements valvulaires) permettrait sinon d'affirmer, du moins de soupçonner l'origine traumatique de la lésion cardiaque.

Les dilatations de l'œsophage.

Les dilatations de l'œsophage (comme celles de l'aorte) se divisent en deux groupes : les dilatations diffuses, ampullaires, et les dilatations circonscrites, appelées diverticules, portant sur un point limité de la paroi.

Les dilatations diffuses comportent elles-mêmes deux grands types : les unes, les plus fréquentes, se développent au-dessus d'une sténose organique (cancer, rétrécissement cicatriciel) de l'œsophage ; les autres, dites idiopathiques, sont attribuées à une atonie de la paroi œsophagienne.

THÉRAPEUTIQUE

La médication de la toux ; l'efficacité de l'Hélénine et ses avantages

Parmi les médicaments que l'on prescrit contre la toux, l'Hélénine tient la première place. Qualifiée par Bouchardat de calmant efficace, elle agit plus sûrement et plus promptement que les opiacés, sans avoir comme eux l'inconvénient de troubler les fonctions digestives et de déterminer l'anorexie. Bien au contraire, tout en faisant cesser les quintes les plus rebelles, elle excite l'appétit et facilite la digestion comme les amers aromatiques et tout praticien appréciera l'importance de cette double propriété chez les phtisiques trop souvent atteints d'inappétence. Dans la tuberculose pulmonaire, sous l'influence heureuse de l'Hélénine, a écrit Audhoui, médecin des hôpitaux de Paris, l'insomnie provoquée par la toux opiniâtre cesse, l'oppression disparaît, l'agitation se calme, l'expectoration se modifie et diminue toujours de quantité ; on constate en outre la disparition progressive et parfois complète des bacilles de Koch dans les crachats.

L'Hélénine s'administre de préférence sous forme de globules du Dr de Korab à la dose de 2 à 4 par jour. Chez l'enfant et surtout dans la coqueluche, où elle donne de merveilleux effets que Dujardin-Beaumetz a relaté dans son Dictionnaire de Thérapeutique, il est préférable de donner le sirop du Dr de Korab à la dose de 4 à 5 cuillerées à café par jour.

Dans le traitement de la bronchite chronique et de la tuberculose, les globules à l'hélénine créosotée du Dr de Korab donneront les meilleurs résultats à la dose de deux à quatre par jour, sans incommoder les estomacs les plus délicats.

Correspondance hebdomadaire
(Suite).

gner par le docteur de sa localité.

Après guérison une note d'honoraires est envoyée au patron résidant en France. Refus de paiement, après avoir dit au médecin de l'établissement français : nous vous payons un forfait de 10 fr. par accident pour soigner nos ouvriers, c'est à vous à solder les notes adressées par vos confrères.

2° Si la loi n'oblige pas le patron envers l'ouvrier blessé retourné chez lui à l'étranger, peut-on refuser de payer les soins ?

3° Quand le forfait est établi pour les soins à donner dans la clientèle, peut-on obliger le médecin à payer les notes d'honoraires pour les médecins choisis par l'ouvrier, même à l'étranger ?

Voici un cas qui vient de se présenter et qui peut intéresser tous les médecins de frontières.

Un ouvrier blessé se présente chez moi, je lui établis son certificat qu'il remet au patron.

Puis, l'ouvrier retourne chez lui, bien au delà des frontières, pour se faire soigner.

Suite page X

LE SOU MÉDICAL

Ligue de protection et de défense professionnelles

Le « Sou Médical », ligue de protection et de défense professionnelle fondée en 1897, est destiné à couvrir ses adhérents contre tous les risques professionnels et prend en outre la part la plus active à la défense générale des intérêts médicaux, se proposant de traduire par des actes les prédications du *Concours Médical.*

Pour la protection individuelle de ses membres, il est intervenu dans plus de 10.000 affaires : procès devant toutes les juridictions (y compris la Cour de Cassation, le Conseil d'Etat et le Tribunal des Conflits), litiges, revendications, arbitrages, consultations, etc. Pour les luttes d'intérêt général, il marche d'accord avec le Concours, l'Union des Syndicats, l'Association Générale des Médecins de France, etc.

Récemment, il a créé une caisse de garantie destinée à garantir **ses membres jusqu'à concurrence de 2.000 francs** contre les **actions civiles en dommages-intérêts** qui pourraient leur être intentées en raison des faits cliniques et thérapeutiques accomplis dans l'exercice de leur profession, et dès maintenant cette caisse est dotée de ressources suffisantes pour lui permettre d'envisager tous les aléas.

Faut-il ajouter que tous les avis possibles sont donnés, toutes les démarches sont faites en vue de rendre des services extra-professionnels ?

Pour être membre du « Sou Médical » il faut être membre d'un Syndicat ou d'une Association Médicale ou bien être présenté par deux confrères déjà membres du «Sou Médical».

La cotisation annuelle est de 20 francs, comprise la participation à la caisse de garantie.

Les membres ne sont admis qu'après envoi de leur adhésion et paiement de la cotisation.

....

LE SOU MÉDICAL

LIGUE DE PROTECTION & DE DÉFENSE PROFESSIONNELLES

BULLETIN D'ADHÉSION

Je soussigné (nom, prénoms, qualités)...

médecin à...*arrond*[t] *de*.................................*dép*[t] *de*..................

né le..*à*..

reçu devant la Faculté de...*le*...

membre de(1) ....

ou présenté par MM.(2) ....

déclare adhérer à la Ligue de protection et de défense professionnelles **LE SOU MÉDICAL**

et envoie au Trésorier la somme de(3) ....

montant de ma cotisation pour l'année courante.

A..., *le*.......................................

SIGNATURE :

(1) Syndicat médical ou Association médicale.
(2) Deux confrères, membres du Sou Médical.
(3) Du 1er Janvier au 1er Juillet : **Vingt francs.**
Du 1er Juillet au 1er Décembre : **Onze francs.**
Au delà du 1er Décembre, pour l'année suivante : **Vingt francs.**

ENVOYER CE BULLETIN AFFRANCHI, AVEC LE MANDAT INCLUS, AU TRÉSORIER DU **Sou Médical** : Dr GASSOT, A CHEVILLY (LOIRET)

MM. Thiroloix et Bensaude ont eu l'occasion d'observer et d'étudier en détail un cas de cette dernière catégorie, une dilatation avec sténose spasmodique chronique du cardia, affection moins rare qu'on ne le pense.

La malade de MM. Thiroloix et Bensaude présentait, comme symptôme dominant, des vomissements, apparaissant généralement aussitôt après le repas. La sonde, introduite à jeun, ramenant des aliments, on fit le diagnostic de sténose du pylore : une gastro-entérostomie fut pratiquée sans résultat. C'est alors qu'une étude plus complète, l'exploration de l'œsophage par le cathétérisme, la radiographie, l'œsophagoscopie, montra l'existence d'une poche fusiforme œsophagienne au-dessus d'une sténose spasmodique du cardia.

Le diagnostic de la dilatation dite idiopathique de l'œsophage devra s'établir avec la sténose pylorique, qu'elle simule souvent, avec la dilatation consécutive à un cancer ou à un rétrécissement cicatriciel de l'œsophage, et avec les diverticules. Les sensations éprouvées par le malade (sensation d'arrêt des aliments derrière le sternum), l'examen de l'œsophage avec l'explorateur à boule olivaire, la radiographie après ingestion d'un lait de bismuth, au besoin l'œsophagoscopie, certaines expériences spéciales (expériences de Zweig, de Rumpel), les antécédents et la marche de l'affection préciseront le diagnostic.

Le traitement de la dilatation idiopathique en question aura pour bases les lavages de la poche, le cathétérisme, les applications de courants de haute fréquence (essayés par MM. Thiroloix et Bensaude), et, comme ultime ressource, la gastrostomie suivie de dilatation rétrograde du cardia (Mikulicz).

P. L.

HYGIÈNE PUBLIQUE

Le rôle du « Concours Médical » dans l'organisation des services de désinfection prévus par la loi de 1902.

Mon cher docteur,

Je crois intéressant, à divers titres que vous apprécierez, de vous communiquer le Rapport présenté cette année à l'Assemblée générale des porteurs de parts de la *Société du Fumigator* dont je suis l'administrateur. Vous trouverez certainement comme moi qu'en plus d'un passage il vaudrait d'être connu de vos lecteurs.

Messieurs,

Avant de laisser votre Commissaire des comptes vous donner lecture du bilan, je ne crois pas inutile de jeter un coup d'œil d'ensemble sur notre affaire, de voir ce qu'elle a donné, après quels efforts, et ce qu'elle promet.

Nous trouverons peut-être un critérium des résultats obtenus à ce jour dans la petite anecdote suivante : elle est d'hier matin, ce qui n'est pas vieux.

Un client me déclare : « Je dois votre adresse à mon médecin . » Je réponds par un geste dont la signification peut sembler : cela n'a rien qui puisse me surprendre. Mais, il ajoute : « J'avais demandé à mon médecin qu'il m'indiquât un procédé pour désinfecter, avant de l'occuper, une villa que je viens de louer à Biarritz. Le docteur m'avait répondu : « J'ai votre affaire, système excellent, pratique .., je vous enverrai l'adresse ». Le même jour, je vois ma sœur qui me dit à propos de cette désinfection. Laisse donc, attends un jour ou deux... mon médecin à moi m'a promis l'adresse d'un procédé parfait... nous verrons bien ». Eh bien ! Monsieur, il faut que vous sachiez que je viens chez vous avec empressement, parce que les deux docteurs ont donné la même indication.

Cette fois, je ne me contentais pas d'approuver par un signe... et ma foi, je m'exclamais : « Certes, votre enthousiasme est justifié... les conjonctions sont si rares, dit-on, dans l'Univers médical ! ! ! »

Tout de même, la réflexion de mon client m'avait vivement impressionné ; elle me confirmait dans mon opinion que le Fumigator est actuellement connu et apprécié de la majorité des médecins et nous n'avons pas à nous dissimuler que nous devons au corps médical en général, et au *Concours Médical*, en particulier, une forte dette de reconnaissance pour le bienveillant accueil qu'ils ont réservé toujours à notre petit appareil et la propagande qu'ils lui ont faite dans leur clientèle.

Les Directeurs du *Concours Médical* présentent pour nous, industriels et commerçants, ceci de particulièrement remarquable, que, scientifiques, — car avant d'être journalistes, mutualistes, juristes..., ils sont encore et surtout des praticiens — scientifiques, donc, ils ne veulent être étrangers à aucune des formes de l'activité médicale. Et c'est ainsi, je crois, qu'ils ont acquis une conscience rare de leurs devoirs à l'égard de leurs annonciers, le *vulgum pecus* de certaines autres feuilles.

Il serait, à coup sûr, fâcheux que ces annonciers n'eussent pas à leur tour, le sentiment exact de ce qu'ils doivent de reconnaissance aux nombreux lecteurs de ce vaillant journal connu du Corps Médical tout entier.

Il nous est d'autant plus facile de mesurer cette reconnaissance que depuis l'invention du Fumigator et son apparition dans le public, dont la date remonte à sept ans, nous n'avons fait d'autre publicité qu'auprès du Corps médical et des administrations..., où ce sont d'ailleurs et toujours des médecins qui nous ont fait accueillir.

Or, le Fumigator arrive à une heure de quasi-célébrité dans tout le monde médical, dans tout le monde scientifique, pour être plus juste. Sans tapage, sans réclame charlatanesque, par la seule force de sa valeur et l'appui du corps médical, comme une de ces nouveautés dont l'éclat n'est pas en toc, le Fumigator s'est imposé à l'attention de toutes les grandes administrations de l'Etat et, en ce moment où les départements, les grandes villes, sont en train d'organiser les services publics de désinfection prévus par la loi de 1902, le Fumigator voit chaque jour s'accroître le nombre de ses succès, le nombre de ses adoptions.

Ces succès sont assez réels pour qu'on ne glisse pas sur leur énumération.

L'Armée d'abord, l'Armée ayant adopté le Fumigator, après les expériences bactériologiques du Val-de-Grâce et pratiques de quelques régiments, notamment du 104e de ligne, en a consommé plus de quarante mille dans le cours de l'année 1907.

Le *Concours* a publié en son temps la circulaire du 30 avril 1906, de M. le Ministre Eug. Etienne, qui prescrivait l'usage du Fumigator ; il a aussi publié la circulaire de novembre 1907, de M. le sous-secrétaire d'Etat Henry Chéron, qui rappelait la première et en étendait les applications.

Au début de l'année 1907, M. le médecin principal Lemoine, professeur au Val-de-Grâce, reprenant une série d'expériences avec le Fumigator, voulut en appliquer l'emploi à la désinfection de grandes salles de l'hôpital militaire ; puis, il organisa des essais comparatifs avec différents systèmes. Ces travaux, menés avec une minutie sans égale et une louable conscience scientifique, permirent à l'éminent bactériologiste d'établir cette conclusion qui ressort d'un mémoire publié dans la *Revue d'Hygiène et de Police sanitaire* de juillet 1907 : « Toutes choses égales, d'ailleurs, la désinfection n'atteint vraiment un mini-

mum d'efficacité également répartie dans les divers coins d'une grande salle, qu'à la condition d'y multiplier les foyers de production de vapeurs antiseptiques. »

C'était la condamnation, pour la désinfection des grands locaux, des appareils lançant le formol par un trou de serrure à l'une des extrémités d'une grande pièce.

C'était, par contre, le triomphe des Fumigators dont 44 avaient complètement désinfecté une salle de 880 mètres cubes dans laquelle les espèces bactériennes les plus diverses avaient été répandues.

Elle apparaît loin, en présence de tels résultats, l'époque qui remonte à sept ans, où le Fumigator sortit pour la première fois des essais de laboratoire.

Lequel de nos amis se rappelle le petit cône de pâte combustible où se dissimulait une petite ampoule de verre contenant un gramme de trioxyméthylène ?

Il faut recevoir de temps en temps des échantillons de Fumigator pour se souvenir du nº 1, ce petit bouchon qui en renfermait six grammes. Depuis, le Fumigator a grandi en même temps que sa faveur. Ce fut d'abord le nº 2, puis le nº 3, jusqu'à ce que fût créé le nº 4, type définitif auquel vont tous les honneurs. Qui aurait cru à cette époque que le Fumigator deviendrait, suivant le jugement de M. Bonjean, chef du Laboratoire du Conseil supérieur d'hygiène publique de France : « un procédé merveilleusement combiné pour aider puissamment à la vulgarisation de la désinfection ».

On prend plaisir à s'attarder en regardant en arrière le chemin parcouru.

1902, la loi sur la santé publique est votée, le Fumigator de 20 mètres cubes est créé... Sa présentation est faite au *Concours Médical*... Cette présentation !... Avant de partir rue de Dunkerque, nous causons, mon fils et moi : « le Directeur du C. M. va me proposer pour ne pas m'éconduire sans y mettre les formes, « un bon traité de publicité, sans plus... quel sera le « résultat de cette publicité ? l'accueil des médecins...? » Puis l'entrevue, ou plutôt les entrevues ; c'est bien le traité de publicité, mais avec quelque chose de mieux : « Votre Fumigator, nous l'adoptons ; il résout un problème de l'heure présente : il permet la désinfection sans violation du secret professionnel. Nous vous aiderons le plus que nous pourrons... ». Alors, c'est la recommandation vraie, sincère, aux confrères, c'est le premier noyau de fervents et adeptes ; petit encore le noyau, mais, sa conviction est si grande et nous donne tant de courage ! Nous lançons nos appels au Corps médical entier.....

Puis, 1904, l'examen sévère des procédés de désinfection par le Conseil supérieur d'hygiène publique de France... la victoire du Fumigator... le pas difficile est franchi allègrement.

Les directeurs du *Concours Médical* ont les premiers cru au Fumigator ; leurs lecteurs, confiants en eux, comme toujours, les ont suivis. Après, dame ! ce furent les adoptions par l'Armée, par les Ministères... Mais la loi sanitaire de 1902 va être appliquée, le règlement d'Administration est publié ; les Conseils généraux sont invités à créer des postes publics de désinfection. C'est alors que M. le sénateur docteur Borne, qui fut rapporteur à la Chambre en 1902 de la loi, accueille le Fumigator en disant : « Il manquait cet appareil-là pour rendre la loi applicable..., simplement, corrige-t-il d'ailleurs aussitôt... » Et le docteur Borne ajoute : « J'ai entendu dire que vous aviez un projet d'étuve à l'étude. Est-ce vrai ?... oui ?... Travaillez votre étuve, je l'adopte. J'ai confiance dans le résultat. Vous êtes de ces gens, qui me plaisent infiniment, parce qu'ils résolvent rapidement et simplement à l'aide du bon sens les problèmes que d'autres solutionnent de la façon la plus compliquée après avoir noirci d'algèbre de nombreuses feuilles de papier. »

Comment se laisser aller à perdre courage après de telles paroles. Ce furent alors pendant les quatre premiers mois de l'année, pendant qu'il fallait poursuivre l'installation de la nouvelle usine de la rue Saussure, une lutte acharnée pour la création d'une étuve qui ne le cédât pas en simplicité à notre Fumigator. Trois modèles seulement se succédèrent en exécution comme sur le papier... mais, que de modifications sur chacun d'eux jusqu'au jour où des amis, des savants qui suivaient nos travaux vinrent qui affirmèrent : « Cette fois, vous y êtes... » Et de fait, le 31 juillet, l'Etuve Gonin était autorisée.

Le Fumigator devenait donc procédé de désinfection en profondeur, car l'étuve fonctionne avec l'aide du Fumigator.

Or, les résultats donnés aux expériences officielles ne sont pas *médiocres* ou à *peu près*, ou *assez bien*... ils sont *parfaits*. Aucune des cultures soumises à son action, même dans les conditions les plus rigoureuses, n'a poussé.

Aussi les commissions sanitaires n'hésitent-elles plus. Toutes, ou presque, adoptent nos procédés. C'est le Rhône, d'abord : M. le Professeur Courmont et son préparateur, M. le docteur Lacomme, qui depuis est devenu Inspecteur départemental de l'hygiène dans la Somme, nous accueillent avec une courtoisie, une bienveillance, qu'il nous serait bien difficile d'oublier. Puis, c'est la Somme, où nous installons treize postes. M. le docteur Lacomme nous dit : « Voilà ce que veut le Conseil Général comme installation ; pouvez-vous prendre la responsabilité de toute l'organisation matérielle ? ». Nous soumettons nos devis à la Commission et l'on nous dit : « Allez ». Alors, nous fournissons étuves, fumigators, produits chimiques, lessiveuses, bassines, éponges, échelles, etc.

Puis c'est le Morbihan, puis ce sont les Vosges, puis la Manche, puis la Haute-Marne, la Mayenne, l'Indre-et-Loire, les Deux-Sèvres... Entre temps, nous allons à Bar-le-Duc et obtenons après concours entre huit maisons, de fournir les Fumigators à vingt postes. .... Puis..., nous avons tant affaire encore dans cette séance que je résiste au désir de vous citer toutes nos références, de vous conter notre histoire par le menu.

Nous avons acquis, à cette marche de victoire en victoire, une ambition effrénée, et nous avons grossi sans cesse le flot de nos occupations. Jugez-en : Voici la lettre que nous venons d'adresser à tous les Préfets.

Paris, le février 1908

Monsieur le Préfet d

à

Nous avons l'honneur de vous informer que nous sommes en mesure de fournir aux postes de désinfection dont vous aurez incessamment à assurer la création, *tous les accessoires* dont ils peuvent avoir besoin et notamment ceux dont la liste est ci-après.

Nous pouvons offrir nos objets offrant toute garantie à des prix au plus égaux à ceux demandés par les grands bazars de Paris, et souvent même bien inférieurs.

Il en est de même des *produits chimiques* que nous expédions toujours de première qualité aux conditions les plus avantageuses.

Nous nous mettons aussi à votre disposition pour l'exécution gracieuse de *tous plans d'installation des postes de désinfection*. Un architecte-expert attaché à notre maison établit des plans types que les architectes de votre administration n'ont plus qu'à adapter aux convenances locales.

Egalement, nous pouvons fabriquer tous *véhicules* pour transport d'étuves et de matériaux divers. Nous envoyons plans et prix sur demande.

Nous vous rappelons que le *Fumigator* pour vingt mètres cubes, est vendu aux administrations 1 fr. 25 l'unité, franco de port et d'emballage.

L'*Etuve Gonin* démontable et transportable avec tous ses accessoires, dont le poids atteint à peine en totalité 250 kilogs, est vendue huit cents francs net. L'emballage se paie 50 francs en sus et n'est pas repris. Le port est à la charge de l'administration.

Veuillez agréer, Monsieur le Préfet, nos salutations très distinguées.

Le Directeur,
N. GONIN.

Pour *quinze cents francs* nous pouvons pourvoir un poste de désinfection (le tout rendu emballé), des accessoires suivants :

Articles de quincaillerie et de ménage

3 seaux	5 éponges
3 bassines ;	10 wassingues ;
1 lessiveuse ;	5 brosses à laver ;
3 arrosoirs ;	4 balais durs à laver ;
1 échelle marche-pied ;	2 brosses à badigeonnages à la chaux. ;
4 mesures de capacité en fer blanc ;	2 brosses à ongles.
2 cuvettes de fer émaillé ;	

Articles de toile

20 sacs à linge ;
4 sacs à matelas avec courroies et boules ;
4 costumes de désinfection comprenant : blouse, pantalons et couvre-nuque.

Articles de droguerie

50 kilogs de Crésylol sodique ;
50 kilogs de sulfate de cuivre ;
100 kilogs d'extrait de javel 47/50° chlorométriques ;
60 kilogs d'aldéhyde formique à 40 %.

Articles divers

1000 mètres de papier gommé ;
100 kilogs d'étoupes pour calfeutrer ;
1 thermomètre de précision ;
2 éprouvettes graduées en verre à pied et à bec.
1 Etuve Gonin avec tous ses accessoires ;
100 Fumigators Gonin, n° 4.

Vous allez me demander quelle est votre organisation ? Etes-vous bien outillés pour tenir toutes vos promesses ?

Vous connaissez nos deux usines : une rue Tarbé, la première en date, qui fonctionne avec force motrice par le gaz riche de la ville et avec chambres chaudes et aspirateurs pour le séchage. Nous pouvons tirer de cette installation huit cents fumigators par jour.

Rue Saussure, nous avons installé une 2e usine, avec matériel perfectionné. La force motrice est ici le gaz pauvre qui nous donne d'excellents résultats : marche facile, économies considérables.

Le séchage est opéré dans un vaste cylindre de huit mètres cubes où l'on fait le vide et que l'on chauffe par des serpentins dans lesquels circule de la vapeur. Ce séchage est parfait et donne des fumigators rigoureusement secs. De cette 2e installation nous pouvons tirer 2000 fumigators par jour.

Nous avons créé des chambres de réserve où nous conservons nos fumigators.

Pour les étuves, nous avons trois ateliers ; dans chacun, on fabrique les appareils par série de vingt. Mais toutes les étuves repassent par la rue Saussure, où elles sont vérifiées, peintes et munies de leur numéro.

Pour les accessoires, nous nous sommes abouchés avec les fabricants les plus réputés ; de même, pour les produits chimiques. Tout passe par la rue Saussure, y est vérifié ou analysé et emmagasiné... jamais pour longtemps d'ailleurs.

Pour les plans, notre architecte, M. Hatisse, établit les projets, nous les soumet, les complète, puis en fait tirer des bleus qui sont envoyés aux intéressés.

Pour les véhicules, nous avons des dessins tout prêts à soumettre et notre entente avec un des meilleurs carrossiers de Paris nous assure une fourniture rapide irréprochable.

Vous voyez par là que nous pouvons résister à tous les assauts..., je dis bien *assauts*. Songez qu'il se présente des cas où un régiment, un préfet, télégraphient : « Envoyez par retour du courrier mille fumigators numéro quatre » ; d'autres, où une municipalité, un docteur, directeur de maison de santé, écrivent : « Envoyez-moi *par retour du courrier*, une étuve Gonin avec tous accessoires »..., et les mille fumigators, et l'étuve avec ses accessoires, sont emballés et expédiés dans la journée même où la commande a été reçue...

Ce que sera l'avenir ? *Chi lo sa* ? Mais, nous pouvons tout espérer à la condition que notre maison se tienne à la hauteur de sa tâche et de la confiance générale qui lui est accordée...

« Voilà mon cher docteur, le Rapport en son « entier ; faites-en ce que bon vous semblera. Il « est à vous. Je vous remercie d'avance de ce « que vous déciderez, car cela ne peut être qu'in« téressant pour vos lecteurs et pour nous, et je « vous prie de croire à l'assurance de mes meil« leurs sentiments ».

N. GONIN.

CHRONIQUE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

L'emploi nécessaire de la physiothérapie dans le diagnostic et dans le traitement des Accidents du Travail justifie l'augmentation des Honoraires médicaux.

La déontologie des Accidents du Travail, en ce qu'elle a trait aux rapports du blessé et de son médecin traitant est dominée tout entière par une double obligation à la charge de celui-ci : 1° établir avec toute la rigueur et la précision désirables le diagnostic de la lésion, du traumatisme ; 2° prescrire et appliquer le traitement le plus propre à assurer, dans le temps le plus court, la réintégration de la victime dans un état aussi voisin que possible de la normale et à lui restituer le maximum de sa capacité de travail. Cette double obligation ne procède pas seulement des devoirs étroits que contracte le médecin envers tout malade, quel qu'il soit, qui se confie à lui. Elle emprunte aux circonstances spéciales qui dérivent des prescriptions légales et qui créent des liens de droit entre l'employeur et l'employé, un caractère en quelque sorte impératif qui ne saurait en aucun cas être négligé ni méconnu.

De la précision du diagnostic, en effet, dépendent et la valeur du certificat initial qu'on trouve à la base de la procédure des Accidents du Travail et la légitimité du traitement institué et enfin la formule du pronostic relatif à la durée probable de l'incapacité de travail, et aux conséquences également probables de la blessure. Il y a là un enchaînement d'opérations de jugement dont la solidité repose absolument sur le premier maillon. En outre qu'il est possible, dans une certaine mesure, d'apprécier valablement par avance le risque couru, tous les intérêts en présence sont sauvegardés, et s'ils entrent en conflit, la solution en est d'autant plus aisée que rien n'a été livré au hasard et que la lumière a été faite sur tous les points aussi éclatante que possible.

Sous cette réserve expresse que l'ouvrier est

une créature humaine qui pense et qui sent, et qui a droit par suite aux mêmes égards que tout autre malade, la nécessité d'une prompte guérison ne se discute même pas. « Le blessé, « disent Ollive et Le Meignen (Précis des Accidents du Travail, p. 382), est un homme à qui « il importe de rendre le plus vite possible la « santé, parce que de la reprise de son travail « dépend le pain pour les siens. Plus la guérison « sera tardive, plus il y aura de chances pour « que les complications apparaissent. » L'intérêt du patron est d'ailleurs connexe de celui de l'ouvrier. Moins durera l'incapacité de travail, plus faible elle sera, et plus limitées seront les charges de ce patron.

Le médecin a donc comme objectif immédiat de mettre en œuvre tous les moyens que la Science place à sa disposition pour répondre à ces deux desiderata. Or, depuis une dizaine d'années, le diagnostic chirurgical et la thérapeutique chirurgicale ont subi une véritable révolution. Ils ont bénéficié du perfectionnement et de la généralisation des méthodes d'investigation et de traitement par les Agents Physiques et l'idéal du médecin préoccupé d'ajouter la guérison fonctionnelle à la guérison anatomique, s'en est singulièrement trouvé élargi. Aussi n'est-il plus permis, à cette heure, au praticien soucieux de soigner ses malades en toute conscience, non seulement d'ignorer ces méthodes, mais encore de ne pas les utiliser, chacune avec ses indications propres. Ces méthodes sont : les Rayons X, dans leurs multiples applications, le Massage, l'Électricité, la Mécanothérapie et l'Hydrothérapie. Ajoutons-y la Sérothérapie dont nul n'ignore aujourd'hui le rôle important en Médecine.

Pour bien apprécier la valeur et l'utilité de ces procédés de traitement au regard des Accidents du Travail, il n'est pas inutile de passer rapidement en revue les lésions causées le plus communément par ceux-ci et certaines de leurs conséquences. Par échelle de gravité, ce sont : les contusions, les efforts accompagnés de ruptures de fibres musculaires, les plaies contuses, les plaies piquantes, coupantes et par arrachement avec les complications dues à l'infection toujours possible des différents tissus et organes intéressés, les entorses, les luxations et les fractures. On peut, d'une façon générale, considérer les traumatismes plus graves, les accidents plus sérieux comme des associations de ces diverses lésions variables elles-mêmes en étendue, et en gravité. Observé fréquemment à la suite d'accidents quelconques, l'hystéro-traumatisme mérite une mention à part.

***

Dans le diagnostic chirurgical, les Rayons X ont pris depuis 6 à 7 ans une importance capitale La Radioscopie fait apparaître temporairement sur un écran fluorescent l'image du squelette de la région présumée blessée. La Radiographie fixe cette image sur une plaque sensible et permet d'en conserver indéfiniment la trace. Or, nombreux sont les cas où ces procédés d'investigation ont seuls pu révéler la nature exacte de la blessure. Sans entrer dans de longs détails, nous citerons combien il est facile de dépister ainsi certaines fêlures longitudinales des os longs insoupçonnées autrement, de différencier une entorse d'un arrachement de l'une ou des deux malléoles, une luxation de la hanche d'une fracture anatomique du col du fémur. La localisation exacte des corps étrangers introduits dans les tissus par effraction violente facilite leur recherche et leur extraction. Employés comme moyen de contrôle, les Rayons X révèlent, au cours du processus de réparation, la situation respective des fragments osseux d'une fracture et rendent possibles les corrections opportunes. Enfin, et pour ne pas prolonger indéfiniment l'examen de cette méthode, nous terminerons en faisant ressortir l'appui précieux qu'apportent aux discussions ultérieures, en cas de contestation, les radiographies qui reproduisent fidèlement la blessure au moment même de l'accident, alors que des mois et des années ont pu s'écouler depuis celui-ci et que se sont produites des modifications considérables qui ont altéré la physionomie du délabrement. D'ailleurs, tant il est vrai que l'organe naît du besoin, il nous suffira de signaler la création et le développement des laboratoires de Radiologie dans les hôpitaux de l'Assistance publique pour justifier la nécessité de l'intervention des Rayons X en médecine. C'est en 1895 que Rœntgen a découvert les merveilleuses propriétés de ces Rayons, mais ce n'est guère que depuis 1901 qu'ils sont entrés résolument dans la pratique médicale, et leur nécessité n'a fait que croître avec les services rendus par eux.

Dans le même ordre d'idées, les courants électriques galvaniques et faradiques sont le seul moyen de contrôle que nous possédions pour vérifier l'état anatomique des muscles et des nerfs. La chose vaut la peine d'être mentionnée. Il peut arriver en effet qu'un accidenté accuse plus tard une paralysie flasque d'un membre ou d'un segment de membre. La recherche de la réaction de dégénérescence qui se fait à l'aide de ces courants électriques dépiste la simulation, en établissant la réalité ou non de cette paralysie.

***

Le *Massage* a été pendant de longues années l'apanage de quelques spécialistes et surtout d'une catégorie de para-médicaux dénommés empiriques ou rebouteux. Il est impossible d'ailleurs de calculer le nombre et l'étendue des dégâts que ces pseudo-médecins ont causés par ignorance. Aujourd'hui, les pratiques du massage font l'objet d'un enseignement régulier émanant, disons-le, bien plus de l'initiative privée que de la Faculté. Il n'en est pas moins vrai que la jeune génération des praticiens a généralement été familiarisée avec ces pratiques et qu'elles ont acquis droit de cité dans la thérapeutique chirurgicale. « Le massage, disent Ollive et Le Mei« gnen déjà cités, donne les meilleurs résultats « dans tout ce qui est lésion osseuse et articulai« re. Appliqué dès les premiers jours, il arrive, « dans certaines fractures, à réduire d'une façon « notable l'incapacité temporaire ».

« Les ruptures musculaires, écrivent Forgue et Reclus (Traité de Thérapeutique Chirurgicale, I, p.377 ne demandent que du repos et du massage».

Les complications infectieuses des plaies de la main et de l'avant-bas intéressent fréquemment les tendons et leurs gaînes. On observe souvent à la suite des phlegmons de cette région des synovites sèches et des synovites plastiques. Les mêmes auteurs préconisent encore le massage comme le meilleur mode de guérison de ces affections. « C'est surtout au niveau des gaînes de « la main et du poignet que nous avons eu à « traiter des synovites plastiques consécutives à « des contusions violentes de la région, aux en« torses et aux fractures : les tissus s'empâtent, « la gouttière s'épaissit et s'enraidit, les doigts « s'immobilisent, et lorsque avec effort et dou« leur, on leur imprime un mouvement, on per« çoit une crépitation qui témoigne de la pré« sence de strates fibrineuses et de néo-membra« nes. Pour en empêcher l'organisation et l'adhé« rence, nous ne saurions trop recommander les

Correspondance hebdomadaire
(*Suite*).

Après guérison, le médecin de sa localité envoie au patron une note d'honoraires de 22 fr. que celui-ci refuse de payer en me mettant en demeure de solder moi-même cette note, alléguant que me payant un forfait de 10 fr. par accident, il n'a pas à intervenir dans les règlements d'honoraires.

Je lui fais remarquer qu'en dehors de ma clientèle et à plus forte raison à l'étranger, je ne connais plus le blessé retourné chez lui.

Aussi ai-je soin de dire à chaque blessé : restez dans ma circonscription, vous serez soigné gratuitement, si vous retournez, vous vous ferez soigner à vos frais.

4° Pour éviter un conflit quelle conduite dois-je tenir ?

5° Dois-je payer ou refuser de payer ?

Réponse. — La loi du 9 avril 1898 n'établit de différence entre les ouvriers français et les ouvriers étrangers qu'en ce qui concerne les rentes à servir soit à eux-mêmes, soit à leurs représentants, en cas d'infirmité ou de mort. Pour les frais médicaux et pharmaceutiques, comme pour l'indemnité temporaire, la loi ne fait aucune distinction entre français et étrangers

Le chef d'entreprise doit donc, en vertu de l'article 4, la totalité des frais médicaux, en quelque lieu que les soins aient été donnés, sauf, bien entendu, la charge pour le demandeur d'en établir la preuve.

D'autre part, il est bien évident, à moins d'une convention contraire absolument formelle que, selon nous, aucun médecin ne pourrait accepter, que le forfait ne peut s'appliquer qu'aux soins que lui-même a donnés, laissant en dehors ceux que le blessé peut se faire prodiguer où et par qui bon lui semblera.

Nous estimons donc que vous devez refuser de payer les honoraires du médecin étranger dans le cas que vous nous soumettez, et réclamer au patron responsable le montant du forfait pour les soins que vous avez donnés, le laissant pour le surplus en présence soit de l'ouvrier, soit de l'autre médecin qui a donné des soins à ce dernier.

Dr C., à F., à *Concours.* — Veuillez me dire par la voie du *Concours*, la question étant d'ordre général, si l'abonnement à ce journal est compris dans la cotisation de 20 fr. du «Sou». En un mot, si en donnant 20 fr. au «Sou», on reçoit le *Concours*, sans payer d'abonnement.

Réponse. — Non, car alors la cotisation du «Sou» serait

Suite page XII.

« séances de massage, une gymnastique rationnelle, des manœuvres d'assouplissement... »

Dès 1889, Lucas-Championnière, qui s'est fait une spécialité de cette méthode, érigeait en système pour le traitement des fractures, la mobilisation précoce et le massage. Ses idées largement diffusées tant par ses élèves que par tous ceux qu'elles ont séduits sont à peu près répandues partout et ont été partout mises en pratique. Mais même pour ceux qui ne les acceptent pas dans toute leur rigueur, il n'en reste pas moins acquis qu'à la suite de la consolidation d'une fracture obtenue par immobilisation prolongée dans un appareil, il est indispensable de rendre aux jointures voisines ainsi qu'à tous les groupes musculaires intéressés, une souplesse, une élasticité qu'ils avaient perdues,et le massage méthodique est incontestablement le procédé de choix qu'il convient de mettre en œuvre. Bien plus, un médecin qui se refuserait à agir ainsi s'exposerait à mériter des reproches fondés de la part de son malade, et pourrait être dans une certaine mesure rendu responsable des infirmités difficilement curables consécutives.

Mais c'est dans le traitement des entorses que le massage opère de vrais miracles. Sous l'influence bienfaisante des effleurages, des pétrissages, des tapotements pratiqués sur les tissus engorgés et douloureux, il n'est pas rare de voir très rapidement la tuméfaction disparaître, la sensibilité diminuer ; au bout de très peu de jours, le blessé est en état de marcher et de reprendre ses occupations. Faut-il ajouter que les simples contusions bénéficient d'un massage bien fait ? C'est évidemment superflu.

***

L'*Electricité* est un des Agents les plus puissants dont dispose le médecin dans une foule d'états pathologiques très différents les uns des autres. Pour rester sur le terrain où nous nous sommes volontairement placés, nous indiquerons les circonstances dans lesquelles la Pathologie des Accidents du Travail peut et doit recourir à l'électrothérapie. La plupart des troubles neurasthéniques, la céphalée, l'insomnie, l'hypotension vasculaire sont améliorés considérablement et guéris par le courant statique émanant d'une machine à plateaux et utilisé sous forme de bain statique, d'effluviation, de douche statique, etc. Les courants de haute fréquence font merveille contre certaines névralgies tenaces. Or, Neurasthénie et Névralgies font souvent partie des séquelles morbides et interminables des Accidents du Travail. Si nous envisageons maintenant le courant dynamique produit par des piles, nous savons que rien n'égale la secousse lente et rythmée de la bobine d'induction pour stimuler, nourrir et restaurer un muscle frappé d'atrophie, soit à la suite d'inaction prolongée, soit comme conséquence de certaines altérations nerveuses, telles que les Névrites ascendantes qui compliquent parfois les plaies infectées ; que rien ne vaut le pinceau de faradisation comme moyen d'une révulsion facilement dosable contre les troubles de la sensibilité périphérique, contre les topoalgies. Enfin, les mêmes courants galvaniques et faradiques sont utilisés pour faire la rééducation des sujets atteints de paralysies de nature hystérique. « Le médecin, écrivent Forgue et Jeanbrau « (Guide Prat. du médec. dans les Acc. du Trav. « p. 133), ne doit pas abandonner ses malades, « en leur ordonnant simplement du bromure, des « douches, des frictions sèches... Il doit inter- « venir dès le début par un traitement quotidien, « *qu'il ne confiera pas à un infirmier, mais qu'il* « *appliquera lui-même*... » Ce traitement, M. le Professeur Gilbert Ballet nous l'apprend, consiste à mettre en œuvre l'Electrothérapie pour arriver aux résultats dont nous parlions plus haut.

Les Appareils d'Electrothérapie galvano-faradique font partie de l'Arsenal courant de tous les médecins, même les plus modestes. Cette modalité thérapeutique est donc partout pour ainsi dire pratiquement utilisable.

***

La *Mécanothérapie* se propose de faire exécuter certains mouvements, certains exercices déterminés aux régions qui ont été le siège d'un traumatisme, d'une déformation, d'une impotence fonctionnelle, suite d'inflammation, etc. Elle se pratique de deux façons différentes : 1° elle utilise parfois des appareils coûteux et nombreux qui ne se rencontrent guère que dans certains Etablissements privés dénommés : « Instituts de Mécanothérapie. » « Mais, disent Ollive et Le « Meignen (*Loc. cit.*, p. 383) tout médecin, même « au fond d'une campagne, peut organiser des « appareils de mécanothérapie simples et à bon « marché ». 2° Elle effectue les exercices nécessaires au moyen des seules mains du médecin ; c'est celle qu'a décrite et qu'utilise Sollier, pour le traitement de l'hystérie, Avec elle, à l'action aveugle d'un appareil même perfectionné, se substitue l'action intelligente des 10 doigts de l'homme de l'art, qui gradue et proportionne l'intensité de ses propres efforts d'après la résistance que lui oppose le malade. C'est à cette variété de mécanothérapie que nous n'hésitons pas à donner la préférence dans la cure des suites d'accidents du travail. Elle donne sans doute plus de mal au médecin, mais elle est à la portée de tous les médecins, et cette considération suffirait à elle seule à lui créer sur l'autre variété une supériorité incontestable dans ces circonstances spéciales. Aussi, reprenant en l'élargissant la proposition des auteurs précités, nous disons : tout médecin, même au fond d'une campagne, peut et doit, sans appareils, — fussent-ils de fortune, — et avec ses moyens exclusivement personnels, mobiliser selon les règles de l'art et mécanothérapiser (!), les jointures rouillées des accidentés du travail.

La nécessité de la Mécanothérapie dans le traitement des Accidents du Travail n'est plus à démontrer. Sous son influence, « les articulations « enraidies se mobilisent, les muscles atrophiés « reprennent force et souplesse ; la circulation « s'accélère dans le membre œdématié par l'immo- « bilisation ; la convalescence chirurgicale est « abrégée, le résultat définitif est meilleur et le « blessé peut reprendre son travail quelques « semaines ou quelques mois plus tôt. » (Forgue et Jeanbrau, *loc. cit.*, p. 53). C'est donc principalement contre les impotences fonctionnelles, contre les raideurs articulaires, contre les arthrites chroniques qui succèdent parfois aux entorses, aux luxations et aux fractures para ou intra-articulaires que la Mécanothérapie et la gymnastique d'assouplissement trouvent leurs plus instantes indications.

Il y a plus encore, et cette nécessité est tellement reconnue que la jurisprudence des Accidents du Travail renferme 2 jugements, l'un du tribunal civil de Lille, — 20 mars 1902, — l'autre de la Cour d'appel de Toulouse, — 4 août 1903, — décidant que le refus par un blessé de suivre le traitement mécanothérapique a pour conséquence une diminution de l'indemnité, qui n'est plus aussi forte que celle qui correspond réellement à son degré d'incapacité.

Enfin, il suffit de rappeler le rôle que jouent en Allemagne les centres de mécanothérapie

créés par les corporations ouvrières elles-mêmes pour juger la question.

***

De l'*Hydrothérapie*, nous dirons peu de choses. C'est une méthode universellement connue et qui a fait ses preuves. Toutefois, il importe de préciser que la douche employée à titre thérapeutique, par exemple pour les névroses, ne peut et ne doit pas être administrée par n'importe qui. Il faut un Médecin qui sache comment agit l'eau chaude, l'eau froide, la pluie, le jet brisé, le jet plein, etc, et se serve de ces différents éléments hydrothérapeutiques en toute connaissance de cause, afin de rendre service au malade et non de lui nuire.

***

La *Sérothérapie*, découverte depuis une vingtaine d'années, n'est guère entrée définitivement dans la pratique que vers 1895-1896. Elle désigne l'introduction dans le torrent circulatoire, soit directement par la voie veineuse, soit indirectement par la voie sous-cutanée, de liquides, dont les uns sont d'origine organique, tels que le Sérum anti-diphtéritique, et dont les autres représentent des solutions plus ou moins complexes de sels minéraux. La Sérothérapie organique ne trouve guère à s'exercer dans la médecine des Accidents du Travail que sous les espèces du Sérum anti-tétanique, qui doit être injecté préventivement toutes les fois que l'on peut craindre ou soupçonner une infection tétanique d'une plaie. Quant à la Sérothérapie artificielle avec l'une des solutions physiologiques en faveur, elle fait partie de l'arsenal chirurgical et intervient à propos à doses massives pour ressusciter littéralement les blessés saignés à blanc par le traumatisme qu'ils ont subi, ou par l'acte opératoire nécessaire ; elle fait également partie de la matière médicale courante et, à doses modérées souvent répétées, elle agit à la façon d'un tonique général, d'un stimulant, d'un reconstituant dont l'emploi s'impose toutes les fois qu'il y a une déchéance plus ou moins marquée de l'individu, comme dans les convalescences.

Le tableau suivant résume l'exposé que nous venons de faire sur l'intervention fréquente et indispensable de la Physiothérapie dans la médecine des accidents du travail.

Efforts accompagnés de ruptures musculaires, tour de reins, lumbagos, etc.......	Massage et Faradisation superficielle.
Contusions..................	Massage.
Complications inflammatoires des plaies, des luxations et des fractures.............	Massage et Mécanothérapie.
Entorses..................	Massage.
Luxations..................	Radioscopie, Massage, Mécanothérapie. Gymnastique.
Fractures..................	Radioscopie, Massage, Mécanothérapie, Electrothérapie.
Atrophies musculaires.......	Massage, Mécanothérapie, Electrothérapie.
Hystéro-neurasthénie traumatique.....................	Hydrothérapie, Mécanothérapie, Electrothérapie.
Anémies aiguës ou chroniques, déchéances organiques, convalescences ; prophylaxie du tétanos..................	Sérothérapie.

***

De tout ce qui précède se dégage lumineusement cette première conclusion que : la Médecine des Accidents du Travail doit faire une très large place, sinon la plus large, à la thérapeutique par les Agents Physiques et par les Sérums. Les doctrines médicales, les résultats de l'expérience, et la loi elle-même dans ses applications de jurisprudence concordent pour élever cette proposition à la hauteur d'un dogme. Cette conclusion entraîne immédiatement un corollaire qui résulte de la nature même des Agents Physiques, de leur maniement délicat, de leurs inconvénients et de leurs dangers entre des mains malhabiles ou ignorantes, c'est que le *médecin est seul qualifié* pour s'en servir ; pour certaines de ces méthodes, telles que la Radiologie, l'Electrothérapie, la chose va de soi, sans doute. Il en est de même pour les autres dont la mise en pratique serait imprudente toujours et souvent grave, entre les mains de profanes substitués au médecin. Donc en résumé, le médecin doit toujours exercer une surveillance immédiate et directe sur tels de ces procédés, et pour tels autres, il faut qu'il paie de sa personne. Dans tous les cas, les Agents Physiques nécessitent une instrumentation, un matériel très coûteux ; ils imposent aussi au praticien des séjours prolongés auprès des blessés, une dépense de forces parfois considérable, etc. Pour ces motifs, il va de soi que la rétribution du Médecin doit être suffisamment élevée pour compenser et récompenser sa science chèrement acquise, ses dépenses matérielles, sa peine personnelle et son temps. Il s'ensuit donc que, dans les Accidents du Travail, les notes d'Honoraires médicaux paraissent à première vue sensiblement plus importantes qu'on ne l'avait supposé, surtout si on les compare aux notes établies pour des cas analogues antérieurement à la mise en vigueur de la loi de 1898.

Ici nous ne prévoyons que deux objections possibles : 1° Comment faisait-on autrefois ? Nous ne nous donnerons même pas la peine de répondre à ce qui constitue la négation du progrès dans tous les modes de l'activité humaine. 2° Il y aura fatalement des abus de la part de médecins peu consciencieux, peu délicats qui prescriront ces opérations sans nécessité ou qui les multiplieront sans raison. Et d'abord il serait loyal de ne pas rendre le Corps médical tout entier responsable des erreurs de quelques exceptions. Le Corps médical ne demande qu'une chose, c'est la répression de ces abus. Il ne serait peut-être pas difficile de trouver une organisation simple et peu coûteuse qui, mécaniquement en quelque sorte, se prononce sur la légitimité des réclamations quand elles sont formulées, et qui ramène à un chiffre raisonnable les Honoraires reconnus manifestement exagérés.

Sous le bénéfice de ces réserves et en convenant de l'exactitude de la majoration des notes médicales au regard des prévisions primitives, il est équitable d'examiner la contrepartie de cette majoration, et d'en faire ressortir la réalité. Cette contre partie se traduit par un règlement de l'incapacité temporaire de tavail une diminution du degré des incapacités permanentes et une atténuation des risques et des rentes, etc. Et tout cela se chiffre par des sommes dont bénéficient les patrons, et qui sont bien autrement appréciables que les Honoraires médicaux.

En terminant, nous formulerons ainsi les conclusions de cette étude trop longue à notre gré, mais qui ne pouvait être démonstrative qu'à la condition d'apporter des opinions compétentes et des faits probants.

Depuis dix ans, la thérapeutique chirurgicale s'est enrichie des perfectionnements apportés à l'emploi des Agents Physiques en médecine. Cet enrichissement a profité en particulier à la médecine des Accidents du Travail, car il est démontré qu'avec l'aide de ces méthodes nouvelles, **les lésions consécutives aux accidents guérissent mieux et plus vite.** Mais, comme la pratique de ces méthodes doit rester entièrement entre les mains des Médecins, ceux-ci ont été amenés à intervenir plus souvent qu'autrefois et à demander une rémunération en rapport avec la nature spéciale des soins donnés ; ainsi s'explique l'élévation des honoraires médicaux dans les accidents du travail. Cette élévation a pour contre-partie une diminution notable des journées d'incapacité, des degrés d'incapacité, et par conséquent une diminution des frais à la charge des responsables.

Dr DUCHESNE.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Mauvais confrère

Les syndicats médicaux ont rendu de tels services à tous leurs adhérents qu'il est, j'imagine, bien peu de confrères aujourd'hui non syndiqués.

Malheur à celui qui est isolé ! C'est en effet une forme d'évolution sociale que le groupement des individualités faibles en un faisceau puissant. C'est une nécessité aussi : aux collectivités il faut opposer des collectivités. Mais si un syndicat défend les droits de ses affiliés, il exige d'eux certains devoirs que l'immense majorité accepte facilement, que quelques confrères d'esprit ultrapratique se refusent à accomplir.

Leur raisonnement est simpliste : le syndicat me donne quelque chose, vive le syndicat ! le syndicat me demande quelque chose, à bas le syndicat !

Si au lieu de quelques brebis égarées — en mon jeune temps on aurait dit : galeuses — le troupeau en comptait un grand nombre, il n'existerait pas longtemps. Aussi, quand le cas se présente, est-il du devoir du syndicat d'exclure immédiatement et définitivement tout membre indigne. Egoïsme et altruisme vont ensemble comme l'eau et le feu.

C'est un cas de ce genre qui s'est posé devant l'assemblée du SYNDICAT DES MÉDECINS DE L'ALLIER.

Je laisse la parole à son excellent président, le Dr Mouchet (du Veurdre).

« Beaucoup d'entre vous ont entendu parler du conflit soulevé entre les médecins d'un hôpital-hospice cantonal et l'un des administrateurs ; celui-ci a fait entrer illégalement un malade dans cet hospice et l'a maintenu non moins illégalement, malgré l'avis formel du médecin traitant, le docteur A... ; la Commission administrative, après avoir, dans une première séance, blâmé l'administrateur et approuvé le médecin, a dans une deuxième séance et grâce à la voix de l'administrateur, prononcé la révocation du médecin traitant ; les autres médecins de cet hôpital ont donné leur démission, se solidarisant avec leur confrère outragé. A sept kilomètres habite le docteur B...; qui accepta d'assurer le service de l'hôpital. Ces faits se passaient le 17 novembre 1906, date de formation de notre Syndicat ; mais à peine notre Association était-elle constituée que nous recevions une plainte portée contre le docteur B.,, par le docteur A..., l'accusant de manquer aux statuts et à toutes les règles de la déontologie. Le Bureau a fait alors son enquête, et sans chercher à pénétrer tous les motifs d'ordre extra-médical qui pouvaient déterminer une telle conduite chez ce confrère, s'est efforcé de faire cesser un tel état de choses. C'est alors que j'ai été chargé par le Bureau de demander une entrevue avec le docteur B.., pour lui démontrer toute l'incorrection d'un tel procédé, et, poussé par le désir de faire cesser un tel scandale, je promis de le prévenir, s'il y avait lieu, de donner sa démission ; quand le moment me parut propice, je lui écrivis pour lui demander de cesser son service à l'hôpital. Je reçus quelques jours après sa démission de membre du Syndicat. D'après les conseils de l'Union des Syndicats médicaux, le Bureau n'avait pas le droit d'accepter cette démission sans soumettre le cas à l'Assemblée générale ; il se vit dans la nécessité de la refuser.

« Dans le but de mettre fin à cette affaire, je résolus de faire une dernière démarche auprès du confrère B... en lui indiquant les conséquences pénibles qui résulteraient de sa conduite ; je le suppliai de donner sa démission de médecin de l'hôpital et de cesser le service. En même temps, j'écrivais au docteur A..., pour lui demander s'il voulait bien oublier la conduite de son confrère à son égard et avoir avec lui des rapports confraternels dans le cas où ce dernier cesserait le service de l'hôpital ; le confrère A.... me répondit qu'on oublierait tout et que le confrère B... serait traité en confrère.

« Devant le silence du docteur B...., le Bureau résolut de suivre les conseils de l'Union générale des Syndicats médicaux de France et de l'Association générale des médecins, à qui l'affaire avait été soumise, et bien à contre-cœur il vient aujourd'hui vous proposer l'exclusion du docteur B... qui, depuis six mois, malgré des avertissements répétés et la promesse de reprendre sa place parmi ses confrères, manque aux règles de la déontologie professionnelle et à plusieurs articles des statuts librement acceptés par lui comme par nous tous.

« La demande que je vous adresse m'est si pénible que c'est avec une poignante émotion que je viens vous proposer l'application de cette peine disciplinaire contre un de nos confrères. Vous allez juger tout à l'heure cette affaire si pénible ; vous me pardonnerez la douleur que je ressens en vous demandant de vous ériger en tribunal ; je vous prie instamment d'apporter dans votre jugement toute l'impartialité que mérite cette affaire».

Un très proche parent d'un médecin ainsi mis à l'index — pour une faute déontologique assez grave, mais facilement réparable, au début, avec un peu de bonne volonté — par les confrères de la sous-préfecture où il exerçait, me racontait le supplice que celui-ci avait souffert de cette rupture confraternelle. Peu à peu ses amis, nullement désireux de se brouiller avec les autres médecins journellement rencontrés au Cercle ou

dans les familles, avaient cessé de le voir ; la clientèle, s'apercevant du refus de toute consultation avec lui et de l'atmosphère de réprobation qui l'entourait, s'en était allée ; le mépris dédaigneux des confrères rencontrés était plus pénible encore à supporter... Moins d'un an après, il quittait la petite ville — une des plus riantes et des plus riches de province — où il s'était installé. Aujourd'hui, il est médecin colonial et sombre dans l'alcoolisme. Ce souvenir m'est revenu en lisant l'allocution du président du syndicat de l'Allier.

Elle pourra servir de thème aux réflexions du Dr B..., qui s'apercevra, mais un peu tard, que tout n'est pas agrément dans le rôle du mauvais confrère. — F. N.

(Province médicale.)

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Tribunal civil de Lille (2e Ch.)

Présidence de M. Godart, vice-président,

Audience du 31 *décembre* 1907.

Médecin. Honoraires. Tarif des accidents du travail. Application abusive et arbitraire.

Le juge saisi d'une réclamation d'honoraires par un médecin contre un de ses clients, qui n'est pas un ouvrier blessé dans son travail, ne saurait appliquer à la détermination desdits honoraires l'arrêté du 30 *septembre* 1905, *qui règle les honoraires des médecins en cas d'accidents de travail, et, moins encore, après avoir annoncé qu'il prenait ce tarif pour base de ses évaluations, le réduire arbitrairement, dans tous les cas où il est favorable aux prétentions du demandeur.*

Les honoraires des médecins doivent être en rapport avec le service rendu et avec la situation financière des malades.

Le juge fera une application plus équitable des causes d'une demande d'honoraires, en se référant au tarif du syndicat médical du lieu où le traitement a été poursuivi et où résident les parties.

Docteur Mathieu c. B....

Le juge de paix du premier arrondissement de Lille, sur la demande du docteur Mathieu, résidant à Sézanne (Marne) avait rendu le jugement suivant, réduisant à 309 fr. sa réclamation de 504 fr. contre le capitaine B.

« Attendu que Mathieu réclame à B.... cinq cent quatre francs pour soins donnés à la femme de ce dernier en mil neuf cent six, les intérêts de droit et les dépens, que le demandeur formule sa réclamation comme suit :

Détail des honoraires dus par M. le capitaine B... du sixième chasseurs, demeurant à Saint-Maurice-lès-Lille, pour fracture oblique de jambe compliquée de plaie avec saillie osseuse et esquille,

Numéro un, 8 juillet : visite de nuit et installation d'un appareil à irrigation continue, désinfection de la plaie, pose d'un appareil provisoire et être resté auprès de la malade de huit heures et demie du soir à minuit, trente francs, ci......... 30 »

Numéro deux, neuf juillet :

Avec l'assistance de deux médecins et d'une sœur, désinfection sous chloroforme au savon, sublimé et sérum, de la fracture, ablation d'esquille, fabrication d'un appareil provisoire et pose de cet appareil avec la bottine et la gouttière plâtrée, cent soixante francs, ci........ 160 »

Numéro trois, premier et dix-neuf septembre :

. Pose de deux appareils de Maisonneuve à trente francs (avec l'aide du médecin militaire de la garnison), soixante francs, ci........................ 60 »

Numéro quatre, vingt-quatre septembre :

Pose d'un appareil d'Hennequin avec l'aide d'un chirurgien appelé par la famille, avivement de deux fragments par frottement et traction pendant trois quarts d'heure. La pose de ce nouvel appareil, cinquante francs, ci.............. 50 »

A été nécessitée par la non-consolidation de la fracture. La consultation avec le chirurgien a été sollicitée par moi d'un commun accord avec la famille.

Numéro cinq : 17 visites et pansements à cinq francs, quatre-vingt-cinq francs, ci 85 »

Numéro six ; dix-neuf visites à trois francs, cinquante-neuf francs, ci........ 59 »

Numéro sept : une consultation avec confrère (le vingt-trois septembre), dix francs, ci.......................... 10 »

Numéro huit : deux visites de nuit à dix francs (vingt-un et vingt-huit septembre) vingt francs, ci.......................... 20 »

Numéro neuf : Un voyage à Châlons-sur-Marne en automobile pour aller chercher un appareil avec le consentement de la famille (le vingt-trois septembre), trente francs, ci.......................... 30 »

Total : cinq cent quatre francs, ci .... 504 »

Attendu que le défendeur fait offre d'une somme de trois cents francs en chiffre rond et conclut que Mathieu soit débouté du surplus de sa demande. Qu'il critique tous les articles de la note sauf le numéro six : dix-neuf visites à trois francs.

Attendu qu'il échet pour nous de revoir tous les articles de la note du docteur Mathieu et de décider quelles sommes doivent être allouées.

Attendu qu'il est admis que les honoraires des médecins varient suivant l'importance de la localité, la notoriété du praticien et selon la situation sociale des clients.

Attendu que Sézanne, ville où les soins ont été donnés, n'est qu'un chef-lieu de canton, localité relativement peu importante.

Que B... est capitaine dans l'armée française, ne jouissant que d'un modeste traitement et que le docteur Mathieu est un jeune médecin.

Attendu que, pour arrêter les sommes à allouer pour chaque article de la note, nous pouvons nous inspirer des règles tracées à l'arrêté ministériel du trente septembre 1905 en matière d'accidents du travail, en prenant les maximums tout en tenant compte, comme base, du prix de la visite simple réclamée par le docteur Mathieu lui-même, soit trois francs.

Attendu qu'il faut aussi tenir en considération ce fait que d'autres praticiens ont donné leurs soins à la dame B... et ont été payés à part par B....

Numéro un ; visite de nuit et soins, de huit heures et demie du soir à minuit.

Attendu que nous devons admettre pour cet article le maximum de cinq visites, soit trois francs multipliés par cinq égal quinze francs, ci.......................... 15 »

Numéro deux : Attendu que pour l'opération du neuf juillet une somme de soixante-quinze francs nous paraît suffisante plus cinq francs pour l'appareil provisoire, quatre-vingts francs, ci.......... 80 »

Numéro trois : Pose d'appareil. Attendu

qu'une allocation égale au prix de cinq visites soit trois francs multipliés par cinq égale quinze francs, nous paraît un honoraire équitable, ci................ 15 »

Numéro quatre : Attendu que nous pouvons allouer pour cet article le prix de dix visites, soit trois multiplié par dix francs égale trente francs, ci.......... 30 »

Numéros cinq et six : Attendu que les sommes portées à la note nous semblent équitables et qu'il y a lieu de les maintenir : Dix-sept visites et pansements à cinq francs, quatre-vingt-cinq francs, ci. 85 »

Dix-neuf visites à trois francs, cinquante-sept francs ci.................. 57 »

Numéro sept : Attendu que la somme portée à cet article doit être entièrement allouée dix francs, ci.................. 10 »

Numéro huit : Attendu qu'il s'agit de deux visites de nuit qui doivent être comptées doubles soit six francs multipliés par deux, douze francs, ci......... 12 »

Numéro neuf : Attendu que ce dernier article doit être rejeté, en principe, car il eût suffit de réclamer l'appareil par correspondance, télégramme ou téléphone, que tout au plus, nous pouvons allouer le prix d'une dépêche, du transport du colis, et aussi des fonds, soit en chiffre rond cinq francs, ci......................... 5 »

Total : trois cent neuf francs, ci........ 309 »

Attendu que Mathieu doit être débouté du surplus de sa demande, sans qu'il soit nécessaire de rechercher si les griefs formulés par le défendeur contre le demandeur sont ou non fondés ;

Vu les articles cent trente et cent trente-un du Code de procédure civile ;

Par ces motifs, statuant contradictoirement en premier ressort et vidant notre délibéré.

Condamnons B... à payer à Mathieu la somme de trois cent neuf francs, pour les causes susénoncées avec l'intérêt de droit.

Le condamnons de plus aux dépens. »

Sur appel du docteur et appel incident du Capitaine B, le tribunal de Lille a réformé cette sentence dans les termes suivants :

« Attendu que le docteur M. médecin, a interjeté appel d'un jugement rendu le vingt août mil neuf cent-sept par M. le Juge de Paix du premier arrondissement de Lille, qui, statuant sur une demande en paiement de cinq cent quatre francs d'honoraires pour soins donnés à la dame B... à l'occasion d'une fracture de la jambe, a réduit à trois cents neuf francs la somme réclamée par le docteur M... et a condamné B... au paiement de la dite somme;

Attendu que B .. qui avait offert à deniers découverts au Docteur M... une somme de trois cents francs a, lui aussi, formé appel incident de ce jugement et demande au tribunal de valider purement et simplement l'offre de trois cents francs faite en première instance.

En la forme ;

Attendu que l'appel, tant principal qu'incident est recevable.

Au fond :

Attendu que le Docteur M... justifie avoir donné ses soins à la dame B... dans le courant de l'année mil neuf cent six du huit juillet au vingt-trois octobre;

Attendu qu'il a fourni une note de ses honoraires spécifiant en détail les visites et opérations par lui faites ;

Attendu que B... ne conteste pas le nombre des visites et opérations, mais critique tous les articles de la note du docteur M. sauf le numéro six se rapportant à dix-neuf visites à trois francs soit cinquante-sept francs au total ;

Attendu que le premier juge a revisé tous les articles de la note présentée et a réduit à trois cent neuf francs le chiffre de 504 francs réclamé;

Attendu que, pour baser cette réduction, le premier juge a d'abord établi, en principe, que les honoraires des médecins varient suivant l'importance de la localité, la notoriété du praticien et selon la situation sociale des clients, puis faisant application de ces règles à la cause, a spécifié que S... est une localité peu importante, le Capitaine B... peu rémunéré et le docteur M... un jeune praticien.

Attendu qu'après ces constatations le premier juge a établi ses calculs d'après le tarif maximum de l'arrêté ministériel du trente septembre mil neuf cent cinq sur les accidents de travail, mais les estimant encore exagérés, les a réduits arbitrairement de trois cent soixante et onze francs à trois cent neuf francs,

Attendu que l'application du tarif des honoraires médicaux en matière d'accidents du travail ne pouvait être faite à la cause que par une assimilation, fort critiquable, de la situation pécuniaire du capitaine B... à celle d'un ouvrier assujetti à la loi du neuf avril mil huit cent quatre-vingt-dix huit ; que d'ailleurs il était inutile de faire état de ce tarif pour le réduire immédiatement après en avoir constaté les résultats ;

Attendu qu'il paraît beaucoup plus logique de se guider, pour l'examen du litige, sur le tarif du Syndicat médical d'Epernay dans le ressort duquel se trouve S... résidence commune des parties ;

Attendu que ce tarif s'inspire de considérations analogues à celles établies en principe par le premier juge en disant que les honoraires sont proportionnés à l'importance du service rendu, du travail réel, et à la main-d'œuvre thérapeutique, et en dernier lieu à la position de fortune du malade ;

Attendu toutefois que ce tarif néglige l'importance de la localité retenue par le premier juge comme élément d'appréciation ; que d'ailleurs c'est moins l'importance de la localité qui serait à envisager, à ce point de vue, que son éloignement, soit que le mot localité vise la résidence du praticien, soit qu'il vise le lieu où les soins ont été donnés ;

Attendu que le tarif du Syndicat Médical d'Epernay divise la clientèle médicale en quatre catégories et fixe le taux des visites et opérations d'après la catégorie dans laquelle est classé le malade ;

Attendu que le coût de la visite de jour pour la troisième catégorie est de trois francs, que le capitaine B . ne critique pas ce taux, accepté par lui, concernant les dix-neuf visites formant l'article six du mémoire d'honoraires du Docteur M... ; qu'il paraît équitable de le classer dans la troisième catégorie de la clientèle médicale et de lui faire application de ce tarif pour tout le reste du mémoire ;

Attendu que le Docteur M... n'a dépassé ce tarif dans aucun des articles de sa note, qu'au contraire en le calculant strictement, il aurait été en droit de réclamer à son client la somme de cinq cent vingt-cinq francs cinquante centimes et a abaissé à cinq cent quatre francs le montant total de sa réclamation ;

Attendu que la maladie à raison de laquelle il a donné ses soins à la dame B... était sérieuse puisqu'il s'agissait d'une fracture compliquée de la jambe, que cette maladie a eu une heureuse

terminaison, la blessée ayant recouvré avec la santé l'usage de sa jambe sans aucune conséquence fâcheuse telle que le raccourcissement du membre ;

Attendu que les griefs articulés par le capitaine B... contre le docteur M... à raison d'un commencement de gangrène ne paraissent pas sérieux :

Attendu, en conséquence, que la note du Docteur M... n'est pas exagérée, qu'elle est inférieure au tarif du Syndicat médical d'Epernay et qu'il n'y a aucun motif valable pour lui faire subir la moindre réduction :

Par ces motifs :

Infirme le jugement entrepris ;

Réformant, condamne le capitaine B... à payer au docteur M... la somme de cinq cent quatre francs, avec intérêts judiciaires du jour de la demande ;

Ordonne la restitution au docteur M... de l'amende consignée.

Déclare le Capitaine B... mal fondé en son appel incident.

Dit insuffisante et non libératoire l'offre de trois cents francs faite par lui en première instance, et réitérée en appel.

Le condamne à l'amende et aux dépens.

Ministère Public : M. Leclerc, substitut. Plaidants : MM^es Deleher (pour l'intimé) et Carpentier, avocats.

CORRESPONDANCE

L'assistance mutuelle médicale par le travail

Montpellier, le 17 février 1908,

Très honoré Confrère,

Membre du *Concours médical*, j'ai eu à faire intervenir mes vaillants et serviables confrères du *Concours* dans un différend inter-confraternel bien pénible, dont je désire ne pas rappeler les détails et où vous avez tous reconnu l'incorrection de la conduite du Dr X.., qui ne daigna même pas répondre à votre offre d'arbitrage.

J'ai dû depuis, malade et ne pouvant plus exercer la médecine, me retirer du *Sou médical* ; mais je suis toujours membre du *Patronage médical* et je recommande les produits du Patronage, chaque fois que l'occasion s'en présente, à ceux qui veulent bien me demander conseil. Actuellement, je ne peux sortir à cause du froid, et j'ai passé l'hiver au coin du feu ; mais voici le retour des beaux jours et je me propose dans mes lentes promenades de visiter nos confrères de Montpellier qui font partie du *Concours* et de leur rappeler nos produits.

Je les inviterai à rendre visite à la maison d'alimentation hygiénique créée et dirigée par ma femme rue Saint-Guilhem, 31, à Montpellier, et je les prierai de me désigner les produits parapharmaceutiques du Patronage qu'ils sont susceptibles d'employer pour leur usage personnel ou dans leur clientèle, et je tiendrai ces produits à leur disposition, à la grande satisfaction de leurs clients ; et, tout en n'exerçant pas la médecine, je ne serai pas un frelon dans le Patronage. Parmi ces produits, je place en première ligne le *Fumigator* et *la Blutine*, tous deux d'un usage journalier le 1er comme désinfectant, le 2e comme aliment infantile.

Ma lettre est provoquée par celle que M. le Professeur Guinard vous adressait le 31 janvier et qui a paru dans le *Concours médical* n° 6 du 9 février sous le titre : *Une cruelle leçon de Prévoyance* ; et je me trouve ainsi amené à penser à la pauvre veuve et la courageuse jeune fille de 20 ans, que notre malheureux confrère a laissées dans la plus profonde détresse.

Vous avez lu dans le *Concours médical* le développement de l'idée émise de l'assistance par le travail aux veuves ou orphelins de médecins et l'excellente application proposée par notre vaillant confrère le Dr Dumas de Lédignan (Gard). Avec un peu de solidarité confraternelle, il est facile au corps médical de permettre à ces deux pauvres femmes de gagner honnêtement leur vie tout en conservant leur liberté, comme nos excellents confrères de Montpellier et des environs permettent à ma femme de gagner un morceau de pain pour nos pauvres enfants (et nous en avons sept, dont l'aîné à onze ans).

Répondant à l'appel de notre vaillant confrère le Dr Dumas les syndicats médicaux devraient, à mon humble avis, envoyer des délégués dans les maisons d'alimentation hygiénique déjà créées et dirigées par des veuves de médecins ou par des confrères éclopés, comme votre serviteur.

J'ai reçu plusieurs demandes de renseignements sur l'ouverture d'une maison d'alimentation hygiénique semblable à celle que ma femme dirige ; ne pouvant répondre personnellement à tous les confrères qui m'ont écrit à ce sujet, je les prie de suivre dans le *Concours médical*, la question de l'*assistance par le travail aux veuves de médecins*, et au besoin de demander des renseignements qu'ils désirent par la voie du *Concours* qui ne nous refusera certainement pas ses colonnes pour traiter d'une aussi importante question.

Veuillez agréer, très honoré Confrère, mes remerciements et mes cordiales salutations.

Dr Cancel.

La « décompression », signe de réaction péritonéale.

Mon cher confrère,

Je viens de lire dans le *Concours médical*, page 175, le filet du Dr Tridon (de Berck), « *Revendication Légitime* ».

Notre confrère a raison, mais pas tout à fait. Je me garderais de vouloir enlever quoi que ce soit à l'héritage scientifique de Gérard Marchant, qui fut aussi mon maître en 1887, qui était mon compatriote, et sous l'inspiration de qui j'ai écrit ma thèse de doctorat. Nul ne fut plus peiné que moi de sa mort prématurée et inattendue et je lui conserve mon souvenir le plus reconnaissant.

Néanmoins, je suis certain qu'il n'a pas le premier, lui non plus, décrit « le signe de la *décompression* ».

Il en a été le parrain si l'on veut. En effet, en ce qui me concerne, ce signe de réaction péritonéale m'a été enseigné par le Dr André, médecin des hôpitaux de Toulouse en 1881-82. Dans son service, ce signe était *couramment* recherché *dès cette époque*. Le Dr André, aujourd'hui professeur de pathologie interne à la Faculté de médecine de Toulouse était déjà l'éminent clinicien qu'il est resté.

Je ne pense pas qu'il ait lui-même découvert ce signe. Du moins, il ne le donnait nullement comme *sien*. Je croirais plutôt qu'il avait dû le trouver signalé dans la littérature médicale (il était déjà un vrai dictionnaire vivant et parlé des sciences médicales), et, comme il en avait apprécié la valeur, il ajoutait ce signe aux autres dans les cas de péritonites, surtout un peu frustes, les cas subaigus. Dans les cas *suraigus*, le diagnostic s'impose, habituellement du moins.

Quoi qu'il en soit, il est certain que le Dr Blumberg, dans son travail de la *Munch Med. Woch.*, n'a rien découvert de nouveau, au moins pour les élèves du professeur André ou du regretté Gérard Marchant.

Veuillez agréer, mon cher confrère, l'assurance de mes meilleurs sentiments.

Dr Cousin.
(Toulouse).

L'assurance loyalement pratiquée.

Mon cher confrère,

Au moment où les Compagnies d'assurances (quelques-unes du moins, et des plus puissantes) se préparent à nous livrer un nouvel assaut, il me semble intéressant de communiquer aux lecteurs du *Concours*, la lettre suivante.

Les confrères y verront comment, dans la Sarthe, nous sommes en train de réaliser quelque chose de *positif* en matière d'accidents agricoles, grâce à l'appui prêté par nous à la *Sarthoise*, caisse d'assurances agricoles mutuelles, fondée et patronnée par le puissant Syndicat des agriculteurs de la Sarthe.

Le résultat le plus clair et facile à constater dès maintenant dans notre région, c'est qu'il ne restera plus en présence que *La Sarthoise* et des Compagnies d'Assurances honnêtes, car il en existe.

Mais, il est bien évident que, sans déclarer la guerre à personne, notre sympathie doit aller à ces organisations mutualistes où les agriculteurs sont leurs propres assureurs, et avec lesquelles il sera toujours plus facile de nous entendre qu'avec des organisations capitalistes. Sans compter aussi que c'est là l'avenir ; nous verrons de plus en plus les travailleurs prendre conscience de leur force et s'organiser comme nous l'avons fait nous-mêmes.

J'ai eu l'honneur d'exposer ces idées dans le numéro du *Concours* du 9 février 1908, et les lettres d'approbation que j'ai reçues témoignent que beaucoup de confrères les partagent.

Avec le témoignage de mon entière sympathie pour le bon combat que vous menez, recevez, mon cher confrère, l'assurance de mes dévoués sentiments,

D[r] CHAUDET.

Le Mans, le 7 mars 1908.

Monsieur le docteur,

La Société d'assurances mutuelles agricoles contre les accidents du travail « La Sarthoise », créée par le Syndicat des Agriculteurs de la Sarthe, vient de régler son troisième exercice. Quoique jeune, elle compte déjà un nombre respectable d'assurés et ce nombre s'augmentera de nouvelles adhésions qui viendront de cultivateurs actuellement liés par un contrat avec d'autres Compagnies. Notre association se différencie, en effet, des autres Sociétés fonctionnant dans le département. C'est une véritable Mutuelle que nous avons créée et qui est administrée, *sans frais*, par un Conseil d'Administration composé de cultivateurs assurés. Pas d'agents, ce sont les assurés qui satisfaits de leur Société nous amènent de nouveaux adhérents.

Beaucoup de docteurs, dans un but d'utilité publique, et pour rendre service aux cultivateurs avec lesquels ils sont constamment en rapport, recommandent notre Association et nous envoient des adhérents. Vous connaissez, en effet, mieux que personne, les difficultés créées par certaines compagnies à leurs assurés ; vous-même n'avez pas été sans en éprouver pour le règlement de vos honoraires.

Nous réglons tous les sinistres, aussitôt la guérison ; de même pour les honoraires qui vous sont dus, comme vous avez pu, du reste, vous en convaincre, et ce, au tarif établi par le Syndicat des Médecins. D'ailleurs, nous avons tenu à ce que le Président du Syndicat des Médecins fasse partie du Conseil d'Administration. Nous n'avons donc jamais eu de difficulté à ce sujet.

Nous venons vous demander, Monsieur, de nous aider dans l'œuvre que nous poursuivons, œuvre utile et féconde pour les assurés seulement. Mais, malgré les grands principes de mutualité que nous essayons de faire naître par tous les moyens possibles, nous sentons qu'il y a encore des abus que nous ne pouvons éviter, mais que, vous médecin, pouvez empêcher. Quelques assurés prolongent, outre mesure, une incapacité de travail qui leur permet de toucher une indemnité journalière ; d'autres, pour de minimes accidents pourraient se contenter d'un pansement et d'un bon conseil du docteur, sans se faire mettre en incapacité de travail. Nous tenons à vous dire que dans le cas de consultations et pansements, sans incapacité de travail, nous paierons *quand même* les honoraires qui vous seront dus.

Nous voudrions moraliser l'assurance et faire comprendre, par la pratique, l'utilité de la Mutualité.

Vous voyez, Monsieur, combien votre intervention peut être utile à notre œuvre et en même temps profitable à tous les cultivateurs.

Nous espérons que vous voudrez bien nous accorder votre précieuse collaboration.

Veuillez agréer, Monsieur, l'expression de nos sentiments distingués.

Pour le Comité d'administration,
L'administrateur délégué.

X.....

BIBLIOGRAPHIE

Précis des examens de laboratoire employés en clinique, par M. le D[r] L. Bard, professeur de clinique médicale à l'Université de Genève avec la collaboration de MM. Humbert et Mallet (1).

Comme le dit très justement M. le professeur Bard, toutes les méthodes de laboratoire, les plus récentes comme les plus anciennes, les plus sûres comme les plus discutables, ne doivent jamais prendre le pas sur les méthodes traditionnelles de l'observation directe des malades ; leurs résultats ne doivent jamais être considérés isolément, ils doivent seulement prendre place au milieu du faisceau des signes fournis par les autres procédés d'investigation pour être discutés et interprétés avec eux dans chaque cas particulier.

Toutefois il devient de plus en plus indispensable de les connaître et d'être apte à pratiquer un certain nombre d'entre elles afin de pouvoir les juger et les utiliser au besoin. C'est dans le but de faciliter leur tâche aux étudiants et aux praticiens que M. le professeur Bard vient de publier ce volume assurément d'une grande utilité pratique.

Une première partie concerne les examens chimiques, une seconde partie les examens physiques avec les procédés de mensuration, l'étude des tensions, des propriétés optiques, etc. La troisième partie comprend les examens histologiques : sang, parasites supérieurs. Puis viennent les examens bactériologiques avec toute la série des microbes pathogènes, procédés de culture, séro-diagnostic, etc. Les derniers chapitres ont trait aux épreuves expérimentales et surtout aux épreuves fonctionnelles qui ont pris tant d'importance dans ces derniers temps et qui permettent d'étudier les sécrétions de l'estomac, de l'intestin, du foie, des reins, etc.

Un médecin praticien ne peut avoir la prétention de connaître assez complètement toutes ces méthodes pour les employer couramment ; mais il en est beaucoup, d'un usage plus facile qu'on n'est porté à le croire, et qu'on peut avoir l'occasion d'utiliser assez souvent.

---

(1) Un volume de la collection des « Précis médicaux », de 627 pages : chez Masson. Prix : 9 francs.

REPORTAGE MÉDICAL

Fédération des syndicats médicaux du Nord et du Pas-de-Calais. Secrétariat : 14, boulevard Bigo-Danel, Lille). 2e CONGRÈS DES PRATICIENS DE FRANCE. — Monsieur et honoré confrère, une Commission a été chargée de faire au deuxième Congrès des praticiens, un rapport sur le libre choix du médecin par les assistés.

C'est là une question très importante, mais il nous serait impossible de faire œuvre utile si tous nos confrères ne nous prêtaient leur concours pour nous documenter.

Je viens donc vous demander de vouloir bien répondre, dans le plus bref délai possible, aux questions suivantes (le rapport doit être déposé en avril) :

Assistance médicale gratuite.

1° Les assistés ont-ils le libre choix dans le département de.... ?

2° Si oui. Comment le libre choix fonctionne-t-il ? Liberté absolue avec paiement à la visite ?

Prix de la visite ?

Système vosgien. Choix du médecin au début de l'année pour l'année entière et paiement par abonnement par tête d'assisté et par an ?

Taux de l'abonnement ?

Autre système ? Expliquez le fonctionnement ?

3° Si non. Comment est choisi et rétribué le médecin ?

4° Comment avez-vous obtenu le libre choix ? ou pourquoi ne l'avez-vous pas obtenu ?

5° Avez-vous des remarques à présenter pour ou contre le libre choix ?

6° Si vous avez le libre choix, pouvez-vous nous dire s'il y a eu des inconvénients par surenchère entre médecins près des malades ? par augmentation des frais pharmaceutiques ?

Autres services d'assistance.

7° Avez-vous quelques remarques à faire, à propos du libre choix, en ce qui concerne les autres services d'assistance publique : vaccinations, enfants assistés, assistance aux vieillards, etc. ?

Nous vous serions très reconnaissants de nous donner ces renseignements, non seulement pour votre département, mais encore pour les départements limitrophes, car nous savons que le médecin n'écrit pas facilement, et nous craignons que tous départements ne nous donnent pas de réponse ; il faut aussi tenir compte des départements où les médecins ne sont pas encore organisés en syndicat.

Nous vous remercions à l'avance des renseignements si utiles que vous voudrez bien nous donner, et nous vous prions de recevoir, monsieur et honoré confrère, l'expression de nos meilleurs sentiments.

Docteur G. LEMIÈRE,

Secrétaire général de la Fédération des Syndicats médicaux du Nord et du Pas-de-Calais.

14, boulevard Bigo-Danel, Lille.

Facultés et Hôpitaux

— Sous la direction de M. P. Sébileau, directeur de l'amphithéâtre d'anatomie, et avec l'assistance de M. Pautrier, un cours complémentaire d'anatomie pathologique est organisé au laboratoire de l'amphithéâtre d'anatomie. L'accès de ce cours est libre pour les internes des hôpitaux, qui devront simplement acquitter un droit global de 25 francs pour la totalité des conférences.

Pour tous les autres auditeurs non internes des hôpitaux, un droit d'inscription sera exigé pour chaque série de conférences, mais il leur sera loisible de s'inscrire pour l'ensemble du cours complémentaire, moyennant un droit de 200 francs.

Le cours comprend les séries suivantes : Anatomie pathologique du tube digestif (estomac, intestin, foie, pancréas) par M. Moutier (16 leçons) du 14 mars au 14 avril, mardis, jeudis, samedis de 2 h. à 4 h. Droits d'inscription : 30 francs.

Anatomie pathologique de l'appareil respiratoire par M. Léon Tixier (8 leçons) du 24 mars au 10 avril, lundis, mercredis, vendredis de 2 h. à 4 h. Droits d'inscription : 30 francs.

Anatomie pathologique du rein par M. Rathery (9 leçons) du 28 avril au 16 mai, les mardis, jeudis, samedis, de 2 h. à 4 h. Droits d'inscription de 30 francs pour les élèves non internes.

Anatomie pathologique du cœur et des vaisseaux et des glandes à sécrétion interne, par M. Aubertin, (7 leçons) du 16 juin au 30 juin, mardis, jeudis, samedis de 2 h. à 4 h. Droit d'inscription de 30 francs.

Les méthodes du laboratoire appliquées au diagnostic par M. Emile Weil (12 leçons) du 19 mai au 13 juin, mardis, jeudis, samedis de 2 h. à 4 h. Droit d'inscription de 50 francs pour les élèves non internes.

Anatomie pathologique des organes génito-urinaires, par M. Lecène (6 leçons).

La date sera publiée ultérieurement.

Anatomie pathologique des maladies de la peau par M. Pautrier, (15 leçons) du 18 mai au 22 juin, lundis, mercredis, vendredis, de 2 h à 4 h. Se faire inscrire à l'amphithéâtre d'anatomie, 17, rue du Fer à-Moulin.

— De mars à juin auront lieu au laboratoire des travaux pratiques des cours gratuits de psychologie, sous la direction de M. H. Piéron, maître de conférences, assisté de M. J. M. Lahy, préparateur. Ces travaux comprendront les objets suivants :

1° Psychologie physiologique (méthode graphique, étude des phénomènes respiratoires, circulatoires, moteurs, etc., dans leurs rapports avec les fonctions mentales) ; 2° psychologie expérimentale ; 3° psychologie pathologique (interrogatoire et examen des sujets atteints d'affections mentales). Ces travaux, précédés d'une conférence explicative, auront lieu au laboratoire de psychologie expérimentale, à l'asile de Villejuif, les lundis, de 2 h. 1/2 à 5 h. 1/2.

Le nombre des places étant strictement limité, on est prié de se faire inscrire, soit au laboratoire, à l'asile de Villejuif, soit au laboratoire d'évolution de la Sorbonne (3, rue d'Ulm), soit chez M. Piéron (96, rue de Rennes).

— Un cours pratique de médecine infantile, sous la direction de M. le Prof. Hutinel et de M. Nobécourt, agrégé, commencera le 24 mars 1908 à 4 h. et prendra fin le samedi 27 juin. Il comprendra 72 leçons, faites les mardis, jeudis et samedis, à 4 h. et à 5 h. Droit à verser : 100 francs. On s'inscrit au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3). Un certificat d'assiduité sera délivré, sur leur demande, aux auditeurs qui auront suivi régulièrement le cours.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs FAUCONNIER, de Hesdin (Pas-de-Calais), BOYE, de Grandvilliers (Oise), REGUIS, d'Avignon (Vaucluse) et DUBRANDY, d'Hyères (Var), membres du « Concours Médical ».

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trentième année — N° 13 — Dimanche 29 MARS 1908

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Le libre choix n'est pas mort.

On peut lire à cette heure sur les murs de Paris et d'ailleurs, certaines affiches qui prouvent que la classe ouvrière n'entend pas faire abandon, aux jours de maladie, de son droit de confier sa vie au médecin de son choix.

D'accord avec leurs clients les plus intéressants, parce que les plus faibles, les médecins continueront de lutter pour la sauvegarde du même principe.

C'est ainsi que le « Sou médical », toujours vigilant a fait tenir aux membres du Sénat et de la Chambre la lettre suivante :

Paris, le 16 mars 1908.

Monsieur,

Il nous revient de toutes parts que beaucoup de membres du Parlement se seraient laissé surprendre et influencer par une violente et tendancieuse campagne de presse dirigée contre le Corps Médical et la liberté de confiance des blessés du travail, à la faveur d'abus qui auraient été commis dans l'application de la loi accidents par quelques brebis galeuses, avec lesquelles nous n'entendons pas nous solidariser.

Quand nous avons demandé aux grands journaux qui nous attaquaient de nous donner dans leurs colonnes la place suffisante pour édifier le public par nos réponses, nous avons constaté que ce moyen de défense n'était accessible qu'à des Caisses comme nous n'en possédons pas.

Nous tenons pourtant à lutter sans merci pour le principe que nous défendons, sans cesse : liberté pour malades et blessés de choisir leurs médecins. — Ce droit naturel, inhérent à la personne, à l'individu, ne peut être, surtout sous un régime démocratique, limité ou contesté par esprit de protection exclusive d'intérêts pécuniaires que le Corps médical lui-même est le premier à couvrir d'une façon générale dans ce qu'ils ont de légitime.

C'est pourquoi, Monsieur le Député, nous nous empressons de vous faire connaître les termes de l'appel que nous avons adressé à M. le Ministre de la Justice, en vous priant de joindre vos efforts aux nôtres pour empêcher que soit remise en discussion cette consécration d'une liberté individuelle intangible que les deux Chambres ont rappelée dans la loi de 1905 sur les accidents du travail.

Nos groupements se sont mis et resteront en accord permanent avec les groupements ouvriers, sur toute la surface du territoire, pour en assurer la sauvegarde, et nous sommes convaincus que vous serez l'allié des uns et des autres quand ils auront à repousser toute agression réactionnaire directe ou détournée contre un droit aussi sacré que celui-là.

Veuillez agréer, Monsieur le Député, l'expression de nos sentiments respectueux et dévoués.

« Pour le Sou Médical » :

Le Président, Dr Maurat. — Le Secrétaire Général, Dr De Grissac.

Mais, au Parlement même, que l'on disait hésitant (!) une manifestation vient de se produire. C'est le dépôt de la Proposition de loi ci-après :

Proposition de Loi

ayant pour objet de modifier l'article 4 de la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite.

(Renvoyée à la Commission d'assurance et de prévoyance sociales.)

Présentée par MM. Dubuisson, Laurent, Vazeille, Delpierre, Meslier, Dudouyt, Jean Durand (Aude), Ravier, Pourteyron, Albert-Poulain, Arthur Groussier, Edouard Vaillant, Alexandre Blanc, Durre, Dejeante, Puech, Henri Michel, etc., Députés.

Exposé des motifs.

Messieurs,

L'article 4 de la loi de 1893 sur l'assistance médicale gratuite dit que le Conseil général délibère dans les conditions prévues par l'article 48 de la loi du 10 août 1871 :

1° Sur l'organisation du service de l'assistance médicale, la détermination et la création des hôpitaux auxquels est rattaché chaque commune ou syndicat de communes ;

2° Sur la part de dépenses incombant aux communes et au département.

La loi se borne donc à prescrire que chaque département organisera un service d'assistance médicale pour les indigents, mais en laissant au Conseil général toute liberté pour l'organisation du service.

Les Conseils généraux, libres d'agir comme bon leur semblerait, ont organisé le nouveau service dans des conditions très variables et tous les systèmes ont été appliqués.

Dans la majorité des départements on a concédé à l'indigent le libre choix du médecin : dans un certain nombre d'autres départements, l'indigent est contraint de s'adresser au médecin désigné par l'administration.

Autant il est nécessaire de laisser aux Conseils généraux toute liberté pour l'organisation matérielle du service, autant il est nécessaire d'assurer à l'indigent le libre choix du médecin.

Nul n'a jamais eu l'idée de contraindre un malade payant à se faire soigner par un médecin qui lui serait imposé par une autorité quelconque.

Ce qu'on n'admettrait pas pour le riche ne peut davantage être admis pour le pauvre.

Ajoutons que c'est, de plus, l'intérêt bien entendu de la collectivité qui a assumé la charge du service de l'assistance médicale.

Toute personne doit avoir le droit de s'adresser au médecin librement choisi par elle parce que, fût-il moins savant et moins renommé que les autres, il possède cependant une qualité que rien ne peut remplacer, il possède sa confiance.

En effet, la confiance au médecin traitant est un élément sinon indispensable, du moins important de la guérison, et le malade sera d'autant plus rapidement guéri qu'il aura plus de confiance dans son médecin et par suite les frais de traitement seront diminués d'autant.

La confiance ne se commande, ni ne s'impose et il ne suffit pas, pour que le malade ait confiance dans son médecin, que celui-ci lui soit imposé par une administration.

Les hommes étant égaux en droit, ce que le riche a droit de faire, le pauvre doit avoir le droit de le faire également.

Il est donc contraire au respect de la personnalité humaine qu'une collectivité ou un individu puisse imposer un médecin à un malade.

La loi sur les accidents du travail a consacré ces principes et a proclamé le droit pour les victimes de ces accidents de choisir librement leur médecin.

Nous demandons que la loi accorde aux indigents la même liberté.

Les Conseils généraux conserveraient comme auparavant le droit d'organiser à leur convenance le service de l'assistance médicale; ils seraient simplement tenus d'assurer à l'indigent le libre choix de son médecin.

Ajoutons que la très grande majorité des départements a adopté des règlements qui consacrent cette liberté de confiance. La nouvelle rédaction que nous proposons pour l'article 4 de la loi de 1893 sur l'assistance médicale gratuite ne viserait donc que de rares exceptions, les quelques départements où on persiste à traiter l'indigent comme un paria.

C'est donc avec confiance que nous vous présentons la proposition de loi suivante :

Proposition de loi.

Article unique.

L'article 4 de la loi du 15 juillet 1893, paragraphe 2, est modifié comme suit :

« Le Conseil général délibère dans les conditions prévues par l'article 48 de la loi du 10 août 1871 *et en assurant au malade privé de ressources le libre choix de son médecin.*

« 1° (*Sans changement*).

« 2° (*Sans changement*).

Petit bonhomme vit encore, et le bon sens public aura raison des intérêts pécuniaires ou suspects coalisés pour étrangler une liberté intangible.

LA SEMAINE MEDICALE

Origine thyroïdienne du rhumatisme chronique progressif et déformant.

D'une thèse très bien étudiée et accompagnée de 16 observations, M. le Dr Pierre Ménard de Paris, tire les conclusions intéressantes suivantes :

L'insuffisance thyroïdienne est une des causes de certaines formes de rhumatisme chronique, progressif et déformant.

On remarque souvent chez les sujets atteints de cette affection des signes très nets d'insuffisance thyroïdienne. On a observé chez eux l'atrophie de la glande. On voit même évoluer simultanément chez le même sujet les symptômes du rhumatisme chronique et ceux du myxœdème fruste subissant une marche parallèle, s'améliorant par les mêmes interventions thérapeutiques. Les crises articulaires sont plus fréquentes quand l'organisme est en état d'hypothyroïdie, au moment de la ménopause par exemple. Elles s'améliorent par contre dans les états d'hyperthyroïdie, pendant la grossesse.

La guérison survient quand apparaît le syndrome de Basedow.

L'efficacité du traitement par la médication thyroïdienne confirme cette manière de voir.

Les iodures alcalins ont certainement aussi une très réelle utilité. On peut les alterner avec la médication thyroïdienne.

Lithotritie ou prostatectomie.

Les progrès de la chirurgie des voies urinaires, tant au point de vue technique qu'au point de vue antiseptique, ont contribué à faire adopter comme méthode de cure des calculs vésicaux, la prostatectomie. Mais, cette grave opération

doit-elle faire oublier la lithotritie ? M. le Dr André Cramer, de Paris, ne paraît pas être de cet avis, dans sa thèse. Voici, en effet, les résultats de ses recherches :

I. — La lithotritie, qui, entre les mains de Civiale et de Guyon a donné tant de preuves éclatantes de sa valeur thérapeutique, reste *le traitement fondamental des calculs vésicaux chez la plupart des calculeux*, en raison de son traumatisme minimum et de son absolue bénignité.

II. — Elle ne doit céder le pas à la taille sus-pubienne que quand le broiement est impossible ou par trop incertain, ou encore quand une indication spéciale presse le chirurgien d'enlever les calculs ou de mettre la vessie au repos.

III. — Cependant une catégorie de malades, prostatiques rétentionnistes et calculeux récidivistes, retirent beaucoup plus de bénéfices d'une intervention plus radicale : la prostatectomie. A ces malades, il y a vraiment grand intérêt à proposer l'intervention chirurgicale qui les guérira désormais de tous les maux causés par l'hypertrophie prostatique, et en particulier des récidives calculeuses.

La névralgie faciale des syphilitiques.

D'après M. le Dr Georges Ravaud, de Paris, la névralgie faciale des syphilitiques peut se montrer à la période secondaire, à la période tertiaire, et chez les tabétiques.

A la période secondaire, elle est peu intense et fugace.

A la période tertiaire, elle précède, sauf traitement, la destruction totale du nerf avec perte de ses fonctions, à moins qu'elle ne révèle des lésions moins profondes, mais néanmoins définitives parce que cicatricielles.

Chez les tabétiques, elle affecte les diverses formes des phénomènes douloureux du tabes.

Le traitement syphilitique est l'élément le plus important du diagnostic. Il devrait être appliqué à tous les cas de névralgie faciale d'origine douteuse et permettrait peut-être de rattacher à la syphilis un certain nombre de faits inexpliqués de zona ophtalmique, etc.

Des lésions définitives cicatricielles peuvent s'être produites, au niveau du nerf. Dans ce cas, le traitement mercuriel sera sans effet, et, après l'échec de l'iodure de potassium, on aura recours, en désespoir de cause, aux nombreux procédés de thérapeutique des névralgies faciales banales.

La recherche pratique du spirochète pallida à l'hôpital.

La *Gazette des hôpitaux* nous donne l'analyse du procédé employé à Hambourg par Arning et Klein pour la recherche pratique, à l'hôpital, du spirochète de Schaudinn.

Pour obtenir des succès dans la recherche du spirochæte, il faut s'adresser à des malades n'ayant subi aucun traitement tant par le mercure que par l'iode. Les éléments suspects sont nettoyés soigneusement avec un tampon d'ouate imbibé d'éther de pétrole, puis on les gratte ou on les râcle avec l'angle d'une lamelle de verre, jusqu'à ce qu'on ait recueilli, sur les bords de la lamelle, du sang ou du sérum mélangé de sang. La présence du sang est absolument nécessaire. Parfois les auteurs ont trouvé des spirochætes dans les chancres indurés guéris en pénétrant avec un scalpel effilé jusqu'à un demi-centimètre de profondeur, alors que les couches superficielles n'en montraient pas.

La sérosité mélangée de sang obtenue sur le bord de la lamelle est étalée sur une lame porte-objet, soigneusement dégraissée à l'alcool-éther. On a fixé la préparation en la passant trois fois sur la flamme et on la colore avec le procédé rapide de Rona-Preis.

On fait un mélange de :

Eau distillée.............	10 cent. cubes.
Solution de Giemsa.......	X à XV gouttes.

On verse 4 ou 5 fois ce mélange colorant sur la lame porte-objet et chaque fois on la chauffe légèrement.

Les spirochætes sont recherchés à l'immersion ; les préparations sont montées à l'huile de cèdre. Les auteurs recommandent, pour éviter de chauffer trop les préparations, de faire un trait au crayon gras à un demi-centimètre d'une des extrémités de la lame : quand on chauffe trop, le trait de crayon gras se détache de la lame.

Pour rechercher le spirochæte vivant, les auteurs déposent sur une lame porte-objet bien propre et dégraissée, une goutte de solution physiologique de NaCl. Une goutte de sérosité sanglante, obtenue comme nous l'avons dit plus haut, est prélevée avec l'anse de platine et mélangée à la goutte d'eau physiologique. On recouvre le tout avec une lamelle couvre-objet en ayant bien soin qu'aucune bulle d'air ne reste emprisonnée et on lute à la paraffine. Arning et Klein ont pu se convaincre que, dans de semblables préparations conservées dans l'obscurité, à la température de la chambre, les spirochætes, ainsi que l'a bien vu Hoffmann, peuvent rester vivants jusqu'à quatre semaines. Les préparations de spirochætes vivants sont surtout intéressantes à examiner avec les nouveaux appareils à éclairage spécial qu'on fabrique maintenant en Allemagne et qui remplacent avantageusement les ultra-microscopes.

Quand les auteurs ont recherché les spirochætes dans les coupes, ils ont employé la méthode de Levaditi.

Les résultats obtenus ont été les suivants :

Accidents primitifs examinés, 140 ; résultats positifs, 136.

Accidents secondaires, 247, résultats positifs, 235.

Parmi les malades examinés, 32 fois le diagnostic clinique ferme était impossible : seule la découverte du spirochæte permit d'affirmer la syphilis, ce que l'avenir confirma.

Dans 18 autres cas douteux, l'absence du spirochæte à l'examen fit porter le diagnostic de chancre mou. Pourtant, deux fois l'apparition d'accidents secondaires montra qu'il s'agissait bien de syphilis.

Ces résultats brillants montrent quels services peut rendre dans la pratique une technique simple et rapide dans la recherche du spirochæte de Schaudinn.

Soins à donner aux dents des enfants.

Dans le *Journal des Praticiens de l'Ouest*, M. V. Hervochon fait observer que l'on ne se préoccupe pas assez des soins à donner aux dents des enfants du premier âge, sous prétexte qu'elles doivent être remplacées. C'est là une négligence très nuisible à la bonne dentition. L'enfant, comme l'adulte, doit mâcher sa nourriture, et si les dents le font souffrir ou sont extraites prématurément, il se nourrira mal ; d'où imminence d'accidents fâcheux pour la santé générale. Les dents de lait demandent les mêmes soins que les dents permanentes. Le défaut de soins ou les extractions prématurées occasionnent un rétrécisse-

ment des arcades dentaires, qui empêche les dents de remplacement d'évoluer d'une façon normale. *Beaucoup de dentitions irrégulières n'ont pas d'autres causes.*

On ne saurait habituer de trop bonne heure les enfants à se rincer la bouche après les repas, et même à se brosser les dents.

La brosse servant à cet usage doit avoir deux ou trois rangées de crins ; il est bon de la tremper dans de l'eau alcoolisée ou légèrement additionnée d'eau dentifrice. Les poudres dentifrices sont peu employées pour les enfants. Si cependant leurs dents étaient sujettes à la carie, on se servirait d'une poudre alcaline à la magnésie ou à la craie. Dans la thérapeutique infantile, les médicaments renfermant du fer, de l'alun, etc., et les potions acidulées, exercent une action très funeste sur les dents.

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Hôpital Beaujon : M. le professeur A. Robin.

Traitement du coma diabétique.

L'étude thérapeutique du coma diabétique doit être divisée en deux parties qui sont : 1° le traitement du coma diabétique confirmé ; 2° le traitement dudit coma encore à la période prodromique.

Considérons, en premier lieu, le coma diabétique confirmé.

Je vous ai énuméré la série des faits morbides rencontrés dans le coma diabétique. De tous ces faits, l'un d'eux seul — l'intoxication acide — permet de fonder une médication. Eh bien, que vaut cette médication, et que valent, d'une manière générale, les thérapeutiques préconisées contre ce grave accident du diabète ? Question délicate à résoudre. Il est trop certain, malheureusement, que les auteurs qui ont vanté divers traitements se sont souvent illusionnés, et j'ai la tristesse de penser qu'on ne guérit pas ou que l'on guérit dans des conditions exceptionnelles du coma diabétique, confirmé. Les cas de guérison signalés dans la littérature médicale reposent tous ou presque tous sur des erreurs de diagnostic.

Je vais faire un exposé rapide de ces traitements, car il importe néanmoins de les connaître. Je les prendrai au hasard.

Schwartze a proposé — et sa méthode a eu quelque vogue — l'acide gluconique, substance dérivée du sucre. Schwartze raconte avoir soigné une jeune femme de 28 ans, diabétique, qui se plaignait de certains troubles (un peu de stupeur, acétonurie), faisant craindre le coma diabétique. Il la traita par l'acide gluconique à haute dose. Elle guérit. Il n'est guère possible, on en conviendra, de considérer cette observation comme un cas de coma diabétique, sans compter que l'acide gluconique fut, ici, employé conjointement avec les alcalins. De plus, aucun autre auteur n'a pu, depuis, obtenir un aussi beau résultat. J'ajouterai que l'acide gluconique est un médicament difficile à se procurer.

M. Lépine, de Lyon, s'appuyant sur les propriétés de l'urotropine, dont la décomposition dans l'organisme engendre du formol, agent puissamment antiseptique, a eu l'idée de recourir à l'urotropine. Il n'a pas réussi. M. Lépine est également partisan de la pratique allemande, des purgatifs répétés. Il relate l'observation d'un malade, diabétique, qui vint le consulter pour de la gêne respiratoire, de la tendance au sommeil ; ces accidents cédèrent aux purgatifs. Mais, les symptômes signalés ne suffisent pas à dire : coma diabétique.

On a utilisé les lavages de l'estomac, dans le but d'agir sur les fermentations et sur les acides de la cavité gastrique. On n'a rien obtenu.

La saignée constitue un traitement logique. L'émission sanguine soustrait au sang une partie — une trop faible partie, il est vrai — des produits irritants et toxiques qu'il renferme. Théoriquement, la saignée peut encore avoir une autre valeur, puisque, à sa suite, on voit doubler les oxydations. En fait, je l'ai employée deux fois avec deux insuccès. J'ai même essayé la transfusion, sans être plus heureux.

Je passe sur quantité d'autres médications. Je citerai par curiosité le procédé de Simon. Très sérieusement, cet auteur a proposé de traiter le coma diabétique par le fromage de Parme dissous dans du bouillon.

J'arrive à quelque chose de plus sérieux. En Allemagne et en Angleterre, on a eu recours aux lavages du sang, aux grandes injections intraveineuses d'eau salée (jusqu'à 2 litres). La guérison a semblé être obtenue dans plusieurs cas. En lisant ces observations, je n'ai pas été convaincu qu'il s'agissait de coma diabétique. Il n'y avait pas de dyspnée, simplement une respiration lente et laborieuse. Chez le malade d'Oliver, l'urine ne renfermait pas de produit acétonique.

On a proposé, ensuite, d'agir chimiquement, avec les grandes injections de liquide contenant du chlorure de sodium (destiné au lavage du sang) du bicarbonate de soude (destiné à la saturation acide), et du phosphate de soude. Ce dernier est diurétique et accroît la capacité de fixation du plasma sanguin pour l'acide carbonique. Dans un cas, un auteur n'a pas hésité à qualifier le résultat de succès retentissant. A la vérité, le malade en question, qui était à la fois diabétique, syphilitique, paludéen et tuberculeux, avait toutes sortes de raisons pour faire des symptômes cérébraux. Là encore, le diagnostic de coma diabétique reste, pour moi, douteux. Chez cet homme, la dyspnée a été absente ou plutôt est apparue tardivement, le 4e jour : or, le coma diabétique ne se prolonge généralement pas plus de trois jours au plus.

M. Lépine est venu citer deux observations, qualifiées succès, où il mit en œuvre le traitement par les injections de chlorure de sodium (14 gr. en tout), de bicarbonate de soude (20 gr.), joint à l'ingestion de 50 gr. de bicarbonate de soude, par la bouche. Il s'agissait bien de coma diabétique, mais, après un réveil momentané, les deux patients ont succombé le lendemain.

En somme, l'indication fondamentale du traitement est de combattre l'intoxication acide, de donner des doses assez considérables d'alcalins pour saturer tous les acides contenus dans le sang, le plasma, les tissus. La saturation devra être intensive, par voie buccale, rectale, intraveineuse. Seule, la voie sous-cutanée ne sera pas utilisée, le bicarbonate de soude pouvant, sous la peau, entraîner des escarres.

Le nombre des guérisons connues se résume à deux. La première concerne une jeune fille de douze ans qui fut soumise au régime lacté (le lait est alcalinisant), avec 117 grammes de bicarbonate de soude le premier jour, 102 gr. le second. Elle guérit le cinquième jour. Le deuxième cas est analogue.

Donc, le seul traitement plausible du coma diabétique est la saturation par des doses énormes d'alcalins. Quels alcalins ? On s'est beaucoup servi du bicarbonate de soude. Il a un inconvénient : la quantité d'acide carbonique dégagée en 24 heures chez des sujets dont le plasma fixe mal ce gaz. C'est pour cela que je proposerai d'ajouter au bicarbonate de soude des alcalino-terreux, de l'hydrate de magnésie, du carbonate de chaux. Je vous ai parlé d'un malade, qui vient de succomber dans le service au coma diabétique : eh bien ! chez lui nous ne sommes pas allés jusqu'aux très hautes doses d'alcalins. Je me suis reproché de n'avoir pas osé employer, dans une affection désespérée comme l'est celle-là, les doses colossales que nous étions autorisés à prescrire. Dans une circonstance semblable, je vous engage à le faire.

*
* *

Si nous sommes impuissants contre le coma diabétique confirmé, nous sommes un peu mieux armés contre le coma diabétique non confirmé. Rappelez vous les faits dégagés par l'observation clinique : l'action provocatrice des albuminoïdes, des acides, des émotions, des troubles dyspeptiques, l'action des traitements trop actifs du diabète (celui de Villemin, surtout), des maladies intercurrentes (elles diminuent l'alcalinité du sang).

Quand un diabétique maigrit, perd l'appétit, a une tendance à se cachectiser, avec une langue sale, des fermentations gastriques, des troubles de la respiration, un affaissement ou une excitation cérébrale, une odeur chloroformique de l'haleine, une urine acétonique, présentant la réaction de Gerhardt, c'est-à-dire devenant brun-noirâtre par addition de perchlorure de fer, prenez garde. Considérez votre malade comme un voyageur qui s'engage, par une nuit sans lune, sur le bord d'un précipice. Vous avez le devoir d'instituer un traitement, dont voici les points principaux.

Cesser immédiatement tout régime et tout traitement antidiabétiques, quelle que soit la quantité de sucre contenue dans l'urine. Vous êtes menacés d'un danger grave ; visez au plus pressé. Faites supprimer l'alimentation animale, voire végétale ; malgré les inconvénients du régime lacté sur la glycosurie, instituez ce régime. Le malade prendra du lait (écrémé, pour donner moins de corps gras), en grande quantité. Le lait est un alcalinisant du sang, et, procurant beaucoup d'urine, il aide à l'élimination des produits acétoniques. Suspendez toute médication anti-diabétique.

Ouvrez, d'autre part, largement la voie intestinale, par les purgatifs. Vous pouvez donner les purgatifs salins habituels, le sulfate de soude (légèrement diurétique), le sulfate de magnésie (légèrement toni-nervin). Un purgatif, meilleur dans le cas particulier, est le sel de Seignette, le tartrate double de soude et de potasse. Outre son effet purgatif, il agit par la petite partie du sel absorbée, qui circule dans le sang, où elle subit l'action de l'oxygène pour se transformer en carbonate de soude et de potasse. C'est un purgatif, un alcalinisant et un diurétique : médicament à triple effet. La dose est de 20 ou 25 grammes.

Les troubles digestifs réclament le lait, uniquement. On y joindra la saturation des acides gastriques, pratiquée larga manu. Faire prendre 500 gr. de lait écrémé toutes les trois heures, soit 3 litres 1/2 à 4 litres dans les 24 heures. Formuler les paquets suivants :

Magnésie............ }	ââ 4 gr.
Bicarbonate de soude. }	
Craie préparée.....	6 gr.

diviser en 10 paquets. Un après chaque prise de lait.

Les troubles gastriques sont dus à l'action microbienne du ferment lactique. On atténuera l'activité de ce ferment, au moyen des fluorures. Vous prescrirez :

Fluorure d'ammonium....	0 gr. 20.
Eau....................	300 gr.

Deux ou trois cuillerées par jour (chaque cuillerée contient 0 gr. 01 de fluorure d'ammonium).

Comme autre médication, on aura recours aux inhalations, très largement pratiquées, d'oxygène. C'est un stimulant nervin de premier ordre, tout indiqué dans une affection où le système nerveux est touché.

Telles sont les parties essentielles du traitement du coma diabétique à la période prodromique. Il est quelques indications accessoires à remplir. Dans cet état morbide, il existe généralement de l'accélération du pouls ; d'autres fois, le pouls fléchit, se ralentit, devient mou, dépressible. Quand le pouls fléchit, on s'adresse aux injections de caféine ; s'il est accéléré, régulier ou non, à la digitaline à dose très faible, tonicardiaque.

Ces malades ont une grande tendance à la sécheresse de la peau et au refroidissement. Les faire frictionner avec :

Teinture de quinquina.... }	ââ 100 gr.
Baume de Fioravanti.... }	
Alcool camphré......... }	
Essence de girofle..............	3 gr.
Teinture de noix vomique......	5 gr.

Le système nerveux, enfin, sera soutenu par les inhalations d'oxygène, les injections sous-cutanées de glycéro-phosphate de soude.

Quels sont, maintenant, les résultats de ce traitement ? Voici deux cas, personnels, où il a été suivi de succès.

1er cas. Un négociant de Hambourg, diabétique avec 500 gr. de sucre, étant de passage à Paris, est pris d'accidents prodromiques du coma diabétique. Appelé auprès de lui, je le trouve présentant de la dépression cérébrale, une odeur acétonique de l'haleine, de la paresse musculaire. Soumis au traitement dont je viens de parler, le malade guérit. Trois mois après, il revient à Paris. Je le vois à nouveau, mais cette fois, en plein coma confirmé. Il succombe.

2e cas. Analogue au précédent. Le malade, guéri une première fois d'un coma diabétique encore à la période prodromique, meurt deux ans après d'un coma confirmé.

En résumé et comme conclusion, je dirai : s'il n'existe pas de traitement efficace du coma diabétique, je suis convaincu qu'il existe une thérapeutique préventive que l'on peut mettre en œuvre dans certains cas avec succès.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

PRATIQUE CHIRURGICALE

Rachi-cocaïne et rachi-stovaïne,

Par le Dr J. de Fourmestraux (de Chartres),
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Une ponction lombaire, quelques centigrammes de cocaïne ou mieux de stovaïne injectée aseptiquement, tête en l'air, disent les uns, tête en bas disent les autres, et le malade insensible va assister, témoin impassible, au drame chirurgical qui se joue près de lui et dont sa propre existence est l'enjeu. Pas de syncope à craindre, bleue ou blanche, pas d'alertes, pas de vomissements qui vont faire surgir les intestins hors du champ opératoire, plus de chirurgien impatient qui demande à son chloroformisateur si le malade va bien ; l'hémorragie opératoire est réduite au minimum... n'est-ce pas là l'idéal ?

Voilà le praticien singulièrement bien armé maintenant, et seul ou presque seul il va pouvoir lever cet étranglement herniaire ou inciser cet abcès appendiculaire pour lesquels le transport à l'hôpital ou à la clinique aggravent les risques opératoires.

Un forceps est urgent : ne vaut-il pas mieux injecter quelques gouttes de stovaïne rachidienne à la parturiente que de faire donner le chloroforme par le pharmacien, la sage femme, voir même son propre cocher ?

Hélas ! toutes les illusions disparaissent. Nous avons fait quelques rachi-cocaïnisations, nous n'en ferons, certes, plus. Nous avons eu, il y a quelques jours, occasion de voir une malade de 35 ans opérée d'appendicite à froid il y a 5 mois dans un service hospitalier parisien où une stricte asepsie est de règle. Cette femme venait nous consulter pour des douleurs vives des membres inférieurs et une difficulté des plus nettes de la marche qui depuis quelques semaines allait s'accentuant.

Enchantée de l'intervention et de son chirurgien, elle avait quitté le service au bout de 4 semaines et n'avait depuis lors plus présenté de douleurs abdominales ; et de fait, sa cicatrice était souple, sa paroi solide ; elle ajoutait avec une sorte de fierté qu'on ne l'avait pas endormie et qu'on l'avait seulement piquée dans le dos.

Il y a deux mois, trois mois donc après l'intervention, elle ressent quelque douleurs dans les jambes, surtout à son réveil et traîne un peu la jambe dans la journée ; enfin dans ces 8 derniers jours, deux fois et sans cause apparente, elle a émis involontairement une certaine quantité d'urine.

Un examen attentif de cette femme nous permet de constater qu'elle ne présente aucune trace évidente de syphilis récente ou ancienne. Elle a un enfant bien portant qu'elle nous montre, ses réflexes oculo-pupillaires sont normaux et elle nie avec énergie tout antécédent spécifique. L'examen de sa colonne vertébrale, souple et indolore, permet d'éliminer l'idée d'un mal de Pott ou d'un cancer vertébral. Elle n'a reçu dans cette région aucun traumatisme. Un toucher vaginal montre l'absence de toute lésion pelvienne.

Il n'y a pas de trouble de la sensibilité des membres inférieurs peut-être un peu de retard de la sensibilité à droite. Les réflexes rotuliens sont en revanche exagérés, surtout à droite, où on trouve également un tremblement épileptoïde du pied des plus nets. Le faisceau pyramidal de cette malade présente donc certainement une atteinte, légère actuellement il est vrai ; quelle est-elle ? Nous ne savons trop quel diagnostic formuler et tout en nous gardant d'en parler à la malade, nous émettons avec son médecin habituel l'idée qu'il pourrait y avoir une relation de cause à effet possible entre l'injection de stovaïne lombaire pratiquée il y a 5 mois et les accidents médullaires bizarres que nous observons aujourd'hui.

Nous n'avons pas eu l'occasion de revoir cette femme et n'aurions certes pas, publié ce cas, si tout récemment une intéressante discussion n'avait surgi à la Société de Chirurgie à la suite d'une communication de Chaput, partisan résolu de ce mode d'anesthésie.

Tandis que, pour ce chirurgien, qui présente sa statistique personnelle, celles de Chochon et de Mesley, tout est pour le mieux au cours d'une anesthésie idéale, pour un grand nombre de ses collègues, il n'en n'est pas ainsi.

Tuffier, dont les travaux sur la rachi-anesthésie sont antérieurs à ceux de Chaput en reste le défenseur éloquent, se déclare prêt à abandonner son procédé s'il constate des accidents tardifs, mais comme il lui a toujours été fidèle il lui doit dit-il, réciprocité. A côté de ces deux voix autorisées qui défendent la rachistovaïne, nombreux sont les chirurgiens qui définitivement ont abandonné cocaïne et stovaïne par la voie rachidienne.

C'est Hartmann qui rapporte 2 cas de mort... Le Dentu, une paralysie vésicale, une paralysie scapulaire. Schwartz des accidents vésicaux. Rochard, une mort... Reynier, une paralysie des quatre membres et des accidents de moindre importance. Guinard, sans avoir d'accidents immédiats aussi graves à rapporter présente néanmoins l'observation de 3 malades, dont 2 succombent en état de gâtisme quelques mois après une rachi-cocaïnisation et dont le 3e meurt subitement au bout de 3 semaines. Sans vouloir que ces faits apportent au débat une démonstration rigoureuse, peut-être n'y a-t-il là qu'une coïncidence, Guinard reste fâcheusement impressionné par ce mode d'anesthésie. Je ne fais et ne ferai plus, dit-il, de rachi-cocaïnisation sauf dans les cas exceptionnels où l'anesthésie générale est contre-indiquée.

Nélaton cite deux faits dont l'un est exactement semblable à celui de Guinard et a trait à un opéré qui devient paraplégique, présente de l'incontinence d'urine et meurt trois mois après une rachi-anesthésie pratiquée pour une fistule à l'anus.

Le cas que nous avons eu à observer se rapproche singulièrement de ceux-là, nous trouvons bien curieux qu'une femme de 35 ans jusque-là bien portante présente des troubles moteurs des membres inférieurs et des troubles vésicaux 5 mois après une rachi-anesthésie. Il y a là, nous semble-t-il plus qu'une coïncidence.

Dans un article récent de la *Semaine médicale* (1) le procès de ce nouveau mode d'anesthésie est instruit avec rigueur et précision. Aux cas malheureux de source française, l'auteur ajoute de nombreux cas étrangers. Ce sont ceux de Hohmeier, dans le service de König, qui a trait à un homme de 35 ans qui succombe après avoir présenté des accidents paralytiques alors qu'on lui avait injecté 0,06 cent. de stovaïne. Sonnenburg eut un premier décès par méningite purulente 13 jours après une injection de 0,07 centigr., un second après une injection de 0.04 centigr. seulement. Backer (d'Amsterdam), Veit (de Stuttgard), Birnbaum (de Gœttingue), ont eu également des accidents mortels, après des doses variables, mais non exagérées de stovaïne.

« Vierge encore de tout méfait, la stovaïne n'a pas à traîner derrière elle le martyrologe qui alourdit la marche de la cocaïne et l'empêche de prendre son essor.. » écrivait non sans emphase

(1) *Semaine médicale* 1908, n° 12, p. 135.

le professeur Reclus à une date qui n'est pas très éloignée.

C'est là, à notre humble avis une virginité qui a été singulièrement déflorée et d'une façon par trop sanglante.

Nous croyons faire œuvre utile en mettant le médecin en garde contre ce mode d'anesthésie, qui semble présenter à première vue tant d'avantages.

S'il est inexact de dire, que bien donné, le chloroforme ne tue jamais, il faut reconnaître que, s'il tue parfois plus vite, il tue moins souvent. C'est une arme dangereuse et imparfaite, certes, mais que nos pères et nos maîtres nous ont appris à manier.

Le vieux et classique mode d'anesthésie résistera encore longtemps aux assauts et à l'engouement des procédés par trop expérimentaux pour le grand bien de nos opérés.

THÉRAPEUTIQUE

Formes cliniques et traitement de l'anthrax

par le Dr Jean Toulain.

Au point de vue pratique, il faut considérer dans l'évolution de l'anthrax, deux formes distinctes. La forme *circonscrite* et la forme *diffuse*.

L'anthrax circonscrit est une tumeur qui reste stationnaire dès que les phénomènes de mortification et d'élimination commencent.

L'anthrax diffus est une tumeur ne se limitant jamais, quel que soit le moment de son évolution et envahissant chaque jour davantage la peau et le tissu cellulaire.

Du premier, nous ne nous occuperons guère : la douleur est supportable, la fièvre ne persiste pas, les symptômes digestifs, cérébraux et nerveux s'amendent, et, par une antisepsie rigoureuse, on obtient en quelques semaines une guérison définitive. Nous avons recours dans ces cas aux pulvérisations par la marmite de Lucas-Championnière, et aux pansements humides à demeure.

Trois fois par jour, et pendant une demi-heure, nous faisons pulvériser sur la tumeur une solution d'anios à 2% . Nous préférons cet antiseptique à l'acide phénique habituellement employé, parce qu'il est sans odeur, sans causticité, et que la production d'oxygène naissant qu'il dégage *d'une façon ininterrompue* détermine des effets antiseptiques plus puissants que ceux de l'acide phénique.

Sous l'influence de ces pulvérisations, les pertuis de l'anthrax laissent écouler une plus grande quantité de pus et tendent à se vider. L'inflammation se circonscrit et la douleur s'atténue. Il suffit ensuite de recouvrir toute la région avec une forte épaisseur d'ouate imbibée d'anios à 2%, pour faire disparaître en 8 à 12 jours les symptômes inflammatoires aigus, et diminuer nettement le volume de la tumeur. Dans presque tous les cas, ce traitement nous a donné une guérison complète en 15 à 20 jours.

Contre l'anthrax diffus, avec température élevée, soif vive, délire même, avec douleur violente et extension progressive de la tumeur, le traitement antiseptique serait à lui seul insuffisant. Il faut agir par la chirurgie et avec décision. Autrefois, nous faisions sur l'étendue de l'anthrax une incision cruciale mais sans arrêter toujours l'extension septique. Il faut donc faire mieux, et aujourd'hui la majorité des chirurgiens se rallie au procédé des incisions multiples au thermocautère.

Depuis quelques jours, le malade est soumis aux effets antiseptiques des pulvérisations et des pansements à l'anios. On l'endort ensuite au chloroforme et non pas à l'éther. C'est par un excès de prudence que l'on exclut l'éther de ces anesthésies, quand on doit manœuvrer le thermocautère c'est-à-dire le feu. On redoute des explosions ! Il y a là certainement des craintes exagérées, mais l'usage le veut ainsi et nous n'insistons pas.

Donc le malade est endormi au chloroforme, on creuse alors avec le couteau chauffé au rouge sombre des sillons profonds et parallèles, distants de 2 cm., sur toute l'étendue de la tumeur, atteignant les couches sous jacentes et dépassant les régions indurées. Il n'y a pas, ou peu d'hémorrhagie. On lave toute la région avec la solution d'anios à 2 °/o chauffée à 45° et on recouvre le tout de pansements humides.

Une amélioration rapide apparaît. Au bout de quelques jours, la purulence a diminué et bientôt après la cicatrisation commence. Sur l'influence du trioxychlorométhyle de vanadium, qui possède des propriétés kératoplastiques et excitantes cellulaires de premier ordre, on voit se multiplier les bourgeons charnus et se combler les sillons. En 2 semaines environ, l'anthrax diffus est guéri. Il ne reste plus qu'une élevure de dimension variable, de nature conjonctive, et qui s'efface plus tard.

Tout en laissant à l'opération ainsi conduite, sa supériorité indiscutable, nous devons attribuer une part importante à l'antiseptique employé dans la rapidité et la correction des résultats. Sans déterminer de causticité, sur ces larges surfaces sensibles, sans être toxique, l'anios manifeste des propriétés germicides et kératinisantes que nous tenons à signaler, qu'il faut signaler, parce qu'elles sont pour le praticien d'un utile secours notamment pour amener la cicatrisation de plaies jusque là rebelles aux topiques.

Un grand nombre de réparations complètes d'ulcères atones, n'a-t-il pas été signalé au compte de la poudre d'anios ?

N'oublions pas en même temps, la médication stimulante et reconstituante, si nécessaire à ces malades, et cherchons systématiquement le sucre et l'albumine urinaire.

MÉDECINE LÉGALE

L'état antérieur dans les accidents du travail

Par M. le Prof. Paul Reclus.

Après ce qui s'était dit au Congrès de chirurgie et dans les Conférences de la rue Championnet, il y avait à rétablir la vérité. Nous remercions M. le Professeur Reclus de l'avoir fait et de nous avoir permis de reproduire à ce sujet l'article suivant emprunté au Bulletin médical.

Au dernier Congrès des chirurgiens français, nos collègues Segond et Jeanbrau ont soumis à l'assemblée une motion demandant, au nom de la justice, qu'il soit tenu compte de « l'état antérieur » de l'accidenté du travail dans le règlement de l'indemnité due par le patron. Ce vœu a été voté à l'unanimité. Je regrette de n'avoir pu assister à cette séance, car, bien qu'il soit toujours pénible d'être seul de son avis, j'aurais courageusement assumé ce rôle ingrat, et voici les raisons que j'aurais données de mon dissentiment.

***

Essayons, tout d'abord, de poser clairement la question. Un ouvrier se blesse au cours du travail,

il se fait une entaille au niveau de la main, coupure nette, que trois points de suture guériraient en moins de dix jours. Mais le sinistré est diabétique : un phlegmon diffus se déclare, qui nécessite plusieurs mois de soins assidus et laisse derrière lui des cicatrices vicieuses, des raideurs articulaires, des atrophies des muscles. L'expert fera-t-il deux parts des lésions, la coupure vraiment imputable au travail, et le phlegmon dont le blessé serait seul responsable de par son diabète ? Le magistrat indemnisera-t-il l'ouvrier seulement des dix jours de chômage qu'aurait nécessités sa coupure, et lui laissera-t-il pour compte, comme imputable au phlegmon, les centaines et les centaines de francs représentant les mois de demi-salaire et la rente viagère, rançon de sa réduction de valeur professionnelle ? Les juges, en un mot, admettront-ils une « responsabilité atténuée » par « l'état antérieur », ou s'en tiendront-ils à la « responsabilité totale », qui ne se préoccupe pas de cet état antérieur ?

Donc, que feront l'expert et le magistrat, car, rappelons-le, la loi est muette sur ce point capital. La question avait cependant été posée au cours des débats du Parlement et dans un amendement, le député Dron demandait qu'on tînt compte de l'état antérieur, dans l'évaluation des indemnités. Le rapporteur, tout en partageant l'avis de son collègue, lui demanda de retirer son amendement « pour ne pas surcharger la loi ». Les tribunaux avaient donc tout pouvoir de juger suivant leur conscience et ils en usèrent largement pendant les premières années, où l'on vit se dresser deux écoles : des justices de paix, des tribunaux civils et des cours d'appel s'échappaient des arrêts contradictoires où, par des jugements plus ou moins fortement motivés, les uns admettaient et les autres repoussaient l'état antérieur comme facteur dans la fixation de l'indemnité. Cette anarchie persista jusqu'à ce que la Cour de cassation ait, par divers arrêts rendus de 1902 à 1907, fixé définitivement la jurisprudence.

En effet, la Cour suprême est catégorique : elle casse tous les jugements où le magistrat introduit l'état antérieur comme coefficient dans le règlement de l'indemnité versée par le patron. Pour elle, deux facteurs seulement doivent être invoqués : le salaire annuel que percevait l'ouvrier avant l'accident, et la réduction de valeur professionnelle constatée par l'expert après l'accident. C'est tout, et, pour elle, c'est suffisant. Or, cette doctrine est la négation de la responsabilité atténuée, le triomphe *de la responsabilité totale* du patron. C'est donc un point acquis et, si les experts veulent, comme ils le doivent, rester fidèles à la jurisprudence, ils ne se laisseront pas influencer par les tares latentes ou patentes, les dyscrasies héréditaires ou acquises du blessé, ils ne s'inquièteront ni de ses diathèses, ni de ses états constitutionnels, ni de son bagage pathologique, ce que l'on appelle actuellement le « facteur personnel » ; ils établiront simplement, mais sur des bases solides, que toutes les manifestations morbides, primitives ou secondaires, immédiates ou consécutives, ont été « déclanchées » par l'accident.

Mais, de toute nécessité, il faut un accident à la base de toute revendication ouvrière, un accident indiscutable, établi par l'enquête du juge de paix, qui base sa conviction sur le certificat médical d'origine, et sur la déposition du blessé et des témoins. Or, il faut bien savoir en quoi consiste l'accident, et nombre de médecins semblent ignorer ou du moins oublient ce qui constitue le caractère essentiel d'un accident du travail. Nous savons combien toute définition est « périlleuse » ; néanmoins, nous proposerons la nôtre, et nous nommerons accident du travail : « toute lésion ou tout trouble fonctionnel survenu par le fait ou à l'occasion du travail, et provoqué, soit par un effort excessif, soit par une cause extérieure soudaine, violente et exceptionnelle ». Réfléchissez-y, et vous verrez que peu « d'espèces » échappent à cette définition, qui ne laisse guère, en dehors d'elle, que la pustule maligne et la syphilis des souffleurs de verre.

***

Donc, la Cour de cassation, par de multiples arrêts, a fixé la jurisprudence et écarté l'état antérieur comme facteur dans l'évaluation de l'indemnité due au blessé du travail. Certes, l'autorité est considérable et cette opinion a d'autant plus de poids pour nous que le rôle des hauts magistrats ne se bornait pas ici à faire appliquer la loi, muette sur ce point, mais à choisir entre deux doctrines, et sa liberté était entière. Cependant cet argument « d'autorité » ne nous suffit point : tout en appliquant la jurisprudence adoptée, nous pourrions demander qu'on la modifiât si nous la trouvions mauvaise. Aussi devons-nous examiner maintenant quelles raisons invoquent la plupart des patrons et des compagnies d'assurances, quelques magistrats, nombre de médecins et tous les membres du Congrès de chirurgie français, pour réclamer l'introduction dans la loi d'un article faisant entrer désormais l'état antérieur comme facteur dans l'évaluation du déchet professionnel.

L'argument du premier rang, le seul pourrions-nous dire, est l'argument de justice : la justice est violée par cette loi du 9 avril 1898. N'est-ce pas d'une « arbitraire injustice », de faire payer au patron et à l'assurance les tares pathologiques du blessé, ses diathèses, ses états constitutionnels, ses intoxications et même ses vices — et ici nous ne faisons pas allusion à la vérole, car on a pu écrire un beau livre sur « la syphilis des innocents » — mais je songe à l'alcoolisme et aux déchéances qu'il entraîne. Pour reprendre notre exemple du début : qu'était cette coupure chez l'ouvrier diabétique ? Un accident entraînant une incapacité temporaire de dix jours, dûment indemnisée par dix jours de demi-salaire. Mais l'ouvrier est glycosurique : un phlegmon diffus se déclare, qui ne guérit qu'au bout de cinq mois, laissant après lui une infirmité permanente et partielle, et les cinq mois de demi-salaire sont couronnés par une rente viagère souvent fort élevée. Heureux encore que le blessé ne soit pas mort et que l'assurance n'ait pas à entretenir sa veuve et ses enfants, si du moins il en a. En vérité, l'iniquité n'est elle pas criante ?

Et les partisans de « l'état antérieur » font, en outre, remarquer que cette iniquité finira par se retourner contre l'ouvrier lui-même : les patrons ne voudront plus embaucher que des ouvriers sans tares ; ils rejetteront impitoyablement de leur chantier tous les débiles qui cependant, pourraient encore gagner une journée suffisante ; avant de signer le contrat de travail, une escouade de médecins percutera, auscultera, palpera, cherchant les points faibles des anneaux herniaires, dépistant les diathèses, les états constitutionnels douteux, enquêtant pour trouver les indices de l'alcoolisme, de la syphilis et même trouveront parfois dans les avortements de la femme et dans la mort des enfants, la preuve de l'ancienne avariose. On nous dit que ce tableau des misères à venir a beaucoup frappé nos collègues du Congrès de chirurgie et a certainement influencé leur vote. En tous cas, nous trouvons partout cet argument troublant, éloquemment développé jadis par notre maître Paul Brouardel, et, plus récemment

L'OMNIUM DES CONSTIPÉS

« *Les* **5 Produits Châtelguyon-Gubler**
« *constituent un traitement complet*
« *de la* **Constipation** *et de* **l'Entérite.** »

	INDICATIONS	MODE D'EMPLOI
(1  Déconstipante — **EAU DE GUBLER**	**Constipation chronique.** **Entérites.** **Dyspepsies intestinales.** **Colonialites.**	**Régime** : aux repas, mêlée aux boissons, quantité à volonté. **Cure** : 3 f. p. j., 1 h. av. les repas, 1/2 v. à 2 v., 5 à 6 semaines. (*Régulateur de l'intestin ; puissant modificateur local et général*).
2) **COMPRIMÉS DE CHATELGUYON-GUBLER**  Laxatifs.	**Toutes les constipations.** **Entérite muco-membraneuse.**	8 à 10, pour 1/2 verre d'eau pure ou de Seltz, à jeun. (*Effet rapide ; pas d'accoutumance*).
(3  Purgative — **GUBLER CONCENTRÉE**	**Constipation chronique.** **Embarras gastriques.** **Maladies du foie.** **Congestions viscérales.** **Congestions cérébrales.**	1 verre, le tiers de la bouteille, en 2 fois, à jeun. (*Purgation agréable, très douce et très sûre*).
4) **PASTILLES DE C.G.-GUBLER**  Digestives	**Dyspepsies flatulentes.** **Lourdeurs et Aigreurs d'estomac.**	En croquer 3 ou 4 après chaque repas. (*Menthe, Citron, Oranger, Anis*).
(5  Toutes Entéroclyses — **LES 3 SONDES INTESTINALES CHATELGUYON-GUBLER**	Nos 1 et 2 : **Coprostases.** N° 3 : **Hyper et Hypothermies. — Infections intestinales. — Intoxications généralisées. — Sérumisations.**	N° 1 : pour lavements simples. N° 2 : pr entéroclyses profondes. N° 3 (*Appareil bicourant*) : pr irrigat. continues. (*Instruments parfaits, très ingénieux ; Adultes et Enfants*). Dem. Notice spéciale.

Société des Eaux de Châtel-Guyon,
1, rue Rossini, PARIS

Demander le Memento médical avec Bon-Prime.
50 o/o aux Médecins : usage personnel.
30 à 40 o/o aux Médecins-Pharmaciens : revente.

CHOCOLATS
ET SUCRES D'ORGE
« CHATELGUYON-GUBLER »

Ces **Produits Hygiéniques**, de qualité hors pair, sont préparés par M. Rouzaud, l'habile confiseur de Royat, qui a réussi à leur incorporer une dose déterminée de Sels de Gubler, sans nuire en rien à leur finesse et à leur saveur. Ils complètent heureusement l'**Omnium thérapeutique des Constipés**, en ce qui concerne leur diététique et leur alimentation. — (*Demander la Notice spéciale*).

Correspondance hebdomadaire
(*Suite*).

d'épaule au tarif Dubief, je porte sur ma note 90 francs.

Le n° 6 de l'art. 12 donne de 40 à 125 francs.

Or j'avais une luxation très difficile à réduire. J'ai demandé l'aide d'un confrère et j'ai dû faire deux Kocher avant de sentir la tête humérale bien dans sa cavité ; il n'y a pas eu d'anesthésie.

En plus, ce même malade a été traîné par une voiture et a eu à la face des plaies très graves avec un décollement de la joue sur un trajet allant de la commissure des lèvres à l'œil.

Chaque pansement nécessitait une bonne heure de travail.

Je compte : visite.. 1 fr. 50
Pansement de vastes traumatismes
3 visites........ 4 fr. 50

Total 6 fr. 00

Ces pansements ont été répétés une vingtaine de fois ?

Je vous serais très reconnaissant de me dire si ma note est conforme au tarif officiel.

Réponse. — La réduction ayant été faite sans anesthésie, nous vous conseillons de demander 60 fr., plus pour un aide, le quart, soit 15 fr.

Votre tarification des pansements est légitime.

Dr L... à P. *à Concours.* — Je vous remercie de la réponse que vous m'avez adressée au sujet d'un accident du travail.

Mais j'ai vu dans les deux derniers numéros une interprétation qui m'a paru bizarre du tarif Dubief. Il me semblait avoir lu l'an passé l'interprétation inverse.

Je vous serais reconnaissant de répondre par la petite correspondance, car c'est d'un intérêt général :

Les communes autour de Périgueux, à 12 km. à la ronde n'ont pas de médecin : toutes ces communes sont au-dessous de 5.000 habitants, et le syndicat n'étant pas fondé il y a 2 ans, personne ne s'est donné la peine de faire constater que le prix de la visite y était au moins de 2 fr.

Est-ce que dans ces communes sans médecin, nous ne transportons pas le tarif de 2 fr. la visite qui est celui de Périgueux ? En d'autres termes devons-nous perdre 0 fr. 50 parce que nous sortons de notre commune ? Le blessé se trouve ainsi taxé le même prix

Suite page X.

Erratum. — *L'Omnium des constipés*, paru dans le n° du 8 mars dernier, contenait un *lapsus* typographique que nous tenons à réparer, en rappelant que la Société de Châtel-Guyon accorde une remise de 50 % aux médecins, sur le prix des Eaux et sous-produits.

dans le beau rapport de nos amis Paul Segond et Jeanbrau.

Mais ces arguments ne sont pas sans réplique, et les faits ont déjà répondu ; il y a près de six ans que la Cour de cassation a statué, et nous ne voyons pas se dessiner le mouvement d'ostracisme contre les ouvriers touchés par une diathèse commençante. Ni chez nous, ni dans les autres pays — Allemands, Suédois et Belges — où l'état antérieur n'est pas admis dans le règlement des indemnités, les travailleurs médiocres sont systématiquement repoussés ; on les charge encore d'une besogne en rapport avec leur capacité professionnelle. Je sais bien que dans de très grandes industries, dans des compagnies puissantes où des caisses de retraites sont instituées, on faisait passer, antérieurement à la loi de 1898, un examen médical avant d'accueillir les demandes. Mais nous savons combien sont larges les mailles de cet examen : elles laissent passer nombre de hernieux en puissance, d'alcooliques, de tuberculeux au début. J'entends bien qu'on deviendra plus sévère ; mais d'abord, depuis les arrêts de la cour suprême, nous n'avons pas vu cette sévérité s'accroître. Et puis, pour que l'examen médical fût sérieux, il faudrait un nombre considérable de médecins savants et consciencieux, qu'on devrait payer cher, et les compagnies reculeront devant ces exorbitantes dépenses.

D'ailleurs les statistiques ne nous démontrent-elles pas que les deux tiers des ouvriers qui s'offrent sur le marché du travail ont un bagage pathologique petit ou grand, et ont été touchés par l'alcoolisme, la tuberculose, la syphilis, l'hystérie ; ils ont, ou ils ont eu du diabète, de l'albuminurie; leurs anneaux inguinaux ou cruraux sont élargis, leur sangle musculaire faible. Et cependant, au risque d'accidents imminents, on embauche ces médiocres valeurs, car les commandes pressent. Il en est d'eux comme des pères de famille qui devaient être repoussés, affirmait-on dès 1898, au moment où l'on promulguait la loi ; on les chasserait des chantiers, disait-on, de peur, en cas d'accident, des pensions aux veuves et aux orphelins. Cependant, ils continuent à être embauchés comme les autres. On semble oublier que la solidarité ouvrière n'est pas un vain mot; en face de l'assurance se dresse le syndicat ; c'est un fait avec lequel il faut compter. Il y aurait à redouter des grèves dangereuses et, en définitive, l'argument des ouvriers jetés dans la rue nous semble plutôt théorique.

***

Et nous voici maintenant en face de l'argument décisif : l'injustice d'une loi qui fait payer au patron, non seulement le déchet causé par l'accident, mais toutes les tares organiques de l'ouvrier, tares qui peuvent faire d'une lésion sans gravité une infirmité permanente partielle ou totale, et même provoquer la mort, ce qui chargerait l'assurance de dépenses imméritées. Au début, ce raisonnement me paraissait très fort. Mais il ne tient pas, ce me semble, dès qu'on se rappelle que la loi du 9 avril 1898 est une convention entre patrons et ouvriers, une transaction, un forfait où chaque partie a dû mettre du sien et faire de notables concessions. Avant la loi sur les accidents du travail et l'entrée dans nos coutumes du « risque professionnel », l'ouvrier blessé pouvait attaquer le patron et se faire payer une indemnité en rapport avec le dommage, j'insiste sur ce point : avec *tout* le dommage souffert. Il est vrai que les procès étaient longs, aléatoires, car la preuve de la faute commise par le patron était, le plus souvent, difficile à faire, et pendant les mois ou les années que se déroulaient les débats, l'ouvrier impotent souffrait de la misère.

C'est alors qu'est survenue la loi conciliante, la convention entre les patrons et les ouvriers : le principe du risque professionnel portera que tout accident du fait du travail aura droit à une indemnité, réglée rapidement. Voilà le bénéfice de l'ouvrier. Mais le bénéfice du patron n'est pas moindre, puisqu'il ne paiera pas le dommage total. Un forfait est intervenu, et l'ouvrier accepte qu'on l'indemnise, non de tout le déchet professionnel provoqué par l'accident, mais de la moitié de ce déchet pour les incapacités partielles, des deux tiers du même déchet pour les incapacités totales. Et voilà le bénéfice du patron. Ne voyons-nous pas que s'il n'y avait pas eu conciliation, transaction, forfait, les deux parties pourraient également crier à l'injustice. Elles ne le peuvent plus, puisqu'il y a eu entente commune et qu'au demeurant la convention est la loi des parties. Or, dans l'espèce, les deux parties se sont fait des concessions réciproques et y trouvent chacune leur compte.

Mais est-ce que, dans cet échange, l'ouvrier ne reçoit pas la plus *grosse part ? En vérité, c'est*, possible, mais avez-vous réfléchi un instant à ce que deviendrait la loi si l'état antérieur du blessé devait entrer en ligne de compte dans le règlement de l'indemnité : la loi sombrerait tout simplement. Quel est le médecin un peu subtil, l'homme d'affaires un peu débrouillard qui ne trouverait pas à invoquer chez l'ouvrier une tare pathologique ? Ils y réussiraient simplement avec l'alcoolisme et la syphilis ; et même la seule tuberculose y *suffirait* puisque des savants ont démontré qu'à quarante et un ans tout humain a été peu ou prou, touché par le bacille de Koch.

Nous retomberions alors dans le chaos d'avant la loi et le but poursuivi par les législateurs serait manqué : plus de règlements *expéditifs* de l'affaire ; partout des chicanes, partout des contestations, partout la misère des sinistrés. La loi de conciliation deviendrait une loi de haine.

La nécessité de régler rapidement le litige, tel est l'argument sur lequel revient sans relâche la Cour de cassation pour repousser l'état antérieur comme facteur du règlement de l'indemnité. Les magistrats restent ainsi dans l'esprit de la loi. Mais est-ce au seul profit de l'ouvrier ? Nous ne le pensons pas, et si le vœu du Congrès de chirurgie était accepté, on ferait un triste cadeau aux compagnies d'assurances accablées bientôt par d'interminables procès. Aucune affaire ne se règlerait en conciliation, mais irait devant le tribunal et devant la Cour pour l'appel, car on recourrait évidemment à toutes les juridictions pour régler un point aussi obscur, aussi inconsistant que l'état antérieur, le facteur personnel, le bagage pathologique, les diathèses du blessé. Que d'experts il faudrait commettre pour faire la clarté dans ces ténèbres. Le poids de tant de frais ne tarderait sans doute pas à faire réfléchir et même fléchir les patrons.

***

Car, enfin, cet état antérieur, ces diathèses, ne sont pas des nouvelles venues. Elles sont connues, et, depuis Verneuil, les travaux se sont accumulés pour essayer de démontrer l'influence réciproque de ces diathèses sur les traumatismes et des traumatismes sur ces diathèses. Mais à quel résultat précis est-on arrivé et que savons-nous de certain ? Prenons les dyscrasies les plus graves, le diabète et l'albuminurie. Certainement elles constituent un terrain favorable aux gangrènes et aux inflammations diffuses. Mais, cependant, toutes les solutions de continuité des

glycosuriques ne s'infectent pas et des plaies s'infectent chez des sujets qui nous paraissent absolument sains. N'est-il pas classique, d'ailleurs, de considérer, dans toute infection, à la fois le terrain et la virulence du germe pathogène ? Le problème se posera pour tous les cas particuliers et rien, aucun signe clinique, ne permettra à l'expert qui, ne l'oublions point, statue au bout de plusieurs mois, de conclure sciemment à la prédominance de l'un des facteurs. Il devra juger au petit hasard et la pauvre Justice pâtira de nouveau.

Et, d'ailleurs, si la dyscrasie peut imprimer au traumatisme une allure plus grave, la réciproque est non moins vraie. Et tel individu qui, malgré des lésions viscérales incontestables, pouvait vivre plusieurs années et gagner des salaires rémunérateurs, a été pour ainsi dire fauché au lendemain d'une violence extérieure. Or, quel clinicien assez savant, quel esprit assez délié saura faire équitablement la part des deux facteurs ? Ils n'évoluent pas séparément, ils sont si intimement enchevêtrés que nous ne saurions rien y reconnaître. Voyons, Messieurs, la loi du 9 avril 1898 ne soulève-t-elle pas déjà des difficultés assez ardues pour qu'on les complique encore de problèmes insolubles ? Et je conclus à ce que, sur ce point du moins, la loi ne soit pas modifiée et que « l'état antérieur » du blessé ne puisse pas être invoqué dans le règlement des incapacités.

CHRONIQUE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Puisque Sinistrose il y a, le meilleur remède n'en est-il pas le libre choix du médecin par le blessé ?

Il y a toujours quelque hardiesse à prétendre donner des phénomènes psychologiques, une explication satisfaisante. Nulle part en effet, l'hypothèse ne règne davantage en maîtresse ; nulle part les inconnues ne sont aussi nombreuses, ni aussi difficiles à dégager. Observer les faits dont on est témoin en toute impartialité, sans se laisser influencer ou dominer par aucune contingence, est déjà une tâche passablement ardue ; combien plus malaisée encore l'interprétation logique de leurs causes, de leur enchaînement, de leur évolution ! *Cada persona es un mundo*, dit le proverbe espagnol ; chaque personne est un monde, un monde fermé où nul étranger ne pénètre et qui ne se révèle que par des émanations, des irradiations dont le foyer demeure invisible et inaccessible. Si l'étude de la psychologie normale est semée de tels obstacles, que dire dès lors de la pathologie de l'entendement ? Le domaine en est vaste et il s'agrandit tous les jours par l'apparition d'entités nouvelles dont il faut chercher la genèse dans les modifications incessantes qu'introduisent dans les mœurs, dans les lois, dans la mentalité d'un peuple ou d'une classe sociale les conditions nouvelles de l'existence.

La loi sur les Accidents du Travail nous offre un saisissant exemple de la réalité de ces propositions. Elle a eu en effet pour conséquence, la constitution chez un grand nombre de victimes d'accidents d'un état mental particulier qui diffère tellement de tout ce qu'on connaissait jusqu'alors qu'un Professeur distingué, et non des moindres, n'a pas craint d'en faire une description doctrinale et de le baptiser d'un vocable nouveau : *la Sinistrose*, qui, il faut bien le reconnaître, a eu des fortunes diverses.

Qu'on l'appelle Sinistrose, Névrose traumatique, Névrose de désir, Névrose d'appréhension, cet état mental existe. Il consiste, dit le Professeur en question, en une *inhibition très spéciale de la volonté, ou mieux, de la bonne volonté* ; *il ne doit pas être confondu avec l'exagération calculée ou la simulation volontaire*. Encore qu'il serait permis de chicaner l'auteur de cette définition sur la restriction qu'elle contient, et de demander au psychologue avisé qu'il est ce que valent au regard de l'activité volontaire, en tant que mode de l'énergie psychique, les correctifs de *bon* ou de *mauvais*, sachons-lui gré d'avoir eu le courage de préciser sa pensée et d'avoir donné en toute sincérité un caractère sérieux à un sujet où l'on a voulu, à tort, voir de la plaisanterie.

En réalité, — et nul ne le contestera, — notre constitution mentale est à la merci d'une foule d'influences qui interviennent pour la créer, pour la transformer, pour l'altérer : influence de l'hérédité, de l'éducation, du milieu, des circonstances momentanées qui accompagnent tel ou tel épisode de notre vie. Elle est soumise aussi, — et à quel degré ? — à notre cénesthésie, qui nous révèle obscurément l'état de fonctionnement de nos organes, et aux lésions ou troubles matériels dont nous sommes atteints, — quitte à prendre sa revanche, en vertu de cette loi éternelle qui lie dans une subordination réciproque, le Physique au Moral : truismes, dira-t-on, mais qui avaient besoin d'être répétés dans le cas qui nous occupe. Pour juger en toute conscience le mécanisme des anomalies psychiques d'un individu, il faudrait entrer dans sa peau, sentir avec ses sens, raisonner avec ses conceptions personnelles, adopter son état d'âme. A défaut d'une telle substitution, il n'est pas impossible de demander aux faits tangibles les éclaircissements nécessaires.

On a dit et écrit : ce qui conditionne la Sinistrose, c'est l'idée fausse que se fait l'ouvrier blessé de ses droits et des réparations qui lui sont légalement dues. Tout accident serait la mine inépuisable, le gros fromage dans lequel vivraient les blessés, inconsciemment préoccupés de tirer de leur chômage forcé un bénéfice plus grand que de leur travail. Pauvre mine ! Triste fromage ! Nous ne croyons pas que les quelques cas authentiques où il en fut réellement ainsi entraînent une pareille généralisation.

Nous estimons que ce qui d'un *sinistré* fait un *sinistrosé*, c'est la diminution, l'épuisement de son énergie nerveuse, l'abaissement durable, au-dessous de la normale de son *tonus* psychique ; c'est ce que P. Janet a si bien désigné sous le nom d'*état psychasthénique*. Pour que de semblables phénomènes se produisent, il faut et il suffit qu'un événement brusque, agissant à la façon du court circuit qui décharge soudainement des accumulateurs d'électricité, entame plus ou moins profondément les réserves de fluide nerveux nécessaires au fonctionnement du psychisme normal ; il faut et il suffit qu'à cet événement succèdent et se surajoutent des influences déprimantes permanentes, faisant obstacle à la reconstitution de ces réserves et au retour de l'équilibre stable des sensations, des perceptions, et de leur interprétation. Dès lors, le terrain mental est admirablement préparé pour qu'y germent et y cultivent en tout épanouissement les idées fixes, les appréhensions, les phobies, les angoisses, les obsessions, les inhibitions, etc., en un mot, tout ce qui caractérise cette forme de pathologie de l'intellect.

Or, considérons les étapes par lesquelles passe un blessé du travail. Quoiqu'on en pense, l'accident initial s'accompagne toujours d'un traumatisme moral d'intensité variable, mais constant : rappe-

lons-nous de bonne foi l'émotion ressentie par nous, parfois rétrospectivement, à l'occasion d'un danger couru et évité, et qui,—le mot fait image, —nous cassa littéralement « bras et jambes ! » et nous conviendrons que l'ouvrier qui est victime d'un accident, soit qu'il l'ait vu survenir, soit qu'il en ait eu conscience au moment même où il se produisait, soit enfin qu'il ne s'en soit rendu compte qu'après, a tous les droits possibles, à éprouver pareille émotion éminemment déprimante. Bientôt, aux souffrances physiques, ne tardent pas à se joindre les préoccupations légitimes provoquées par la situation toujours précaire où lui et les siens peuvent se trouver avec un salaire réduit de moitié;causées aussi par les sombres réflexions qu'au cours de ses longues journées d'inaction il a le temps de se faire sur la durée de son incapacité de travail, sur les conséquences de sa blessure, sur la survenue de complications et d'infirmités inattendues, sur l'éventualité de contestations interminables au moment du règlement de ses indemnités. Pour peu que ces contestations surgissent, comment ne verrait-il pas tout en noir, alors que faible, chétif, diminué physiquement et moralement, désarmé ou mal armé, il a en face de lui comme adversaire, son patron, derrière lequel se trouve presque toujours la Compagnie d'Assurances, puissante oligarchie financière qui a pour elle le temps et l'argent, et qui ne craint pas la temporisation destinée à briser les résistances et à triompher des obstacles ? Vrai, on perdrait la tête à moins.

Et qu'on ne vienne pas nous dire que cet état mental morbide, cette Sinistrose s'observe seulement chez les ouvriers assurés, ou admis au bénéfice de la loi de 1898. Si les compensations auxquelles ils peuvent prétendre n'empêchent pas l'éclosion de semblables troubles, quel ne doit pas être l'état d'âme du malheureux qui, privé de protection légale, dépourvu de recours contre quiconque, n'a rien à attendre de personne et n'entrevoit que la ruine, la misère et l'abandon ? Mais, comme il n'a pas, celui-ci, l'occasion de passer entre les mains de MM. les experts, nous y perdons sans doute la description d'une Psychose intéressante.

La Sinistrose guérit, lisons-nous, quand les litiges survenus sont solutionnés à la satisfaction du blessé. Ne serait-il pas mieux d'en prévenir l'apparition, ou d'en enrayer l'évolution ? « Dans un état psychopathique quelconque,dit Brissaud, le grand remède est toujours la confiance».

La Confiance, sentiment indéfinissable qui procède d'un abandon absolu de nous-mêmes à une supériorité étrangère, vraie ou supposée telle. Parfois raisonné, souvent aveugle,ce sentiment ne se commande pas, il se subit, et s'il s'agit de notre propre personne,de notre santé,de notre vie,il est cent fois plus impérieux, cent fois plus respectable qu'en toute autre circonstance. D'où vient qu'un malade a confiance en tel médecin plutôt qu'en tel autre ? De sa réputation, de son physique, de son habitus extérieur, de son timbre de voix, des services antérieurement rendus, de l'autorité dont il sait s'entourer, de l'assurance qu'il paraît avoir et qu'il communique à autrui de «connaître son affaire», et d'arriver au meilleur résultat ? Il y a là mille éléments divers de poids différent selon les individus en cause, mais dont l'ensemble établit entre les intéressés un courant d'impressions toutes personnelles, un échange consenti d'influence et de soumission. Aussi ne pouvons-nous pas dire que nous sommes vraiment libres de nous-mêmes *pour nous confier*. Mais par cela même, devons-nous rester libres de choisir *pour nous soigner* le médecin qui a gagné notre confiance. La foi qui soulève les montagnes est aussi la foi qui guérit,et la marche d'une maladie est singulièrement facilitée et abrégée quand le traitement en est dirigé par un praticien qui a acquis sur son client un ascendant irrésistible.

Dans le traitement des Accidents du Travail, le droit de choisir le médecin en qui il a confiance est reconnu par la loi au blessé. Nous ne reviendrons pas sur les arguments puissants qui ont amené le triomphe de cette prescription légale. Bornons-nous à démontrer, en faisant état de ce qui précède, que le libre choix constitue la meilleure prophylaxie et la meilleure thérapeutique de la Sinistrose. Soigné par l'homme qui a toute sa confiance et qu'il a librement choisi, le blessé qui en attend tout, même des miracles, trouve d'abord dans sa présence à son chevet, un soutien, une assistance qui relèvent son courage et augmentent son énergie. Les mains qui le pansent lui semblent douces et légères ; la souffrance physique s'atténue, les craintes de complications s'évanouissent, l'appréhension d'infirmités incurables disparaît. Là ne se limite pas l'action du médecin : véritable conseiller indépendant, il éclaire son client sur ses droits stricts,il lui apprend à quelles indemnités il a droit, et, s'il survient une incapacité temporaire ou permanente, il en apprécie le degré, il en calcule le taux par rapport au salaire du blessé ; il numère le montant de la rente correspondante, et indique même le capital de rachat des rentes rachetables. Tel peut être le rôle bienfaisant du médecin auprès du blessé qui s'est librement confié à lui.En se voyant ainsi soutenu, dirigé, défendu même, celui-ci ne se laisse pas abattre par le découragement, il reprend espoir, et les dépressions nerveuses menaçantes sont rapidement conjurées.

Mais, pour qu'il en soit ainsi, pour que le médecin soit bien réellement le tuteur avisé de son client, il faut qu'il s'affranchisse de la tendance, consciente ou non, qu'on a reprochée à quelques-uns d'être pessimistes et d'aggraver la situation pour grossir les indemnités espérées et se tailler facilement ainsi une popularité douteuse. Ce *postulatum* recevra satisfaction si, indépendamment de sa valeur technique et de ses qualités professionnelles, le médecin connaît à fond sa législation des accidents du travail et s'il est en mesure de formuler des appréciations aussi précises que possible sur tous les points qui peuvent être l'objet de litiges.

Or, force nous est bien hélas ! de constater, — en le regrettant vivement, — que le nombre des membres du Corps Médical capables de répondre à ces desiderata est loin d'être aussi grand que nous le souhaiterions. Que de Confrères se plaignent de voir leur cabinet déserté par cette clientèle des accidentés, et qui ne sont que les artisans de leur propre infortune ! Combien, par inertie, par nonchaloir ou pour tout autre motif, n'ont pas cru devoir se familiariser avec les connaissances annexes indispensables au rôle complexe qu'ils sont appelés à jouer ! Il faut qu'on sache bien d'autre part que si le succès est allé à ceux qui se sont en quelque sorte spécialisés dans la matière, c'est beaucoup parce qu'ils ont compris la mission tutélaire qu'ils peuvent remplir auprès des blessés, et que ceux-ci ont eu vite fait de leur reconnaître cette supériorité qui appelle la confiance et que nous aurions mauvaise grâce de leur imputer à crime.

En réalité, c'est toute une éducation à faire de la part des praticiens ; nous vivons en des temps où notre science a besoin, pour nous nourrir, d'empiéter sur les terrains qui voisinent étroitement avec celui où s'exerce notre art ; en des temps aussi où nous devons être d'autant plus scrupuleux et plus probes que nous sommes

plus attaqués. Si, dans la défense des intérêts de nos clients blessés du travail, nous apportons des opinions étayées sur une honnêteté irréprochable et sur une documentation précise ; si nous y mettons la ténacité, l'opiniâtreté que méritent les causes justes, tôt ou tard nous surmonterons tous les obstacles. Nous en avons eu ici même, il n'y a pas bien longtemps, un témoignage probant.

Si la confiance est le remède vraiment efficace des états psychopathiques qui s'observent souvent à la suite des Accidents du Travail, efforçons-nous de multiplier les meilleures raisons pour mériter celle des blessés qui s'adressent à nous, mais qu'il soit bien entendu que ceux ci pourront toujours librement choisir le médecin en qui ils auront foi, à l'exclusion de tous autres ; le libre choix est un droit intangible : on ne saurait impunément y porter atteinte.

Dr DUCHESNE.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

La loi sur les fraudes et les médecins qui font de la pharmacie.

La surveillance des officines a été jusqu'à présent régie par les articles 29, 30 et 31 de la loi de Germinal an XI, ainsi conçus :

Art. 29. — A Paris et dans les villes où seront placées les nouvelles écoles de pharmacie, deux docteurs et professeurs des écoles de médecine, accompagnés des membres des écoles de pharmacie, et assistés d'un commissaire de police, visiteront, au moins une fois l'an, les officines et magasins des pharmaciens et des droguistes, pour vérifier la bonne qualité des drogues et médicaments simples et composés. Les pharmaciens et droguistes seront tenus de représenter les drogues et compositions qu'ils auront dans leurs magasins, officines et laboratoires. Les drogues mal préparées ou détériorées seront saisies à l'instant par le commissaire de police, et il sera procédé ensuite conformément aux lois et règlements actuellement existants.

Art. 30. — Les mêmes professeurs en médecine et membres des écoles de pharmacie pourront, avec l'autorisation des préfets, sous-préfets ou maires, et assistés d'un commissaire de police, visiter et inspecter les magasins de drogues, laboratoires et officines des villes placées dans le rayon de dix lieues de celles où sont établies les écoles, *et se transporter dans tous les lieux où l'on fabriquera et débitera sans autorisation légale des préparations ou compositions médicinales*. Les maires et adjoints ou, à leur défaut, les commissaires de police, dresseront procès-verbal de ces visites, pour, en cas de contravention, être procédé contre les délinquants, conformément aux lois antérieures.

Art. 31. — Dans les autres villes ou communes, les visites indiquées ci-dessus seront faites par les membres des jurys de médecine, réunis aux quatre pharmaciens qui leur sont adjoints par l'article 13.

A la suite du vote de la loi sur la répression des fraudes, M. le professeur Cazeneuve, de Lyon, avait déposé sur le bureau de la Chambre des Députés la proposition de loi suivante modifiant les articles de la loi de germinal :

Art. 29. — En vue d'assurer l'application des lois et règlements en vigueur sur l'exercice de la pharmacie et sur la répression des fraudes en matière médicamenteuse, notamment de vérifier la bonne qualité des produits et de rechercher la fabrication et le débit sans autorisation légale des préparations ou compositions médicinales, il sera procédé, au moins une fois l'an, à l'inspection des officines de pharmaciens, des dépôts de médicaments tenus par les médecins et les vétérinaires, des magasins de droguistes, herboristes, épiciers, coiffeurs et parfumeurs, des dépôts d'eaux minérales naturelles, des fabriques et des dépôts d'eaux minérales artificielles et généralement de tous les lieux où sont fabriqués, entreposés ou mis en vente des produits médicamenteux ou hygiéniques.

Les pharmaciens, droguistes et tous détenteurs de produits médicamenteux ou hygiéniques seront tenus de présenter les drogues et compositions qu'ils auront dans leurs magasins, officines, laboratoires et leurs dépendances.

Art. 30. — Un règlement d'administration publique désignera les autorités qualifiées pour effectuer les inspections et visites spéciales prévues à l'article 29 ci-dessus et précisera les pouvoirs qui leur sont conférés par ledit article.

L'inspection des officines de pharmacien et des dépôts de médicaments tenus par les médecins et les vétérinaires ne pourra être confiée qu'à des agents pourvus du diplôme de pharmacien.

Art. 31.— Un règlement d'administration publique déterminera les règles de procédure applicable aux substances médicamenteuses et hygiéniques, en ce qui concerne les prélèvements des échantillons, les analyses, expertises et saisies nécessaires à l'exécution de la loi du 1er août 1905 sur la répression des fraudes.

Et, dans sa séance du 17 mars dernier, la Chambre des députés a adopté cette proposition.

Pour juger la répercussion que pourra avoir cette réforme législative sur ceux de nos confrères qui exercent la pharmacie, il convient d'examiner les dispositions d'une autre proposition du même auteur tendant à organiser l'expertise contradictoire prévue par la loi du 1er août 1905.

Cette proposition vise en effet un autre point. L'exposé des motifs dit en effet :

Un commerçant peut être en possession d'une marchandise fraudée, qu'il n'a pas fraudée lui-même. C'est son fournisseur, dans certains cas, qui peut être le vrai coupable. Et ce fournisseur peut être lui-même un simple intermédiaire entre le livreur et le producteur. La question se pose de savoir si le fonctionnement actuel de la loi permet de frapper le vrai coupable en mettant hors de cause les intermédiaires innocents de toute manipulation frauduleuse, en somme qui sont de bonne foi, et qui sont simplement fautifs de n'avoir pas contrôlé ou fait contrôler les marchandises qu'ils sont appelés à revendre.

Or, la loi du 1er août 1905 permet d'incriminer tel intermédiaire qui aura simplement négligé d'exercer un contrôle suffisant. Et aucune disposition dans cette loi, ni dans le décret du 31 juillet 1906, ne crée des garanties pour cet intermédiaire honnête et n'envisage la procédure qui permette à cet intermédiaire de couvrir sa propre responsabilité en apportant la preuve de sa bonne foi et son innocence de toute pratique frauduleuse.

La possibilité pour cet intermédiaire, simple revendeur ou livreur, de mettre en cause, s'il y a lieu, le véritable fraudeur, par exemple tel ou tel fournisseur, doit être admise dans l'intérêt de la justice. Une procédure pratique doit, à cet effet, être instituée.

Notre proposition organise cette procédure nécessaire qui s'impose à tout esprit droit et impartial

qui a garde de ne jeter aucun trouble dans l'exercice du commerce honnête. En conséquence, nous proposons avec confiance au vote de la Chambre la proposition de loi suivante :

PROPOSITION DE LOI.

Article unique.

L'article 12 de la loi du 1er août 1905 est complété ainsi qu'il suit ;

« Quand un laboratoire, officiellement agréé et fonctionnant conformément aux articles 12 et suivants du décret du 31 juillet 1906, déclare une marchandise fraudée, les formalités suivantes sont accomplies :

« 1° Le procureur de la République informe l'auteur présumé de la fraude qu'il est l'objet d'une poursuite. Il l'avise : *a*) qu'il doit prendre communication du rapport du directeur du laboratoire dans les quarante-huit heures ; *b*) qu'un délai de vingt-quatre heures lui est en outre accordé pour faire connaître s'il rend son fournisseur responsable de la marchandise incriminée ; *c*) qu'à défaut d'user de cette prérogative, un délai de trois jours au plus lui est imparti pour faire connaître s'il réclame l'expertise contradictoire et, dans l'affirmative, pour désigner son contre-expert ;

« 2° Si son fournisseur est mis en cause par l'auteur présumé de la fraude, simple intermédiaire ou livreur, le procureur de la République met l'affaire à l'instruction. Le juge d'instruction désigne par commission rogatoire un des agents chargés d'inspection et prévus à l'article 2 du décret du 31 juillet 1906 qui se met d'accord avec l'intermédiaire pour prélever, conformément aux articles 8 et suivants dudit décret, des échantillons de la marchandise suspecte, soit chez le fournisseur, soit chez le producteur lui-même, si le fournisseur le réclame, soit en cours de route, soit sur les lieux d'expédition ou de réception, dans toutes les conditions propices à assurer le caractère d'authenticité et partout où il peut être retenu.

L'analyse d'un des échantillons ainsi saisis est effectuée par le même laboratoire qui a analysé le premier échantillon pris chez l'intermédiaire. En cas d'identité prouvée à l'analyse des deux échantillons, l'intermédiaire de bonne foi est mis hors de cause.

3° S'il y a lieu à expertise contradictoire, il est procédé à la nomination de deux experts, l'un désigné par le juge d'instruction, l'autre par la personne contre laquelle l'instruction est ouverte et cela dans le délai prévu au paragraphe 2 ci-dessus. Celle-ci toutefois a le droit de renoncer à cette désignation et de s'en rapporter aux conclusions de l'expert désigné par le juge.

Les experts sont choisis soit sur les listes des chimistes experts dressées dans tous les ressorts par les tribunaux civils et les cours d'appel, soit parmi les membres qualifiés de l'enseignement supérieur appartenant aux établissements de l'Etat ou encore parmi les directeurs des laboratoires créés par les chambres syndicales du commerce, de l'industrie et de l'agriculture.

L'auteur présumé de la fraude, au cas où l'expertise contradictoire aura prouvé son innocence, sera exonéré de tous frais d'expertise.

4° Les dispositions contraires à la présente loi sont abrogées.

Le médecin, on le sait, ne prépare rien ; il ne délivre rien directement au public puisqu'il n'a pas officine ouverte ; il ne délivre que ce qu'il juge convenable et n'est tenu à aucune règle — il ne peut donc tromper lui-même, *il ne peut qu'être trompé* et cependant il sera, au cas où la commission trouve chez lui un médicament adultéré, directement incriminé ; ce sera à lui de mettre en cause son fournisseur.

Sans parler des ennuis que cette procédure lui occasionnera certainement, il y aura des difficultés qu'il est impossible de passer sous silence.

Supposons qu'il s'agisse d'un médicament vendu sous marque du préparateur, le flacon sera ouvert, en vidange ; n'est-il pas à craindre qu'on objecte que l'origine dès lors n'est plus certaine, que l'adultération a pu être faite postérieurement à la vente ?

Mais s'il s'agit d'un produit livré en vrac, en sac ou en paquet, le médecin aura vidé sac ou paquet dans un flacon. Comment prouvera-t-il que le médicament vient de telle ou telle maison ? Que le médicament lui a bien été livré dans l'état où la Commission l'aura trouvé?

Sans doute on pourra faire prélever un échantillon chez le fournisseur et, si l'analyse de ce second échantillon donne des résultats identiques à ceux de l'analyse de l'échantillon prélevé chez le médecin, celui-ci sera mis hors de cause. Mais qu'arrivera-t-il si ce second prélèvement n'est pas opéré sur la masse *d'où provenait* ce qui a été trouvé chez le médecin ? La supposition n'est pas inadmissible, car il aura pu s'écouler un temps fort long entre le moment où ce produit sera sorti de chez le fabricant et celui où il sera tombé sous le contrôle de la Commission.

Le médecin restera seul en cause et cependant il est hors de doute qu'il n'est pas l'auteur de la fraude.

Avec des intentions certainement excellentes, les auteurs de la proposition de loi peuvent donc en arriver à la suprême injustice. *Summum jus summa injuria.*

Nous admettons et comprenons l'inspection des médicaments chez le médecin : elle est pour lui une garantie, étant donné surtout que *lui-même ne peut exercer un contrôle*, qui pour tous autres est une obligation ; il est acheteur et ne doit pas être trompé. Mais nous estimons qu'en l'espèce il doit être considéré comme *consommateur* et non comme intermédiaire : ce n'est pas lui qui avalera la drogue, sans doute, mais c'est lui qui l'*emploiera* et qui aura la responsabilité de ses effets.

Aussi devrait-il être *de plano* mis hors de cause.

Situation privilégiée devant la loi, dira-t-on. Mais sa situation réelle n'est-elle pas tout à fait exceptionnelle ? Peut-on l'assimiler au commerçant vendant en détail qui est exposé, lui, à livrer un produit frelaté à l'acheteur qui lui demande un produit pur ? Le médecin n'est pas un marchand et n'a pas en face de lui un acheteur puisqu'il ne peut tenir officine ouverte. Sa situation ne ressemble-t-elle pas plutôt à celle du cultivateur qui fait usage d'un engrais de mauvaise qualité, engrais qui ne lui donnera pas les résultats sur lesquels il compte et dont il aura à pâtir, mais dont il ne saurait en aucune façon être responsable ?

Pourquoi donc molester inutilement le médecin et, ô comble de l'ironie, pourquoi lui faire payer les frais de ces ennuis inutiles ?

A. GASSOT.

IIe CONGRÈS DES PRATICIENS

(*Lille*, 25-28 *juin* 1908)

PROGRAMME DES SÉANCES

Séance d'inauguration du jeudi 25 *juin*.

(Soir, 2 heures)

1° Discours du Dr Coppens, Président du Comité d'organisation.

2° Constitution du bureau,
3° Discours du Dr X..., Président du Congrès.
4° Rapports sur les travaux du Comité de Vigilance :
A) Rapport de la Sous-Commission de l'Enseignement (Dr Leredde).
B) Rapport de la Sous-Commission du Libre choix (Drs Cosse et Dally).
5° Rapport du Secrétaire Général (Dr Aubert).

1re *Séance du vendredi 26 juin.*

(Matin, 9 heures)

I. Rapport sur les travaux de la Commission Ministérielle (Dr Gassot).
II. Réforme de l'Enseignement. — Etude de la Commission nommée par le Syndicat Médical de Lille. — Rapporteur : Dr Surmont.

2e *Séance du vendredi 26 juin.*

(Soir, 2 heures)

III. Enseignement Clinique (Drs Regnault et Lafontaine).
IV. L'Hôpital Centre d'Enseignement (Dr Maire).
V. Autonomie des Facultés de Médecine (Dr Le Fur).

1re *Séance du samedi 27 juin.*

(Matin, 9 heures)

VI. Libre choix pour les Assistés (Drs Bombart, Boudin, Boutry, Gairal, Lemière).
VII. Libre choix pour les Mutualistes (Dr Bolliet).
VIII. Extension aux ouvriers agricoles de la Loi sur les accidents du travail (Dr Dubuisson).

2e *Séance du samedi 27 juin.*

(Soir, 2 heures)

IX. Responsabilité médicale. — Expertise contradictoire (Dr de Grissac).
X. Organisation du Corps Médical au point de vue de son action sur les collectivités et les pouvoirs publics (Dr Coppens).
XI. Impôt sur le Revenu (Dr Jayle).
XII. Modifications à apporter à la Loi de 1903 sur la déclaration des maladies contagieuses (Dr X.).

Séance du dimanche 28 juin.

(Matin, 9 heures)

XIII. Relèvement des Honoraires Médicaux (Dr Vimont).
XIV. Rapport du Trésorier (Dr Deroy).
XV. Nomination du Comité de Vigilance.

Dispositions générales

(*Prises d'accord avec le Comité de Vigilance*).

COTISATIONS — SUBVENTIONS — VOTATION — RAPPORTS

I. — *Cotisations.*

Le Congrès est ouvert à tout médecin français et à tout étudiant en médecine français ayant versé une cotisation de cinq francs. Chaque Congressiste aura droit au volume des Rapports, au Vote dans ses différents modes, aux réductions consenties par les Compagnies de chemins de fer, hôtels, etc., soit pour le voyage à Lille, soit pour les excursions organisées par le Comité du Nord (Mines, Bruxelles, Londres, etc.).

II. — *Subventions.*

A. — Le Comité d'organisation du Congrès de 1908 prie tous les Syndicats médicaux, toutes les Associations professionnelles médicales, toutes les Sociétés médicales, etc., de voter, en faveur de ce Congrès dont l'action doit être décisive après l'admirable mouvement de Défense professionnelle du Congrès de Paris, une subvention collective dont la nécessité s'impose pour faire aboutir les revendications des Praticiens.

B. — Le Comité demande en outre à tous les Syndicats Médicaux de France (1):

1° De désigner un ou plusieurs délégués chargés de les représenter *officiellement* au Congrès:

2° En cas d'éloignement trop considérable, de se concerter avec les Syndicats voisins pour former un *groupement intersyndical* qui se fera représenter par des délégués.

Nota. — Les délégués auront à verser, comme les autres adhérents, la cotisation de *Cinq francs*. Représentants élus des organisations syndicales, ils auront droit, *en cas de vote par bulletin*, à autant de voix qu'ils détiendront de mandats.

C. — Le Bureau de chaque Syndicat enverra, au moins 2 mois avant l'ouverture du Congrès, au trésorier du Comité du Nord :
a) La subvention collective ;
b) Les noms des Syndiqués ;
c) Les noms, adresse et gare de départ des délégués.

Au reçu de ce dossier, le Comité d'organisation enverra aux délégués un *pouvoir* portant indication du nombre des mandats qu'ils seront appelés à représenter, et dont ils auront à faire état en cas de vote par bulletin lors des séances du Congrès.

D. — Comme il existe un certain nombre de régions dépourvues de Syndicats, le Comité du Nord, s'inspirant d'un vœu émis par le Congrès des Praticiens et pénétré de la nécessité d'encourager partout le mouvement corporatif, insiste auprès des Confrères de ces régions pour qu'ils constituent dans leur ville, canton ou arrondissement, des groupements provisoires. Ceux-ci nommeront des délégués qui jouiront des mêmes droits que les délégués des Syndicats.

Ces délégués avertiront, dans le délai spécifié plus haut, le Comité organisateur de la formation de leur groupe, lui communiqueront la liste nominative (légalisée) des adhérents, et agiront comme il est dit pour les syndicats.

Les groupements ainsi constitués qui se trouveront dans l'impossibilité de nommer des délégués, *pourront transférer leurs pouvoirs au Syndicat le plus voisin.*

E. — Seront assimilées aux syndicats médicaux les Associations corporatives d'Etudiants régulièrement constituées.

F. — *Membres des familles médicales.* — Les parents accompagnant les Congressistes, et ayant versé la cotisation de *cinq francs*, jouiront des avantages *matériels* accordés aux Congressistes, sauf qu'ils n'auront pas droit au volume des Rapports.

III. — *Votation.*

A. — Le vote aura lieu à mains levées.

Lorsque le résultat sera proclamé par le président, le vote sera acquis, à moins que des délégués, représentant un nombre de mandats *supérieur au nombre des voix qui ont assuré la majorité*, ne réclament le vote par bulletin ; auquel cas le premier vote sera suspendu. Il y aura lieu alors de procéder à un *second vote* au bulletin secret.

Ce vote au bulletin secret aura lieu *d'emblée* si le Bureau le juge nécessaire.

(1) Les Sociétés médicales d'arrondissement de Paris, constituant en réalité des organisations de défense professionnelle, seront assimilées aux syndicats. Des mesures seront prises toutefois — ainsi qu'à l'égard des syndicats de spécialistes — pour que les membres, appartenant déjà à un syndicat, ne puissent émettre un double vote.

Il y sera procédé de la façon suivante :

a) Les délégués voteront les premiers, au moyen de tickets dont il sera parlé plus loin, lesquels tickets représenteront autant de voix que le délégué apporte de mandats.

b) Les Praticiens ayant cotisé à titre individuel voteront ensuite, sur présentation de l'acquit de leur cotisation, et déposeront dans l'urne un bulletin représentant *une* voix.

c) Les Délégués d'Associations d'Etudiants auront droit à 10 °/o des voix de leurs adhérents. Sous cette réserve, ils voteront comme les Délégués des Syndicats.

Tickets.

Le Comité du Nord mettra à la disposition des Délégués *des tickets* de différentes couleurs, sur lesquels seront inscrits respectivement les chiffres 1, 5, 10, 25, 50 et 100.

En cas de vote par bulletin, il leur sera remis des tickets (correspondant au nombre de leurs mandats), sur lesquels ils inscriront leur vote et qu'ils présenteront *pliés* au Président en même temps que leur Pouvoir. Après vérification et émargement, le Président déposera lui-même les tickets dans l'urne.

IV. — *Rapports.*

Comme il y a intérêt à réunir tous les Rapports dans un même volume, les confrères rapporteurs se feront un devoir de condenser leur travail en un nombre de pages aussi restreint que possible. (La liste de ces Rapports sera *publiée incessamment*).

Le Congrès devant s'ouvrir le 25 juin, il y a lieu d'indiquer, comme dernière limite au dépôt des Rapports, le 5 Mai 1908.

POUR LE COMITÉ RÉGIONAL ET PAR ORDRE :
Le Secrétaire Général,
Dr A. AUBERT.
5, Rue Thiers.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Le record des abus médico-pharmaceutiques dans la loi accidents.

C'est le cas ci-dessous jugé qui fut qualifie de record par M. Petitjean dans son enquête sensationnelle. Après le cas Ménager rapporté au dernier numéro, et quelques autres analogues connus du « Sou médical », n'avons-nous pas le droit de n'accepter que sous bénéfice d'inventaire tout ce qui a traîné dans les journaux sous de vagues et prudentes initiales ?

Justice de paix de Marly-le-Roi (Seine-et-Oise).

26 *février* 1908.

Nous, Juge de Paix :

Après en avoir délibéré, statuant tant sur la demande principale formée par Duval contre Salles suivant exploit de Maître Boullet, huissier à Marly-le-Roi, en date du 28 octobre dernier, que sur la demande en garantie faite par Salles contre le docteur Goldenberg, suivant exploit du même huissier, en date du 4 décembre suivant, et sur la demande reconventionnelle formée par le docteur Goldenberg contre Salles, suivant autre exploit dudit Maître Boullet, du 9 décembre même mois;

Attendu qu'en se basant sur les dispositions de la loi du 9 avril 1898, sur les accidents du travail, Duval, pharmacien, a fait citer Salles à comparaître devant nous pour s'entendre condamner à lui payer avec intérêts de droit et dépens la somme de 183 francs 85 centimes pour médicaments fournis au sieur Jean Leroy, ouvrier maçon, qui a été victime, à Bougival, le 26 août dernier, d'un accident alors qu'il travaillait pour le compte de Salles ;

Attendu qu'à la barre ce dernier n'a point contesté le principe de son obligation légale envers Duval, mais a prétendu toutefois que la réclamation de celui-ci était exagérée et a fait offre de lui payer la somme de 100 francs qu'il estimait légitimement lui devoir ;

Attendu que cette offre a été refusée comme insuffisante par Duval qui a déclaré maintenir sa demande intégralement;

Attendu que Salles ayant prétendu, d'autre part, que les fournitures pharmaceutiques faites par Duval étaient exagérées et absolument hors de proportion avec le traitement logique et approprié à l'état de la blessure de Leroy consistant en une simple contusion de l'abdomen, a mis en cause et appelé en garantie le docteur Goldenberg médecin traitant, sur les ordonnances duquel les médicaments ont été fournis.

Qu'il a en conséquence conclu à ce que le docteur Goldenberg soit tenu d'intervenir dans l'instance et de le garantir et indemniser en principal et accessoires des condamnations qui pourraient intervenir contre lui au profit de Duval ;

Attendu qu'en réponse à cette demande en garantie le docteur Goldenberg a déclaré :

Qu'il avait fait suivre un traitement rationnel et approprié à l'état du blessé Leroy, atteint d'une péritonite grave à la suite d'un coup de pied de cheval dans la région abdominale ;

Qu'il ne s'agissait donc point d'une simple contusion comme le prétendait Salles ;

Qu'ainsi sa demande en garantie n'était pas fondée;

Qu'en tous cas, pour l'appréciation du traitement ordonné et suivi, il estimait qu'avant de faire droit sur ce point nous devions demander l'avis d'un expert médecin ;

Attendu d'autre part que le docteur Goldenberg a en outre prétendu que l'action de Salles n'avait été inspirée que par la mauvaise foi et la malveillance ;

Qu'elle tendait à jeter sur lui la déconsidération en l'accusant d'avoir ordonné des médicaments que ne nécessitait pas l'état du blessé, et par suite de s'être prêté à une exploitation d'un chef d'entreprise ou de son assureur ;

Qu'il en était résulté pour lui médecin un préjudice moral et matériel dont il entendait demander réparation à Salles;

Attendu que, dans ces conditions, tout en concluant à une expertise préalable, le docteur Goldenberg a déclaré se porter reconventionnellement demandeur en paiement d'une somme de 500 francs à titre de dommages-intérêts, tant pour le préjudice moral qui lui était causé par l'abus du droit d'ester en justice commis par Salles de mauvaise foi ou avec une légèreté équivalente au dol, que pour les dérangements, débours et pertes de temps occasionnées par la nécessité de sa défense ;

Attendu que Salles, tout en persistant dans son action contre le docteur Goldenberg, a déclaré se joindre à ce dernier pour demander la nomination d'un expert médecin ;

Attendu que les demandes en garantie et reconventionnelle étant connexes à la demande principale il y avait lieu de les joindre entre elles et de statuer sur le tout par un seul et même jugement;

Attendu qu'avant de nous prononcer sur ces différentes demandes il convenait de recourir à une expertise médicale.

Qu'en effet les griefs invoqués par Salles à l'encontre du docteur Goldenberg constituaient une vive critique du traitement que ce dernier avait fait suivre au blessé Leroy ;

Que l'application de ce traitement et la responsabilité que le médecin avait pu encourir de ce chef pour faute par lui commise, comportait l'examen d'une question scientifique d'appréciation et de pratique médicale que nous ne pouvions trancher sans avoir préalablement demandé à un expert versé dans la science médicale, de rechercher et dire, si le médecin incriminé s'était ou non, écarté des règles de thérapeutique applicables au cas en litige.

Attendu qu'en conséquence nous avons par jugement en date du 11 décembre dernier, après avoir donné acte de l'offre de 100 francs faite par Salles et déclaré jointes les différentes demandes, nommé, avant faire droit, comme expert M. le docteur Foucart, médecin, demeurant à Paris rue Michel-Chasles, n° ?, auquel nous avons donné mission de rechercher et dire si, étant donné la nature et les effets de la blessure dont était atteint Leroy, le docteur Goldenberg lui avait fait suivre un traitement rationnel et approprié et si les médicaments par lui prescrits étaient imposés par les nécessités de ce traitement, et en outre de rechercher et dire également si les fournitures pharmaceutiques, dont le prix était réclamé, avaient été délivrées sur les ordonnances du médecin traitant ;

Attendu qu'en exécution de ce jugement l'expert a procédé à sa mission, et a de ses opérations dressé un rapport qui a été déposé au greffe de notre tribunal à la date du vingt janvier dernier ;

Sur la demande principale :

Attendu que du rapport de l'expert commis il résulte que tous les médicaments et appareils dont le prix est réclamé par Duval ont bien été fournis sur les indications du médecin traitant en vue de la guérison du blessé Leroy ;

Attendu que, sans contester sur ce point les conclusions du rapport, Salles, cependant persiste à soutenir qu'il ne doit que la somme de 100 francs par lui offerte à Duval ;

Attendu qu'il allègue, pour justifier cette offre que le prix des fournitures pharmaceutiques réclamées est exagéré et que, d'autre part, parmi ces fournitures figurent des médicaments et des appareils prothétiques qui ne sont pas prévus au tarif annexé à l'arrêté de M. le Ministre du Commerce, en date du 30 septembre 1905 et qui ne peuvent être par suite mis à la charge du chef d'entreprise ;

En ce qui concerne les fournitures non prévues au tarif légal :

Attendu qu'en vertu de la loi du 9 avril 1898, le chef d'entreprise est tenu de supporter les frais pharmaceutiques nécessaires à la guérison de son ouvrier blessé ;

Qu'il suit de là que tous les produits ou appareils prescrits par le médecin traitant dans un but curatif doivent être considérés comme médicaments et mis à la charge du chef d'entreprise, alors même qu'ils ne figureraient pas au tarif susvisé, sauf réduction par le juge si le prix demandé est exagéré.

Qu'en effet, le tarif dont s'agit n'a été établi que pour déterminer le prix des substances pharmaceutiques et aucune obligation n'est imposée aux médecins appelés à donner leurs soins aux accidentés du travail de ne prescrire que les médicaments qui y sont énumérés ;

Attendu que les produits et appareils qui font l'objet de la critique de Salles consistent en 10 bouteilles de Champagne « Moët et Chandon » et 2 poires à lavements ;

Attendu qu'il résulte des débats et du rapport de l'expert commis que ces produits et appareils qui ont été prescrits par le médecin traitant dans un but curatif étaient nécessaires à la guérison du blessé ;

Attendu au surplus qu'il n'y a pas lieu, en l'espèce, de faire une distinction entre les médicaments prévus au tarif et ceux qui n'y figurent pas, puisque les fournitures ont été faites par Duval avec l'agrément de Salles et qu'ainsi le blessé n'a pas fait lui-même choix de son pharmacien ;

Que dès lors Salles est doublement tenu au paiement de toutes les fournitures pharmaceutiques réclamées par Duval.

En ce qui concerne le prix de ces fournitures :

Attendu que Duval réclame la somme de 183 francs 85 centimes ;

Attendu qu'il résulte des débats et des renseignements fournis que ce prix est un peu exagéré et qu'il convient de le réduire à 168 francs 85 centimes ;

Sur la demande en garantie :

Attendu que du rapport de l'expert commis et des débats il résulte :

Que Leroy a été atteint en effet d'une péritonite grave à la suite d'un coup de pied de cheval dans l'abdomen ;

Qu'appelé aussitôt après l'accident pour lui prodiguer ses soins, le docteur Goldenberg trouva le blessé dans un état de collapsus absolu, poussant des gémissements sourds, ayant des vomissements sanguinolents continuels, le ventre ballonné, le facies grippé, un pouls petit, filiforme, fréquent, à tel point qu'il lui fut impossible de compter les pulsations;

Qu'il prescrivit l'immobilisation absolue du ventre, fit appliquer de la glace en permanence et pratiqua aussitôt une injection sous-cutanée de morphine pour apaiser les douleurs ;

Que le lendemain il trouva son malade dans le même état que la veille, lui prodigua de nouveau ses soins et prescrivit notamment une diète hydrique composée d'Eau d'Evian, de Champagne « Moët et Chandon », et d'eau gazeuse d'Apollinaris ;

Que les jours suivants, l'état du blessé continua à être des plus alarmants au point que M. le docteur Poussard, médecin à Rueil, appelé un soir pour remplacer le docteur Goldenberg souffrant, trouvant le cas de Leroy des plus graves fut d'avis de faire venir un chirurgien pour pratiquer la laparotomie ;

Que cette intervention chirurgicale ne fut point jugée indispensable par le docteur Goldenberg, qui continua de faire suivre à son malade le traitement qu'il jugea opportun, grâce auquel le blessé entra en convalescence dès le deuxième mois et finalement fut complètement guéri le 4 novembre suivant;

Qu'ainsi il ne s'agissait point d'une simple contusion de l'abdomen ainsi que le prétend Salles, mais bien d'une maladie grave qui, pendant environ 20 jours a mis en danger la vie du blessé et à l'occasion de laquelle, d'après l'expert, le traitement ordonné et suivi a été conforme à celui que l'on prescrit ordinairement dans des cas semblables.

Attendu dès lors que c'est avec raison que, dans son rapport l'expert conclut que le Docteur Goldenberg a fait suivre au blessé Leroy un traitement rationnel et approprié ; que les médicaments qu'il a prescrit étaient imposés par les nécessités de ce traitement et qu'aucun reproche sérieux ne peut lui être fait à ce sujet.

Attendu que dans ces conditions il y a lieu d'entériner les conclusions du rapport de l'expert et par suite de déclarer non fondée l'action en ga-

rantie introduite contre le Docteur Goldenberg ;

Sur la demande reconventionnelle :

Attendu qu'après avoir pris connaissance du rapport de l'expert, le Docteur Goldenberg a déclaré réduire sa demande en dommages intérêts à la somme de un franc, mais a conclu en outre à l'insertion du jugement à intervenir aux frais de Salles, dans deux journaux de l'arrondissement de Versailles, au choix de lui, demandeur reconventionnel, sans que le coût de chaque insertion puisse dépasser 150 francs.

Attendu qu'il y a lieu de donner acte au docteur Goldenberg de sa demande ainsi modifiée ;

Lui donnons acte de la modification apportée dans les termes ci-dessus à sa demande reconventionnelle.

Et au fond :

Attendu que Salles proteste contre cette demande en soutenant qu'elle n'est ni justifiée ni fondée ;

Attendu, en effet, qu'il n'est nullement démontré que l'action de Salles contre le docteur Goldenberg a été intentée, ainsi que le prétend ce dernier, dans un sentiment de malveillance et de mauvaise foi et avec l'intention de nuire ;

Qu'il apparaît plutôt des débats que l'assureur de Salles qui, en réalité plaide sous le nom de celui-ci, renseigné imparfaitemsnt sur les circonstances de l'accident et de ses suites, s'est mépris sur la nature et les conséquences de la blessure de Leroy ;

Que d'autre part il a pu aussi non sans quelque raison s'étonner de voir le médecin traitant prescrire spécialement parmi les vins de Champagne la marque « Moët et Chandon » à laquelle sans doute il ne soupçonnait point des propriétés particulièrement thérapeutiques ;

Qu'enfin il convient de remarquer que, dans son rapport, tout en reconnaissant que le traitement indiqué par le docteur Goldenberg lui a paru conforme à celui qu'on prescrit ordinairement dans les cas semblables, et tout en étant d'avis qu'il n'y avait pas lieu de lui reprocher le traitement ordonné puisqu'il avait ainsi évité une opération chirurgicale et obtenu la guérison du blessé, l'expert toutefois laisse entendre que le docteur Goldenberg, en prescrivant les médicaments qui ont été fournis à Leroy, n'a peut-être pas suffisamment pris en considération la condition sociale de ce dernier ;

Qu'ainsi Salles a pu croire de bonne foi que les fournitures pharmaceutiques dont le prix est réclamé étaient exagérées et hors de proportion avec le traitement logique et approprié à l'état du blessé.

Qu'il pouvait dès lors se croire fondé à actionner en garantie le médecin traitant.

Attendu que dans ces conditions il n'y a pas lieu de faire droit à la demande reconventionnelle du docteur Goldenberg.

Par ces motifs :

Jugeant en dernier ressort.

Disons que l'expert a fait une juste appréciation des faits qui lui étaient soumis et en conséquence entérinons purement et simplement les conclusions de son rapport.

Par suite :

Déclarons insuffisante l'offre de 100 francs faite par Salles à Duval.

Condamnons Salles à payer à ce dernier, avec intérêts de droit, la somme de 168 francs 85 centimes pour les causes sus énoncées.

Déclarons Salles mal fondé dans son action en garantie contre le docteur Goldenberg, l'en déboutons.

Rejetons comme non justifiée la demande reconventionnelle formée par le docteur Goldenberg contre Salles.

Et condamnons Salles en tous les dépens, à l'exception de la citation délivrée à la requête du docteur Goldenberg qui restera à la charge de ce dernier.

BIBLIOGRAPHIE

Sous le titre « **Eléments de Jurisprudence médicale à l'usage des médecins** » vient de paraître (Librairie de Droit, 20, rue Soufflot, Paris, 1 volume 8 francs), écrit par M. Perreau, professeur à la Faculté de Droit de Montpellier, un livre qui doit prendre obligatoirement sa place dans la bibliothèque du praticien.

Notre ami le Dr Lande nous le présente en ces termes :

La profession médicale subit depuis quelques années une véritable évolution. Je ne veux pas parler ici au point de vue scientifique, mais seulement au point de vue social. Il est loin le temps où le médecin se consacrait exclusivement au soin de la santé de ses clients, *au sens antique du mot, et n'avait affaire*, sauf de rares exceptions, qu'à des individualités groupées autour de lui par l'attrait de ses qualités morales et professionnelles. Le praticien vivait alors dans un milieu restreint, il est vrai, mais où le respect, la reconnaissance, l'affection, l'accompagnaient pendant tout le cours de sa carrière, lui faisant oublier ses fatigues, atténuant ses déboires, lui donnant consolation et courage dans toutes les circonstances pénibles de sa vie laborieuse.

Mais le médecin est sorti de ce cadre d'action familiale, il a dû subir le mouvement de transformation générale qui entraîne la société actuelle. Les mœurs, les intérêts, la législation, lui ont créé de nouveaux devoirs. Son rôle est aujourd'hui devenu essentiellement social et on est en droit de se demander — quelques-uns se demandent déjà — si, dans un avenir peu éloigné le médecin ne deviendra pas un fonctionnaire public.

Quel serait le résultat de ce nouveau statut ? Je ne prétends pas résoudre ici cette grave question.

Quoi qu'il en soit, la situation est en ce moment particulièrement difficile pour le corps médical : les progrès de l'individualisme d'une part, d'autre part, malgré l'apparence paradoxale du rapprochement, l'essor considérable des groupements professionnels, syndicalistes, mutualistes et autres ont dépouillé le médecin du prestige qui l'entourait autrefois.

L'encombrement médical résultant de l'attrait des grands centres, les contrats forfaitaires, la cherté croissante de la vie, ont diminué la situation matérielle du praticien.

Enfin l'application des nombreuses lois qui ont imposé au médecin des obligations multiples dans l'intérêt de la société, sans lui attribuer la juste compensation due à ses peines et à ses travaux, vient fournir une preuve de plus à l'appréciation plutôt pessimiste généralement portée par les médecins sur leur profession.

A toutes ces difficultés vient s'en joindre une autre, conséquence des précédentes et dont la gravité semble s'accentuer chaque jour. Je veux parler de la responsabilité du médecin. Particuliers ou Sociétés, personne n'hésite à invoquer cette responsabilité toutes les fois qu'existe ou paraît exister un dommage quelconque résultant d'un acte médical.

Antagonisme, a-t-on dit, entre la Magistrature et la Médecine. J'ai eu déjà occasion de combattre cette proposition qui en principe formule une erreur auss préjudiciable aux magistrats qu'aux médecins.

Monsieur le professeur Perreau a fait mieux que discuter : il a agi. Depuis trois ans, il a professé à la

Faculté de médecine de Montpellier, sur le conseil de M. le professeur Grasset, avec le bienveillant assentiment du doyen M. le docteur Mairet, et avec le gracieux appui de M. le professeur Sarda, un cours de Droit spécialement destiné aux étudiants en médecine.

Il nous donne aujourd'hui le résumé de cet enseignement. Très largement documenté, le travail de M. Perreau présente sur toutes les questions qu'il a envisagées l'état précis de la coutume, de la législation et de la jurisprudence.

Il ne s'agit pas d'un traité complet embrassant tout l'ensemble des actes de la vie privée ou de la vie publique qui, à un moment donné et à un titre quelconque, peuvent intéresser le médecin ; mais pour tous les sujets sur lesquels ont porté les leçons du professeur Perreau on reconnaît une mise au point parfaite.

C'est d'abord l'exercice de la médecine normale et illégale et les garanties des intérêts et de l'honorabilité du médecin.

Une seconde partie a pour objet les rapports du médecin avec les confrères et les personnes exerçant des professions connexes.

Sous le nom de déontologie médicale nous comprenons, nous médecins, un ensemble de règles professionnelles d'un ordre moins élevé, plus usuelles et plus pratiques. Il ne faut pas oublier que M. Perreau est un juriste, non un médecin Ses indications et ses conseils complètent divers travaux déjà publiés dans le but de guider le jeune praticien à ses débuts.

C'est dans le même esprit qu'est rédigée la troisième partie de ce livre « sur les rapports du médecin avec ses clients » Ici, je signalerai tout particulièrement trois chapitres qui ont pour objet des sujets de médecine légale proprement dite : « L'avortement, le secret médical et les certificats médicaux »

Dans une quatrième partie, l'auteur s'occupe des « Rapports du médecin avec la société ». Ici, encore on trouve des chapitres concernant la médecine légale, tel que celui des « Expertises médicales », les autres intéressent spécialement la médecine sociale. La loi sur les accidents du travail, l'assistance médicale gratuite, la protection de la santé publique en font les objets principaux.

J'allais oublier les « Impôts médicaux », je veux dire, avec l'auteur, les impôts qui frappent le médecin. Mais, autant vaut se taire : nous nous plaignons du présent, qui sait ce que nous réserve l'avenir ? Ce n'est certainement pas la situation faite par le Code Justinien ou même par les lois et arrêts du XVIe et du XVIIe siècles (voir pages 4 et 5, introduction).

Le livre de M. le professeur Perreau est l'œuvre d'un profond érudit et d'un homme de sens pratique et avisé, d'un parfait conseil judiciaire. Qui donc en a plus grand besoin que les médecins ? bien que l'auteur n'ait pas voulu le dire à l'auditoire de futurs médecins empressé à écouter ses leçons.

Tous ceux qui se sont occupés de questions professionnelles savent avec quelle désespérante insouciance les médecins négligent les intérêts généraux de leur profession. Pour secouer cette torpeur M. Perreau m'a fait le très grand honneur de solliciter mon modeste concours. Je le lui prête bien volontiers. Son livre doit être un des compagnons fidèles de tous ceux qui ont une part, si minime soit-elle, dans la charge de défendre la corporation médicale. Tout jeune médecin, si restreinte que soit sa bibliothèque, doit lui faire une place parmi les livres choisis où il est sûr de trouver un bon conseil aux heures difficiles de sa vie de praticien.

Dans son avertissement, M. Perreau fait de son livre une sorte de tribut de reconnaissance à la profession médicale. Il me permettra, j'en suis certain, de joindre aux noms qu'il a signalés celui du Docteur Sentex, président de l'Association des médecins des Landes que, par une sorte de pudeur filiale, il n'a pas cité.

Je dois cet hommage à un collègue affectionné qui au début de ma carrière sut être à la fois pour moi un maître et un camarade.

Dr Lande.

Professeur de médecine légale à la Faculté de Bordeaux.

REPORTAGE MÉDICAL

Association d'Enseignement Médical professionnel. *Cours de vacances* (Pâques 1908.) 7e année. *Liste des cours* ; 1° à *L'Hôtel des Sociétés Savantes,* Rue Serpente ; 8 heures, Chirurgie pratique, Dr Cazin ; 11 heures, Chirurgie dentaire, Dr Roy ; 4 heures, Orthopédie et chirurgie infantile, Dr Barbarin ; 5 heures, Accouchements, Dr Dubrisay ; 6 heures, Electrothérapie, Dr Zimmern.

2° *Dans différents hôpitaux.* 8 heures, Thérapeutique dermatologique et syphiligraphique, Dr Leredde, Etabl. Dermatologique, 31, rue La Boëtie ; 9 ½, Gynécologie, Dr d'Herbécourt, Clinique, 73, rue d'Amsterdam ; 9 ½, Auscultation, Dr Audistère, Hôtel-Dieu ; 11 heures, Maladies des voies urinaires, Dr Pasteau, Necker ; 5 heures, Ophtalmologie, Dr De Font-Réaulx, clinique, 73, rue d'Amsterdam ; 5 heures, Oto-Lhino-laryngologie, Dr Caboche, clinique, 73, rue d'Amsterdam ; 6 heures, Oto-Rhino-laryngologie, Dr Merrier, clinique Médico-chirurgicale (76 quai des Orfèvres).

Le droit d'inscription de chaque cours (qui comprendra en moyenne 9 leçons) est fixé à 25 francs payables en s'inscrivant. On peut s'inscrire par correspondance, ou le lundi 13 avril de 11 heures à midi à l'Hôtel des Sociétés Savantes.

Pour les inscriptions et pour renseignements s'adresser au Dr Barbarin, 186 faubourg Saint-Honoré.

Bureaux d'Hygiène.— Les candidats à l'emploi de Directeurs des bureaux municipaux d'hygiène de La Rochelle (Charente-Inférieure) et de Dijon (Côte-d'Or devront faire inscrire leurs demandes au Ministère de l'Intérieur au plus tard le 7 avril prochain pour La Rochelle et le 8 même mois pour Dijon. Traitement pour chacun de ces emplois : 4000 fr.

Faculté et Hôpitaux.

— Un concours pour l'admission à six emplois d'aide interne titulaire et six emplois d'aide-interne provisoire collaborant au service médical de la maison d'arrêt et de correction de Saint-Lazare, sera ouvert le 6 avril 1908.

Le titre d'aide interne titulaire sera remplacé, après six mois d'exercice, sur la proposition du chef de service, par celui d'interne titulaire ; cette admission donnera lieu à la délivrance d'une carte d'identité au nom de l'intéressé.

Les candidats qui désireront prendre part au concours devront se faire inscrire à la Préfecture de police (Service du personnel).

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le Docteur Someil, de Cernay-la-Ville (Seine-et-Oise), membre du « Concours Médical »

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trentième année — N° 14 — Dimanche 5 AVRIL 1908

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Simple rapprochement.

Et d'abord, ces réflexions très justes de M. Harduin, dans le *Matin*, à propos de l'affaire Rochette et du rôle joué près des magistrats par les membres du Parlement, exerçant la profession d'avocat :

Le malheur est qu'on ne pourra jamais faire admettre par la Chambre qu'il doit y avoir incompatibilité entre le mandat de député et la profession d'avocat.

Cela serait bien nécessaire, cependant, car le parlementaire avocat est une calamité. Il entrave le cours de la justice, cherchant à influencer les magistrats par la crainte ou par l'intérêt, qui sont les deux grands leviers à l'aide desquels on agit sur les hommes.

L'autre jour, on me racontait cette histoire. Un monsieur fort douteux — je crois bien, sans en être sûr, qu'il faisait partie de la bande Rochette — est appelé devant le juge d'instruction.

Celui-ci l'interroge, mais le filou l'arrête aussitôt :

— Pardon, fait-il, est-ce des renseignements que vous voulez de moi, ou suis-je interrogé comme inculpé ?

— Je veux des renseignements, répond le juge.

— Ah ! très bien, parce qu'autrement je ferais demander mon avocat. C'est M. X..., sénateur, ancien garde des sceaux.

Et cela fut dit sur un ton !.... Ne croyez pas, petit juge, semblait insinuer le monsieur, que je suis un filou quelconque. Il faut compter avec moi. L'ancien garde des sceaux, qui est à mes gages, est de force à me tirer de vos mains et à vous faire payer cher votre zèle. — H. Harduin.

Ensuite, une histoire authentique, venant à l'appui de la thèse soutenue par le spirituel chroniqueur.

Le Dr de Grissac, secrétaire-général du Sou, avait signalé en novembre 1905 à M. le Procureur de la République près le Tribunal de la Seine, avec preuves à l'appui, résultant de lettres formelles, une infraction à l'art. 30 de la loi du 9 avril 1898 commise par le Syndicat de garantie de l'Union parisienne des entrepreneurs et industriels. Il y avait eu tentative de porter atteinte au libre choix du médecin, au préjudice de notre confrère, par menace de refus des indemnités dues en vertu de la loi.

M. du Mesnil, directeur général de cette Association, appelé à fournir ses explications, remit le 2 novembre 1905 une note dans laquelle il défendait les actes de son administration, de son mieux assurément, mais par des arguments qui ne résistaient pas à l'examen et il terminait cette défense plutôt faible, en déclarant à M. le procureur de la République qu'il entendait, s'il était interrogé « être assisté de ses DEUX avocats, « M. Cruppi, avocat à la cour d'appel, *député de* « *la Haute-Garonne* (sic) et M. Renoult, avocat « à la Cour d'appel, et *député de la Haute-Saône* « (sic) » et il faisait suivre sa signature des titres ci-après : « Secrétaire-général du Comité républicain de l'Entreprise, administrateur de la Société

nouvelle des journaux républicains (*Radical*, etc.).

Le Parquet fut convaincu par cet ensemble d'arguments et l'affaire fut classée sans suite.

Le plaignant, et avec lui, le « Sou médical » et le Syndicat des médecins de la Seine, adressèrent à M. le Procureur général une nouvelle plainte, réfutant les arguments spécieux de M. du Mesnil et lui demandèrent de rapporter la décision de classement du Procureur de la République.

M. le Procureur général ne donna aucune suite à cette plainte.

Nous ne faisons aucun rapprochement entre la personnalité du banquier, dont l'arrestation récente a ému l'Opinion, la Presse et jusqu'au Parlement, et celle de M. du Mesnil dont, en dehors des infractions à la loi de 1898 commises par le Syndicat de garantie comme par la plupart des assureurs, l'honorabilité n'est point contestée par nous.

Mais, n'est-il pas curieux qu'il suffise, pour que l'art. 30 reste lettre morte, malgré la preuve écrite produite au Parquet, que la personnalité, accusée d'une infraction, fasse valoir, sans aucune nécessité puisqu'il n'y avait aucune instruction d'ouverte pouvant donner lieu à l'application de la loi sur l'instruction contradictoire, les titres parlementaires de ses défenseurs ordinaires ?

Ne suffisait-il pas, dans le cas où la partie à laquelle des explications étaient demandées aurait voulu revendiquer son droit d'être assistée d'un avocat, de nommer l'un d'eux, en faisant suivre son nom de son seul titre d'avocat ?

Pourquoi désigner, à l'occasion d'une infraction punie de peines aussi minimes, deux *avocats* et surtout se prévaloir des titres de députés de chacun d'eux ?

C'est évidemment que M. du Mesnil pensait que le client de deux parlementaires aussi éminents était « tabou » et que les autres arguments par lui donnés étant insuffisants, celui-là serait décisif.

N'était-ce pas procéder par la menace à l'égard de M. le Procureur de la République, comme s'il s'agissait d'un simple blessé du travail ? Cela ne signifiait-il pas :

« Si vous osez donner suite à cette plainte, votre juge d'instruction n'aura pas seulement affaire à moi qui dispose déjà de journaux politiques influents, mais en outre à deux députés ministrables (l'un d'eux a depuis décroché la timbale) et qui ne peuvent rien refuser au Syndicat de garantie, sous peine de perdre les dossiers rémunérateurs des entrepreneurs du Syndicat, qui savent que c'est dans le parti radical et radical socialiste que se trouvent les défenseurs les meilleurs et les plus utiles des intérêts du pauvre capital, si menacé par les ouvriers et les médecins.

M. le Procureur de la République et M. le Procureur général se sont bien gardés de détromper M. du Mesnil sur la valeur de ce raisonnement.

Vive l'Egalité devant la Loi !

LA SEMAINE MEDICALE

Les fractures pathologiques chez les syphilitiques.

Parmi les nombreux accidents que peut produire la syphilis, M. le Dr *J. P. Roche*, de Montpellier, signale dans sa thèse les fractures pathologiques.

Le tertiarisme constitue la prédisposition principale soit par syphilomatose, soit par dystrophie osseuse (décalcification fluorée.)

Ces fractures se distinguent par la plus ou moins grande insignifiance de leurs causes occasionnelles et par des symptômes un peu spéciaux.

Au cours d'un geste banal, le sujet ressent une douleur brusque, il entend un craquement, et voilà qu'un de ses membres est frappé d'impotence.

Le médecin, s'il est appelé aussitôt, constate les signes cliniques suivant :

Gonflement sans ecchymose, déplacement angulaire fréquent, peu de crépitation, mobilisation peu douloureuse.

Au point de vue du siège de ces fractures, Dubreuil a constaté sur 111 cas, les fractures suivantes :

Humérus, 28 fois ; fémur, 26 ; tibia, 18 ; clavicule, 16 ; radius, 10 ; omoplate, 4 ; sternum, 3 ; côtes, 3 ; cubitus, 2 ; rotule, 1 fois.

Quant au traitement, voici ce qu'indique M. Roche :

1° *Localement*, les fractures pathologiques seront traitées comme les fractures purement traumatiques. La réduction, est en général, facile, mais les manœuvres de la réduction seront modérées, vu la fragilité des os.

Les appareils habituels seront appliqués suivant les circonstances. L'extension continue, si elle est indiquée, sera de 3 kilos en moyenne.

La suture osseuse paraît seule contre-indiquée : les points au fil d'argent doivent se comporter fort mal en milieu raréfié et dystrophique.

2° *Généralement*, c'est le traitement antisyphilitique habituel qui doit être prescrit : sirop de Gibert, injections intra-musculaires de sels solubles ou insolubles.

Si le malade est débilité, on adoptera les excellentes formules de Brousse à cause de l'adjuvant arsenical.

Sirop de Gibert modifié :

Bi-iodure d'hydrargyre.....	0.25
Iodure de K................	25
Cacodylate de Na...........	1.25
Sirop d'écorce d'or. amères.	500

(une à deux cuillerées avant chaque repas) (Brousse)

Pour des piqûres intra-musculaires :

Bi-iodure d'hydrargyre......	0.10
Iodure de Na (dissolvant)......	0.10
Cacodylate de Na............	0.30
Eau distillée stérilisée	10 centim. cubes.

L'iodure de potassium peut être donnée à la dose suivante, deux cuillerées par jour, de :

Iodure de potassium......	50 gr.
Eau......................	500 —

on doit augmenter progressivement et aller jusqu'à cinq ou six cuillerées par jour.

Si on soupçonne la décalcification fluorée de Charpy, on se trouvera bien désarmé ; néanmoins, outre le traitement mercuriel, les calcifiants doivent être conseillés : purées de légumineuses..., phosphate de chaux.

Enfin, ne jamais oublier de prescrire avec le mercure un gargarisme au chlorate de potasse pour éviter la stomatite.

Sur un cas d'amélioration rapide de l'état général par l'emploi de la somatose liquide.

Le docteur L. Delon, de Valdampierre (Oise), nous communique l'observation suivante qui nous paraît assez intéressante pour être publiée :

Mme L. 46 ans, se plaint depuis assez longtemps déjà de faiblesse extrême la forçant parfois à garder le lit ; sur le soir une légère réaction fébrile apparaît ; elle éprouve en plus des troubles digestifs, qui se traduisent par une anorexie très marquée surtout pour la viande, par des vomissements très fréquents, par une légère hyperchlorhydrie et souvent aussi par de la diarrhée. La malade a eu quelques épistaxis. Son caractère est devenu triste, mélancolique et surtout très irritable ; elle a des éblouissements toutes les fois qu'elle essaie de se lever du lit et est sans cesse prête à défaillir, l'insomnie est absolue ; aucun signe stéthoscopique.

Tel est l'état de la malade, lorsque pour la première fois je suis appelé auprès d'elle. Le début remonte à plusieurs années et il semble que ce sont des symptômes anémiques qui ont marqué le début de la maladie ; les symptômes nerveux ont fait leur apparition ensuite.

La malade a été traitée alternativement par des préparations ferrugineuses et arsénicales qui, au début, ont paru donner quelques résultats, mais lorsque je suis appelé, la malade qui vient de subir une série d'injections de cacodylate de soude est hors d'état de se lever, son caractère est d'une irritabilité extrême, les vomissements ne la quittent plus et sont provoqués par la moindre ingestion d'aliments et la malade, débilitée au dernier point, refuse d'absorber quoi que ce soit, de crainte de provoquer ces vomissements hyperacides, dont elle ne cesse de se plaindre.

En présence de l'insuccès des médications toniques fortifiantes antérieures, l'idée me vint d'essayer chez cette malade « la Somatose liquide ». Pendant deux ou trois jours : même insuccès ; tout était rejeté dans les vomissements. Le troisième jour est marqué par une légère amélioration ; la malade avait supporté quatre cuillerées à soupe de Somatose liquide. Par ce seul fait, son état nerveux s'était légèrement amélioré le traitement continua ainsi pendant dix-huit jours ; la tolérance stomacale revint peu à peu. Progressivement la malade s'alimenta de plus en plus, se leva quelques heures au bout de quelques jours, put supporter quelques courtes promenades, etc.

Actuellement elle s'alimente d'une façon à peu près satisfaisante et n'est soumise pour le moment qu'à une médication tonique. Les forces physiques et morales sont considérablement améliorées.

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Traitement du goître exophtalmique par le sulfate de quinine.

MM. Lancereaux et Paulesco emploient, depuis 10 ans déjà, le sulfate de quinine dans le traitement du goître exophtalmique. Ils administrent ce médicament le soir au repas, à la dose de 1 gr. ou 1 gr. 50, en deux ou trois fractions de 0 gr. 50, prises à un quart d'heure d'intervalle. On donne ainsi le sulfate de quinine pendant quinze à vingt jours chaque mois.

Les bons effets de cette médication sont dus, disent MM. Lancereaux et Paulesco, à l'action vaso-constrictive exercée par le sulfate de quinine sur les vaisseaux du cou et de la tête. Dans le goître exophtalmique existe, en effet, une vaso-dilatation active du système vasculaire de ces régions, d'où paraissent dépendre les principaux troubles de la maladie. Aussi, dans les cas anciens, est-il avantageux d associer au sulfate de quinine d'autres vaso-constricteurs, l'ergot de seigle en particulier (0 gr. 10 à 0 gr. 50, le matin).

Les hypertensions partielles dans l'artério-sclérose : leur intérêt clinique.

M. J. Teissier, de Lyon, a fait une série de re-

FEUILLETON

Les forçats de la médecine.

Connaissez-vous Potinville ?

C'est une petite bourgade de 1,000 habitants, dont 1/3 de miséreux, le reste embrigadé dans une société de Secours mutuels à tarif réduit, et, pour cet embryon de clientèle, il y a trois médecins, jeunes, pleins d'activité, s'escrimant à qui mieux mieux, s'essoufflant, battant l'estrade, pour attirer ou retenir un public rare, qui va de l'un à l'autre en gouaillant et, naturellement, sans payer.

A quoi bon se gêner ? N'est-on pas sûr de trouver, à toute réquisition, le médecin nº 1, 2 ou 3, toujours empressé, le dos arrondi, la bouche en cœur, le chapeau balayant le seuil, se précipiter au premier coup de sonnette, abandonnant en hâte dîner, sommeil, famille, repos,, et avec des exclamations : « Oh ! mon Dieu ! le pauvre amour, le cher petit ange ! » (1) ou bien : « Ah ! vraiment ! Cette bonne Madame Bribiche ! .... Depuis trois jours, dites-vous. Allons ! dépêchons vite, je cours avec vous.... »

De retour à la maison, devant le dîner refroidi, le médecin se rattrape et passe sa mauvaise humeur : « C'est l'affreux gosse à Balochard qui a de l'eczéma dans le nez où il a toujours les doigts fourrés... C'est cette vieille bête de Bribiche qui depuis trois jours avale l'urine de son mari, parce qu'elle a dans le ventre un crapaud, qu'elle ne peut pas faire déguerpir ... »

Mais, à peine a-t-il fait cette sortie qu'il s'arrête et pâlit devant les chutt ! ! et les signes de désolation de son entourage. Il a oublié que la domestique peut trahir , que la lingère, Mlle Mijaurée, est dans la pièce à côté, que la laitière est peut-être encore à la cuisine. Ah ! mon Dieu ! si par hasard elles avaient entendu !.... quelle catastrophe !... Sûrement cela se saura d'un bout à l'autre du village !...

Que va-t-il advenir ? D'autant plus que Mme Plumasseau, la modiste, est déjà furieuse parce que Madame s'est fait confectionner un chapeau par sa concurrente, Mlle Lahupette. Et puis, on a oublié de complimenter la tailleuse qui a raté le vêtement de la belle-mère du médecin — et enfin, pour comble ! le médecin lui-même n'a-t-il pas osé faire observer, humblement, c'est vrai, à son cordonnier, Brisecuir, le terrible Brisecuir ! que les escarpins qu'il lui avait fabriqués lui faisaient mal. Et depuis avant-hier, Brisecuir, les yeux exorbités, ne décolère pas : « Ce sacré avorton !... ce charlatan de malheur !... Faut pas qu'il la fasse à la pose, ce médecin de quat'sous, qui n'est pas seulement capable de guérir ses cors aux pieds !.... »

Et c'est ainsi chaque jour, et malgré les rebuffades,

(1) Textuel.

cherches sur la pression artérielle, dans l'artério-sclérose, en divers points du système circulatoire. Etudiant comparativement, chez ses malades, la tension dans la radiale, dans la temporale et dans la pédieuse, il est arrivé à cette déduction : qu'il est des hypertensions généralisées et des hypertensions localisées, partielles, se manifestant tantôt à la radiale, tantôt à la temporale, tantôt à la pédieuse. Ainsi, tandis que normalement la pression est de 16 à 18 à la radiale, 13 à 15 à la pédieuse, 8 à 12 à la temporale, on pourra trouver chez un malade, par exemple 19 à la radiale, 17 à la pédieuse, 25 à la temporale. Ces hypertensions partielles offrent un intérêt clinique : on les voit associées à des manifestations elles-mêmes localisées de l'artério-sclérose. A l'hypertension de la *temporale* répondent toujours des manifestations dominantes du côté de l'encéphale, troubles cérébraux, vertiges apoplectiformes, phénomènes oculaires, paralysies limitées. A l'hypertension de la *radiale* répondent des déterminations scléro-vasculaires de l'aorte ou des coronaires. A l'hypertension de la *pédieuse* répondent des manifestations limitées aux organes de la région abdominale.

La connaissance de ces faits, d'une hypertension partielle, peut nous guider du côté des points de l'organisme plus sérieusement intéressés et nous mettre mieux en état de prévoir et de combattre les complications.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Diagnostic de la tuberculose pulmonaire au début.

Dans une communication récente, que nous avons signalée, M. Bezançon avait soulevé la question suivante : quelle est la valeur, comme signe diagnostique de la tuberculose pulmonaire, de l'affaiblissement respiratoire ? Suffit-il de constater, à l'auscultation sous-claviculaire, *une diminution du murmure vésiculaire*, pour porter, comme le pensait Grancher, le diagnostic de tuberculose au début ?

M. Bezançon, on s'en souvient, avait conclu que la faiblesse inspiratoire au sommet, constituait simplement un indice — non une certitude — de tuberculose, et plutôt de tuberculose latente, torpide, atténuée.

La question, reprise et mise à l'ordre du jour de plusieurs séances de la Société médicale des hôpitaux, a donné lieu à une longue et intéressante discussion.

Existe-t-il, en dehors de la tuberculose, d'autres causes d'affaiblissement du murmure vésiculaire sous la clavicule ? A la vérité, non seulement il en existe, mais encore ces causes sont nombreuses : les unes sont d'ordre physiologique, les autres d'ordre pathologique.

L'auscultation d'environ 2000 hommes sains de vingt ans a permis à M. Lemoine de noter des différences d'intensité persistantes et fixes du bruit inspiratoire aux 2 sommets chez un tiers des sujets. Pour le plus grand nombre, l'inspiration était plus forte à droite. Chez quelques-uns, le maximum du bruit inspiratoire se percevait à gauche. Ces derniers étaient presque tous des gauchers et la différence d'intensité était surtout marquée chez ceux dont la profession exige des mouvements répétés et vigoureux du membre supérieur. Ce sont là des anomalies respiratoires professionnelles ou d'habitude.

Il est aussi des diminutions du murmure vésiculaire liées à des conditions physiologiques d'une autre nature, au mode habituel de décubitus (Dufour), à l'immobilisation du thorax par une douleur névralgique, à des altérations du squelette (scoliose, déformations thoraciques.)

Envisageons ensuite les causes de diminution du bruit inspiratoire d'ordre pathologique. La faiblesse respiratoire d'un sommet peut relever d'une pleurésie sèche adhésive (qui n'est pas toujours bacillaire), d'un emphysème localisé (qui n'est pas rare à la suite de coqueluches graves et se voit à la période de guérison de la tuberculose), d'adénopathie médiastine (qui n'est pas toujours, non plus, bacillaire, et succède parfois à la rougeole, à la grippe, à la coqueluche) (Barth).

L'obstruction des voies naso-pharyngiennes peut créer une faiblesse respiratoire *d'un* sommet.

---

malgré les haussements d'épaules, les rires ironiques, les réceptions glacées et les propos malveillants qui se chuchotent autour de lui, le médecin, obséquieux, déambule, envoyant à droite et à gauche des coups de chapeau, jusqu'à terre, prodiguant partout les sourires aimables, les paroles sucrées, les caresses fondantes....

On l'exploite et on se moque de lui. Il n'ose même plus sortir pour prendre l'air ou un peu de distraction depuis qu'il a vu le public scandalisé et indigné parcequ'il avait été aperçu pénétrant dans un café pour faire sa partie de manille, le jour même où il soignait le père Nicole pour une fluxion de poitrine, fluxion dont il mourait trois jours plus tard, le pauvre Nicole ! « Pensez-donc !.. Quel sans cœur, ce médecin ! Et puis, aller au café ! faut-il n'avoir rien à faire !... »

La clientèle, dont il est le plat valet, se sert de lui et le méprise. Que voulez-vous ? Le public est simpliste ; il s'imagine toujours qu'on lui en donne pour son argent ; et comment voulez-vous qu'il apprécie les services qu'on lui rend, si on les estime assez peu soi-même pour ne pas se les faire payer. Le public a-t-il vraiment tort ?

Dans tous les cas le médecin de Potinville gagne tout juste, à la fin de l'année, autant que le manœuvre du coin, un peu moins que le cantonnier ou le facteur auxquels il prodigue gratuitement ses soins. Quant à ses frais multiples, frais de cheval, de voiture, de loyer, ses dépenses professionnelles, tout cela sera payé avec les ressources de la dot de madame, si madame a été pourvue d'une dot.

Si la tentation vient, à la fin de l'année, d'envoyer une note d'honoraires, le médecin de Potinville la refoule bien loin, comme une mauvaise pensée. Songez donc ! Si on allait mécontenter Grenicheux qui doit une note depuis 5 ans ! Comme il irait vite conter sa mésaventure à son voisin, en l'agrémentant de propos tels que ceux-ci : « Eh bien ! il en a du culot, le croquant ! me réclamer de l'argent à moi ! il doit bien savoir qu'il est assez payé pour ce qu'il a fait.... Il me compte 10 visites, et je suis bien sûr qu'il n'est pas venu plus de 4 fois. Et pour ce que ça a servi ! Si la mère Nitouche ne m'avait pas fait boire une tisane de *camomine* j'étais bien sûr de tourner l'arme à gauche avec les *portions* de c't'empoté... Ça vit de la sueur et des maladies du pauvre monde, et ça roule carrosse avec not'argent, sale métier et sales gens!....?

Et voilà la vie du médecin à Potinville.. Nous sommes trois ; qui veut faire le quatrième ? Je ne pense pas que nous puissions trouver notre homme ailleurs qu'à Nouméa. Et encore.... pas depuis l'aventure arrivée à Danval....

Votre bien dévoué.

Docteur Nemo.

Ce n'est pas tout, M. Rénon rappelle qu'il a décrit en 1901, avec M. Sollier, une obscurité inspiratoire du sommet du poumon droit d'origine névropathique. C'est une sorte d'état atélectasique pulmonaire, qui pourrait trouver son explication dans un spasme bronchique prédominant sur la bronche droite. Ce phénomène fait partie d'un syndrome névropathique : l'auteur en a observé une vingtaine de cas.

Ce n'est pas tout encore. M. Queyrat signale également une autre origine possible de la faiblesse du murmure vésiculaire au sommet. Il s'agit d'un affaiblissement respiratoire congénital et familial, dont on trouve la source dans l'hérédité (ordinairement tuberculeuse) du sujet.

D'un tel ensemble de considérations, il résulte, remarque M. Barth, qu'on ne saurait, sans idée préconçue, attribuer à un début de tuberculose l'affaiblissement du murmure vésiculaire au sommet droit — c'est au sommet droit qu'on le constate le plus souvent — quand il n'existe pas d'autres signes morbides, quand il n'y a ni rudesse inspiratoire, ni expiration prolongée, ni exagération du retentissement vocal, quand le sujet ne tousse pas, ne maigrit pas et n'a pas de fièvre. Tout au plus a-t on le droit de considérer comme suspects les sujets qui présentent cette anomalie respiratoire et de les soumettre à une surveillance médicale discrète.

L'affaiblissement du murmure vésiculaire sous la clavicule ne suffit pas, à lui seul, pour autoriser le diagnostic de tuberculose au début (Barié). Sa valeur, néanmoins, reste grande, comme mode de dépistage de la tuberculose (Le Gendre, Faisans, Queyrat, Barbier, Guinon), chez l'enfant principalement (Rist), surtout si l'on a éliminé toutes les autres causes capables d'expliquer cette faiblesse inspiratoire.

En définitive, la constatation permanente d'une faiblesse inspiratoire à l'un des sommets (au sommet droit ordinairement) ne permet pas d'affirmer la tuberculose, mais elle doit y faire penser. Grancher disait qu'*elle pose le problème*. Comment le résoudre ?

Le dépistage de la tuberculose au début s'appuiera sur un ensemble de signes et de symptômes dont voici les principaux :

Des signes d'auscultation : la faiblesse de l'inspiration sous la clavicule, dont il vient d'être longuement question, la rudesse inspiratoire, l'expiration prolongée, constatés en permanence, au même endroit.

Des symptômes généraux et locaux : l'altération de l'état général, l'amaigrissement, les troubles digestifs, la toux, l'essoufflement, la tachycardie au moindre effort, etc.

La recherche de la tension artérielle peut être utile au diagnostic précoce de la tuberculose. Dans la tuberculose, la tension artérielle est abaissée. Quand cet abaissement est notable et persistant, qu'aucune autre cause, comme une neurasthénie profonde, ne vient l'expliquer, il constitue un appoint faisant pencher le diagnostic du côté de la bacillose (Marfan).

La radioscopie rendra quelquefois des services, en pareil cas. L'opacité, il est vrai, est souvent plus intense chez les sujets guéris et porteurs d'anciennes lésions (Rist).

Voici encore d'autres indices de tuberculose au début, auxquels M. Fernet accorde une assez grande importance :

a) L'adénopathie trachéo-bronchique, phénomène précoce, comparable à l'adénite inguinale du début de la syphilis.

b) Les signes physiques constatés bien des fois (en même temps que ceux du sommet) *à la base du poumon*, et qui consistent en obscurité du bruit respiratoire avec quelques sous-crépitations. Avec le sommet du poumon et la zone des ganglions bronchiques, cela constitue un troisième foyer de signes physiques.

c) L'adénopathie axillaire, sur laquelle M. Fernet a attiré l'attention en 1903, lésion facile à constater, et de réelle valeur.

Reste les procédés de diagnostic de laboratoire. L'emploi de l'injection de tuberculine pour dépister la tuberculose humaine a peu de partisans. Elle est cependant recommandée par M. Claisse.

En résumé, le diagnostic de la tuberculose au début ne saurait se baser sur un seul signe. Il s'établira, avec plus ou moins de certitude, dans chaque cas particulier, d'après l'ensemble des signes et symptômes observés. La sagacité du clinicien en précisera la valeur, en n'oubliant pas que, malgré tout, la tuberculose est une affection très fréquente...

MM. Hirtz et Barié signalent, enfin, deux causes d'erreurs dans ce diagnostic.

M. Hirtz a observé des œdèmes et des congestions pulmonaires, d'origine brightique, localisés aux sommets, qui rappelaient, par les phénomènes d'auscultation (rudesse respiratoire, râles fixes localisés), la tuberculose. Le diagnostic se fera par la disproportion entre les signes physiques et la dyspnée concomitante et par la mobilité excessive des foyers de bronchite albuminurique.

M. Barié rappelle la possibilité, au cours des cardiopathies chroniques, de congestions aiguës qui apparaissent quelquefois aux bases (comme la congestion par stase), mais qui peuvent aussi se cantonner d'une façon presque exclusive sur l'un des sommets et y persister pendant un temps plus ou moins long. Cette congestion active se manifeste par de la diminution notable du murmure respiratoire dans la région sous-claviculaire et par la présence de petits râles fins sous-crépitants. Pour distinguer cette congestion aiguë, de la tuberculose, on se rappellera qu'elle est en général fugace et disparaît avec la même rapidité qui a marqué son début.

P. L.

PHTISIOTHÉRAPIE

Quelques réflexions sur la valeur de la diminution du murmure vésiculaire aux sommets comme signe précoce de tuberculose pulmonaire.

Par le Docteur H. Hamant.

Ancien Médecin-Assistant du Sanatorium d'Angicourt
Directeur du Sanatorium de Beaulieu, à
Cambo les-Bains (Basses-Pyrénées).

On a beaucoup discuté, depuis deux mois, à la Société Médicale des Hôpitaux, sur la valeur de la diminution du murmure vésiculaire aux sommets — et en particulier au sommet droit — comme signe précoce de tuberculose pulmonaire ; mais, ainsi que l'a excellemment fait remarquer M. Faisans au cours de ces brillants débats, il semble « qu'une confusion se soit glissée dans « l'esprit de quelques-uns de ses collègues au sujet « de ce que Grancher a dit et écrit sur la signifi- « cation de la respiration faible (1) » et que, dans le feu d'une discussion passionnante, certains orateurs se soient parfois un peu écartés de la question et aient momentanément perdu de vue ce que Grancher avait écrit à ce sujet, comme il savait le faire, d'une manière aussi exacte que

(1) *Bulletin médical*, 22e année, n° 13 du mercredi 12 février 1908, pages 143 et suivantes.

complète, et dans des termes semblant cependant ne laisser place à aucune équivoque.

J'ai eu l'honneur et le bonheur de connaître le professeur Grancher pendant les dernières années de sa vie et de l'entendre causer à plusieurs reprises de ces délicates questions, « dont l'étude, comme il l'a déclaré récemment encore, l'avait toujours passionné » (1), à l'occasion de malades au sujet desquels il voulait bien m'aider de ses excellents conseils et de sa grande expérience. C'est pourquoi les lecteurs du *Concours Médical* voudront sans doute bien me permettre d'ajouter mon modeste témoignage à ceux des élèves, mes aînés, de notre regretté Maître, en leur rappelant ceux des passages de ses ouvrages par lesquels il a, à différentes reprises, précisé et affirmé son opinion à ce sujet, et en rapportant des observations qui paraissent confirmer la solidité de l'œuvre de Grancher sur ce point particulier du diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire et ébranler les conclusions que de distingués orateurs ont tirées de quelques observations résumées au cours de cette discussion, pour infirmer, ou atténuer tout au moins, la pensée de mon regretté Maître à ce sujet.

Pour bien saisir l'opinion de Grancher sur ce point précis, il importe, je crois, de ne pas perdre de vue ce qu'il a écrit spécialement à ce sujet, d'abord en 1882 dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de Chirurgie* (2), puis beaucoup plus récemment, en 1904 (3), à la fin de 1905 (4) et en 1906 (5).

D'autre part, comme M. Faisans l'a fait remarquer, « en matière d'auscultation, l'enfant ressemble peu à l'adulte, et il lui ressemble moins encore peut-être au point de vue de la marche de la tuberculose. On ne peut donc pas conclure de l'un à l'autre, ni appliquer aux adultes des aphorismes, qui, dans l'esprit de Grancher, ne visaient que les enfants » (6).

Dans deux des brochures sus-citées, publiées relativement (au moins pour l'une d'elles) à « l'assistance préventive de l'**enfance** », Grancher précise nettement les raisons pour lesquelles l'**inspiration** faible, quand elle demeure **permanente** et **localisée**, est pour lui synonyme de tuberculose pulmonaire au début :

« .... j'observai avec un soin extrême les tout premiers débuts du tubercule encore invisible à l'œil humain, et je constatai, après Rindfleisch et avec Charcot, que, dans le lobule pulmonaire, le tubercule prend naissance au niveau de l'infundibulum, qui s'épanouit en une grappe d'alvéoles où se fait l'hématose. Là, dans cette portion rétrécie du lobulin, se forment les premières cellules de la granulation tuberculeuse. Naturellement, cet amas de cellules pathologiques déforme, rétrécit, obture même très vite l'infundibulum. J'en concluais que, contrairement à l'opinion de Laennec, une auscultation attentive de l'*inspiration* permettrait peut-être de saisir la présence de ces tubercules, alors même qu'ils sont encore très petits et très discrets » (1).

Et ailleurs :

« .... Quand on connaît le mode de développement du tubercule dans les poumons — et il n'est pas permis de l'ignorer — on sait que le follicule tuberculeux naît dans le vestibule de l'acinus. Là, il produit nécessairement, fatalement, en rétrécissant le conduit qui donne accès à l'air atmosphérique, une diminution du murmure vésiculaire, avec ou sans rudesse. Le plus souvent, l'oreille perçoit, avec cet affaiblissement du murmure normal, un abaissement de sa tonalité, et l'*inspiration* devient faible et basse ou rude, mais surtout, surtout elle est affaiblie » (2).

Il ne me paraît guère possible de tirer des conclusions plus strictement logiques et rationnelles, basées sur les constatations anatomo-pathologiques que Grancher fit, au cours de ses longues et remarquables recherches sur la genèse et le developpement de la granulation tuberculeuse dans le poumon. Aussi est-ce sur un fait précis, et scientifiquement établi par lui, qu'il conclut quand il écrit :

« A cette date de l'extrême début du mal, les vibrations, le son, l'expiration sont physiologiques au niveau du point malade. Seule, l'inspiration est modifiée ; elle est plus rude ou plus faible, ou en même temps faible, rude et saccadée, si on la compare à l'inspiration du poumon opposé, dans le point symétrique.

« Je dis que cette altération de *l'inspiration seule*, quand elle est *permanente* et *localisée*, suffit au diagnostic de tuberculose pulmonaire, surtout si elle s'accompagne, comme c'est la règle presque constante, d'un léger trouble de la santé : fatigue, pâleur, amaigrissement, fébricule, etc... » (3)

Comme on le voit, il semble que certains des orateurs qui ont pris la parole au cours de la discussion qui vient d'avoir lieu à ce sujet à la Société médicale des Hôpitaux, aient perdu le souvenir exact de ce qu'a écrit Grancher, qui ne manque pas de faire entrer en ligne de compte, dans l'établissement d'un diagnostic précoce de cette maladie, l'apparition presque constante, à côté de l'inspiration anormale, permanente et localisée, d'un léger trouble de la santé. Et dans un autre de ses plus récents ouvrages, il le spécifie encore bien :

« Il y a plus de vingt ans que j'enseigne que cet affaiblissement du murmure inspiratoire, quand il est fixe, unilatéral....., quand il s'accompagne d'un fléchissement de la santé et des forces, d'instabilité thermique, de dyspepsie, est *synonyme de tuberculose au début.* » (4)

Déjà dans son premier mémoire sur ce sujet en 1882, il formulait, en des termes plus concis encore s'il est possible, exactement les mêmes conclusions :

« La question qui se pose est la suivante : l'une quelconque des respirations anormales, la respiration rude, la respiration saccadée, la respiration faible, suffit-elle, quand elle est isolée, pour le diagnostic de la tuberculose ?

« A cette question, je n'hésite pas pour ma part à répondre : oui, le plus souvent, et dans certaines conditions déterminées, les respirations anormales suffisent pour ce diagnostic.

« Il est bien entendu d'ailleurs que l'étude

(1) Première étape de la Tuberculose pulmonaire, diagnostic précoce par l'auscultation, par M. le Professeur Grancher, Paris, 1905, page 14.

(2) *Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie* : De la valeur des respirations anomales dans le diagnostic du début de la tuberculose pulmonaire commune, par M. le Dr J. Grancher, agrégé de la Faculté, médecin de l'Hôpital Necker, n° du 16 juin 1882, pages 392 et suivantes.

(3) Préservation scolaire contre la tuberculose, par M. le Professeur Grancher, Paris, 1904.

(4) Première étape de la tuberculose pulmonaire, diagnostic précoce par l'auscultation, par M. le Professeur Grancher, Paris, 1905.

(5) La tuberculose ganglio-pulmonaire dans les écoles parisiennes, par M. le Professeur Grancher et ses collaborateurs, Paris, 1906.

(6) *Bulletin médical*, 22e année, n° 13 du mercredi 12 février 1908, page 143, colonne 3.

(1) Grancher. — *Loco. citato*, Paris, 1905, page 15.

(2) Grancher. — *Loco citato*, Paris, 1904, page 15.

(3) Grancher. — *Loco citato*, Paris 1905, pages 8 et 9.

(4) Grancher. — *Loco citato*, Paris 1904, page 15.

« des phénomènes rationnels et des symptômes « généraux, qui accompagnent le plus souvent « l'apparition de ces signes physiques, ne saurait « être négligée ; mais je crois que, tout en te- « nant grand compte de ces symptômes, il faut « s'en servir seulement pour aider au diagnostic.

« Presque toujours en effet, les malades tous- « sent un peu, ils ont des douleurs thoraciques « vagues, ils se fatiguent plus facilement qu'au- « trefois, leur appétit est diminué » (1).

Terminons cette mise au point des idées de Grancher, sur ce point tout spécial, par une dernière citation, tirée de la dernière brochure publiée par lui à ce propos :

« Le premier signe, qui précède tous les au- « tres, et qui suffit à caractériser *la première « étape*, est une altération de *l'inspiration*. Cette « altération, localisée à l'un des sommets, quand « elle est *fixe* et *permanente*, permet d'affirmer « une lésion. Si, du reste, on étudie l'enfant « porteur de cette anomalie, on reconnaît que sa « santé générale est atteinte, et qu'il porte les in- « dices révélateurs de la tuberculose, en dehors « même de sa lésion pulmonaire. Il est généra- « lement plus pâle que ses camarades, il tous- « sotte et s'essouffle facilement, etc... Presque « toujours des adénopathies du cou, des aissel- « les et des aines accompagnent ce trouble de « l'inspiration » (2).

Il me semble donc surabondamment démontré, par les multiples citations que je viens d'emprunter aux différentes publications écrites sur ce sujet par mon regretté Maître, que Grancher, tout en attachant à l'**inspiration** faible, **permanente et localisée**, l'immense importance, basée sur ses constatations anatomo-pathologiques, qui paraissait lui revenir dans le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire, surtout chez l'enfant, n'a jamais songé à l'isoler complètement, comme certains orateurs ayant pris part à la discussion paraissent l'avoir avancé, des petits symptômes généraux et fonctionnels qui l'accompagnent presque toujours et qui peuvent aider grandement à formuler un diagnostic ferme.

Pour conclure, répétons donc avec M. Faisans que « les signes physiques ne sont jamais patho- « gnomoniques et que l'auscultation, même « quand elle est méthodiquement pratiquée, ne « suffit pas pour établir le diagnostic. S'il n'est « pas inutile d'avoir ce que l'on appelle une bon- « ne oreille, il y a une qualité qui est plus pré- « cieuse encore, c'est la sûreté du jugement » (3).

*
* *

Certains des orateurs qui ont pris part à cette discussion paraissent avoir aussi perdu de vue que Grancher ne considérait nullement l'inspiration faible, quand elle est permanente et localisée, comme un signe pathognomonique de la tuberculose pulmonaire, à l'exclusion de toute autre affection, même quand elle est accompagnée d'un léger fléchissement de la santé.

Dans son premier mémoire sur cette question, déjà cité, publié en 1882, dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, on peut lire en effet dans ses conclusions : « Ces conclusions « ne sont pas applicables aux malades qui ont « souffert antérieurement d'une pleurésie géné- « ralisée, d'une pneumonie ou de toute autre « maladie grave de la plèvre ou du poumon.

« Elles ont au contraire le maximum de leur « valeur, chez les jeunes gens et les jeunes filles « suspects, pour quelque raison que ce soit, d'un « processus tuberculeux » (1).

Et plus récemment, en 1904, il confirme pleinement cette manière de voir quand il écrit :

« Il y a plus de vingt ans que j'enseigne que « cet affaiblissement du murmure inspiratoire, « quand il est fixe, unilatéral, quand aucune cir- « constance surajoutée : pleurésie antérieure, « atrophie musculaire, etc.., ne peut l'expliquer, « est *synonyme de tuberculose au début* » (2).

Grancher paraît donc avoir répondu lui-même par avance aux objections qui viennent de lui être faites à cet égard, et cet, « etc.. » notamment, surtout quand il se trouve sous la plume d'un pareil observateur, résume bien des affections auxquelles il pensait très certainement comme pouvant donner lieu à la constatation du même symptôme, en dehors de toute tuberculose pulmonaire débutante, mais, incontestablement, beaucoup plus rarement qu'elle.

*
* *

Plusieurs des médecins qui ont pris part à cette discussion ont marqué leur souci de ne pas « bouleverser une existence » sur la simple constatation d'une inspiration faible qui peut subsister fort longtemps sans qu'aucun autre signe de tuberculose vienne s'y ajouter, et de ne pas ainsi « exagérer arbitrairement le nombre déjà si grand des tuberculeux ».

A ces craintes, certainement au premier abord très respectables parce qu'elles sont inspirées par des sentiments fort louables de prudence et d'humanité, et à ces objections, Grancher, qui semblait les avoir prévues, a pris la peine de répondre par lui-même en des termes que ceux qui les ont formulées semblent encore avoir oubliés.

En 1882, dans le premier mémoire qu'il a publié à ce sujet, Grancher écrivait déjà :

« Pour ma part, quand, chez un malade de ce « genre, je constate une certaine rudesse de l'ins- « piration, localisée à un sommet et permanente, « je n'hésite pas à affirmer le diagnostic de tuber- « culose et à conformer ma conduite à ce dia- « gnostic.

« Que risque-t-on à agir de la sorte ? Etant don- « né que la thérapeutique de la tuberculose à ce « degré n'est autre que la pratique d'une hygiène « excellente, l'erreur de diagnostic, si elle était « possible dans les conditions que j'ai détermi- « nées, serait loin d'être préjudiciable, puisque le « traitement qu'on lui ferait suivre aurait en « tout cas pour effet de rétablir rapidement sa « santé » (3).

Voilà une réponse qui paraît être claire, bien simple, très nette et dans tous les cas sans réplique possible.

Et plus près de cette époque, Grancher pense exactement de même quand il écrit dans sa brochure sur la « Préservation scolaire contre la tuberculose » ces lignes à l'exactitude desquelles aucun médecin ne contredira certainement :

« ... Ceux-là (submatité, expiration prolongée, « avec ou sans craquements) sont les signes d'une « tuberculose déjà ancienne, de tubercules déjà « conglomérés, et attendre ce moment pour re- « connaître la présence des tubercules pulmo- « naires, c'est se condamner et condamner le ma- « lade à un diagnostic tardif et, en conséquence, « à une thérapeutique inefficace, ou peu effi- « cace, en tout cas longue et difficile » (4).

(1) Grancher. — *Loco citato*, Paris 1882 (Extrait) pages 5, 7 et 8.
(2) Grancher. — *Loco citato*, Paris 1906, page 7.
(3) *Bulletin médical*, 22e année, n° 13 du mercredi 12 février 1908, page 145, 1re colonne.

(1) Grancher. — *Loco citato*, Paris 1882. (Extrait) page 10.
(2) Grancher. — *Loco citato* Paris, 1904, page 15.
(3) Grancher. — *Loco citato*, Paris 1882. (Extrait) page 8.
(4) Grancher. — *Loco citato*, Paris 1904, page 15.

Et ailleurs :
« Qu'il convienne de s'occuper de ces futurs « malades, (les prétuberculeux) et d'appliquer à « chaque groupe les moyens les plus appropriés « pour augmenter leur résistance aux bacilles, je « l'accorde d'autant plus que les mêmes règles, « qui conviendront aux prétuberculeux, con- « viendront également à assurer la guérison de « la première étape de la maladie » (1).

Mais, a-t-il été objecté, rien n'empêche le médecin consulté par un malade, présentant simplement une inspiration faible avec légère altération de la santé et des forces, de placer ce malade en observation et de ne prononcer le diagnostic de tuberculose, en conseillant alors l'application du traitement et des mesures de circonstance, que lorsque d'autres signes, venant s'ajouter à ceux-là, confirmeront le diagnostic, et l'imposeront.

Outre qu'une telle manière de procéder ferait perdre un temps précieux, et par conséquent autant de chances de guérison, elle paraît être bien difficile à appliquer à des malades qui, ne se sentant pas malades au sens exact du mot, mais se trouvant simplement fatigués, comprendront difficilement, s'ils parviennent même toutefois à le saisir, l'intérêt qu'il peut y avoir pour eux à venir se soumettre périodiquement à un examen médical dont ils ne verront pas la portée et, ainsi que j'en connais bien des exemples, à l'issue d'une consultation où on leur aura donné un tel conseil, ils iront « de médecin en médecin, « à l'insu de chacun d'eux, jusqu'à ce qu'ils aient « trouvé l'opinion complaisante et adoucie qu'ils « désirent. » (2).

Il n'y a d'ailleurs qu'à voir tout le mal que les médecins ont trop souvent d'obtenir de malades, cependant parfois porteurs de lésions importantes et avancées et donnant lieu à des symptômes s'imposant à leur attention, l'observation exacte des conseils et des pratiques les plus élémentaires dans de telles circonstances, pour se douter de toute la difficulté qu'il y aurait à obtenir d'un malade, ne se sentant en somme qu'un peu fatigué, une mise en observation sérieuse, au sens propre et utile du mot.

Ces difficultés, nous les connaissons tous, nous autres médecins de sanatoriums, qui vivons constamment au milieu de malades, qui hélas ont depuis longtemps passé, pour la plupart, la période où ils n'étaient que « suspects », au sens auquel ce mot a été souvent employé au cours de la discussion qui vient d'avoir lieu, et qui, porteurs de lésions importantes, mettant en cause, non seulement leur santé, mais encore parfois leur existence, oublient cependant trop souvent, malgré la surveillance médicale constante dont ils sont l'objet, d'observer des conseils qui sont cependant devenus pour eux d'une utilité capitale et immédiate. Il faut lire les pages que notre distingué confrère, M. le Dr Sabourin, directeur du Sanatorium de Durtol (3) a consacrées à causer de ce point spécial, qu'une pratique déjà longue lui a appris à connaître tout particulièrement, pour savoir ce à quoi il faudrait s'attendre de la part d'un malade, ainsi « suspect », mis en observation.

Que l'on veuille bien d'ailleurs remarquer que, si « la tuberculose est la plus curable des maladies chroniques », c'est, ainsi que Grancher l'a lui-même expliqué et spécifié (1), « surtout à ces « premières étapes du mal (décrites par lui) qu'il « se référait » pour formuler cet aphorisme : « Quand la tuberculose est reconnue de bonne « heure, ajoute-t-il ailleurs, quand le diagnostic « en est précoce, fait à la période de germination, « il n'existe pas de maladie chronique plus obéissante à la thérapeutique » (2).

Telle est aussi l'opinion exacte de deux des médecins qui ont pris part à la discussion : MM. les docteurs P. Claisse et Faisans :

M. P. Claisse n'est-il pas, en effet, exactement de cet avis quand il s'exprime ainsi : « Je conclu- « rai donc en disant qu'une anomalie respira- « toire indique la *possibilité* de tuberculose et que, « pour obtenir la *certitude*, il faut, ou bien laisser « évoluer le mal jusqu'à confirmation, **au risque « d'une atteinte irrémédiable**, ou bien tenter l'épreuve « de la tuberculine » (3).

Et M. Faisans confirme cette manière de voir quand il dit : « A attendre la réunion de tous les « signes, on perd un temps qui peut être assez « long, et j'ai depuis longtemps la conviction que « le degré de curabilité de la tuberculose est bien « plus en rapport avec l'âge de la maladie qu'avec « l'importance des lésions » (4).

* * *

Au cours de la discussion qui m'a donné la pensée d'écrire ces lignes, plusieurs médecins ont cité, à l'appui de leurs hésitations, de leurs appréhensions vis-à-vis du diagnostic précoce de la tuberculose, tel que Grancher a enseigné à l'établir, plusieurs observations visant des sujets qui présentaient à un moment donné les signes exigés par Grancher, et en particulier une inspiration faible, pour formuler le diagnostic de tuberculose pulmonaire commençante, et ils concluent, du fait qu'aucun signe nouveau ne s'est ajouté à ceux-là pour leur confirmer l'existence d'une tuberculose pulmonaire, dans un laps de temps s'étendant pour un de ces cas jusqu'à dix années révolues, et pour les autres à quelques années, ils concluent dis-je « que tous les suspects ne deviennent pas tuberculeux, et qu'il est imprudent et « inutile de déclarer tuberculeux les simples sus- « pects, et de les traiter comme tels, surtout quand « ils ne présentent pas d'autres signes morbides « qu'une anomalie respiratoire au sommet du « poumon » (5).

M. Barth, qui résume ainsi trois observations à l'appui de son avis, saurait-il tout d'abord affirmer que le traitement conseillé à chacun de ces trois « suspects », et suivi par eux, n'a pas suffi pour couper court à toute marche en avant et à toute évolution de la maladie, et n'avons-nous pas vu plus haut que Grancher lui-même est d'avis que le traitement de la première étape de la tuberculose pulmonaire « n'est autre que la pratique d'une hygiène excellente », et que « les mêmes règles qui conviendront aux prétuberculeux conviendront également à assurer la guérison de la première étape de la maladie ».

Mais admettons même qu'il n'en ait pas été ainsi pour ces trois cas.

(1) Grancher. — *Loco citato*. Paris 1905, p. 25.
(2) Grancher. — Tuberculose pulmonaire et sanatoriums. Paris 1903, page 27.
(3) Dr Ch. Sabourin. — Traitement rationnel de la phtisie. G. Masson éditeur, 1re édition. Paris 1896, pages 194 et suivantes.

(1) Grancher. — *Loco citato*, Paris 1905, page 12.
Voir aussi : Dr H. Barbier : Séméiologie pratique des poumons et de la plèvre. J.-B. Baillère et fils, éditeurs. Paris 1902. Préface de M. le professeur Grancher, pages X et XI.
(2) Grancher. — *Loco citato*, Paris, 1904, pages 15 et 16.
(3) *Bulletin médical*, 22e année, n° 11 du mercredi 5 février 1908, page 120, colonne 1
(4) *Bulletin médical*, 22e année, n° 13 du mercredi 12 février 1908, page 144, colonne 3.
(5) *Bulletin médical*, 22e année, n° 11 du mercredi 5 février 1908, page 119, colonne 2.



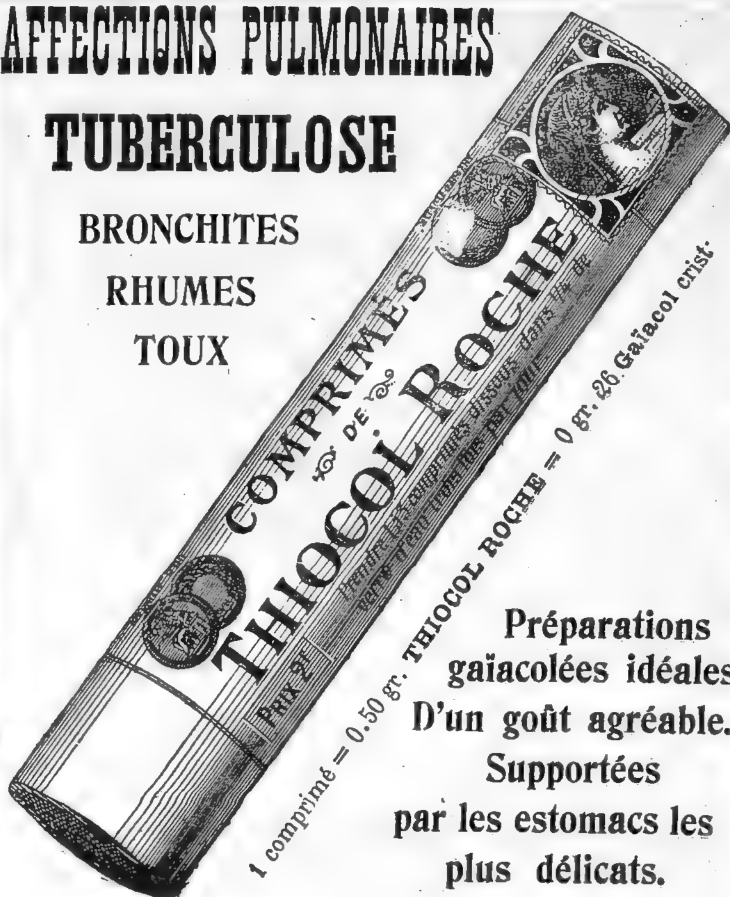
AFFECTIONS PULMONAIRES

TUBERCULOSE

BRONCHITES

RHUMES

TOUX



Préparations gaïacolées idéales.
D'un goût agréable.
Supportées
par les estomacs les plus délicats.

1 cuillerée à soupe = 1 gr.
THIOCOL ROCHE
= 0.52 **Gaïacol crist.**

SE MÉFIER DES CONTREFAÇONS INACTIVES OU TOXIQUES

GYNÉCOLOGIE

DÉCONGESTION PUISSANTE

SÉDATION RAPIDE ET COMPLÈTE DES SOUFFRANCES

DIMINUTION DES PERTES

ACTION CALMANTE ÉNERGIQUE

*Les **TACHES** sur la peau et le linge disparaissent par simple lavage à **L'EAU.***



F. HOFFMANN-LA ROCHE et Cie
7, rue Saint-Claude, 7
PARIS

Correspondance hebdomadaire

(*Suite*).

aux fractures de côtes sont trop élevés pour une société de secours mutuels ? Pour les autres observations saugrenues qui me sont faites, j'en fais mon affaire.

Et si on me refusait le paiement, quelle ligne de conduite adopter ?

Réponse. — Votre note d'honoraires ne comporte aucune exagération. Cependant, il se peut, au point de vue règlement, que la S. S. M. ne soit tenue que jusqu'à concurrence des sommes par elle proposées. C'est une affaire de statuts, relisez-les. Mais n'hésitez pas à réclamer même judiciairement, la différence entre votre relevé et le règlement de la S. S. M. à votre client blessé.

Dr C., à A., à *Concours.* — En ma qualité d'abonné au *Concours médical*, je viens vous demander par la voie du journal au paragraphe *correspondance hebdomadaire*, les renseignements suivants qui s'adressent à un de mes amis, Dr P., à P., qui ne connaît pas encore les œuvres du *Concours Médical*, ni les services qu'elles peuvent rendre. C'est pour les lui faire apprécier et en faire un adhérent de plus. Vous voudrez bien répondre dans le prochain numéro du *Concours* ; vous lui adresserez ce numéro et y joindrez vos divers prospectus, renseignements sur le« Sou Médical », Patronage, etc., etc.

En juillet dernier, le Dr P..., a reçu d'un patron une invitation à soigner au cabinet un ouvrier maçon qui à la suite d'ampoules forcées ou petites plaies infectées faisaient des panaris ordinaires, très douloureux à deux doigts. Il fut fait :

a) 2 certificats : Déclaration et guérison ;

b) 2 incisions (en 2 séances), avec anesthésie locale au kélène :

c) 18 pansements.

Le Dr P..., il y a trois mois,

Suite page X.

Aux trois observations résumées par M. Barth à l'appui de son avis (1), et aux observations auxquelles M. Rénon fait allusion (2), je viens répondre par les deux observations suivantes, que j'ai choisies parmi plusieurs autres, me paraissant particulièrement démonstratives au point de vue spécial envisagé dans le présent paragraphe.

La première de ces deux observations concerne un de mes condisciples en études médicales, un confrère et un ami intime :

En 1889, un an après le début de ses études médicales, ce confrère, se sentant quelque peu fatigué, pria l'un de nos amis, alors interne des hôpitaux, de vouloir bien l'ausculter : il ne fut absolument rien trouvé à l'auscultation, si ce n'est une inspiration un peu faible et rude, localisée au sommet droit, et qui fut estimée être « physiologique, du fait du calibre de la grosse bronche, plus grand de ce côté qu'à gauche ». Jusqu'en 1900, mon ami se fit ausculter à plusieurs reprises, tant par notre distingué confrère que par un certain nombre d'autres praticiens, et tous constatèrent l'existence, au sommet droit, d'une **inspiration faible** et rude, par conséquent **localisée** et **permanente**, qu'ils considérèrent tous comme parfaitement normale, et d'autant plus que personne ne songea à conseiller le repos pendant quelque temps vis-à-vis de nombreuses et fatigantes occupations.

Ce fut seulement au cours de l'année 1900, à la suite d'une période d'exercice particulièrement chargée et de véritable surmenage qu'une tuberculose pulmonaire se déclara nettement, et cette fois sans laisser place à aucun doute (expiration prolongée, matité, craquements secs, toux, expectoration bacillifère, fièvre, hémoptysie), qui parut vouloir revêtir une allure rapide et mettre l'existence de mon ami en danger ; cette révélation l'obligea à bouleverser complètement sa vie, après avoir conquis sa guérison dans un sanatorium au prix d'efforts considérables et d'immenses sacrifices. Il nous est permis de penser que, si les moyens conseillés par Grancher pour lutter contre la maladie **à sa première étape** (dont le présent cas paraît avoir été le type le plus accompli pendant près de onze années) avaient été appliqués et observés dès le début, bien des ennuis, bien des soucis, bien des moments difficiles auraient sans doute pu être évités à ce malade.

L'autre cas concerne un malade examiné pour la première fois il y a neuf ans, époque à laquelle il fut constaté une respiration faible au niveau de son sommet droit ; cette constatation se confirma depuis lors à différentes reprises, acquérant ainsi le caractère de fixité et de permanence exigé par Grancher pour établir le diagnostic de tuberculose pulmonaire commençante. Il y a maintenant dix-huit mois, près de huit ans par conséquent après la première constatation faite d'après l'enseignement de Grancher, le malade, à la suite d'une grippe, commença à présenter les symptômes d'une tuberculose active qui évolue depuis ce moment sous la direction d'un de mes confrères de sanatorium et qui, de même que pour le précédent cas, eût peut-être pu être évitée, évoluant ainsi, par l'observation de quelques précautions bien simples, auxquelles il ne fut même pas songé.

Ces deux cas, qui me paraissent bien typiques, et à la suite desquels je pourrais en rapporter plusieurs autres du même genre, me semblent pleins d'enseignement et viennent à l'appui de ce qu'écrivait Grancher à la fin de 1905 :

« Je dis que cette altération de *l'inspiration « seule*, quand elle est *permanente* et *localisée*, suf- « fit au diagnostic de tuberculose pulmonaire, « surtout si elle s'accompagne, comme c'est la rè- « gle presque constante, d'un léger trouble de la « santé : fatigue, pâleur, amaigrissement, fébricu- « le, etc..... Et j'ajoute que ce signe isolé peut « persister pendant longtemps, sans addition d'au- « cun autre signe physique, et qu'il constitue à « lui seul, pendant des mois et des années, ce que « j'appelle la *première étape* de la tuberculose, pour « opposer à dessein ce mot, et le fait qu'il repré- « sente, à ce qu'on appelle *le premier degré* classi- « que.

« Cette première étape peut durer pendant toute « la période de la vie infantile, ou, chez l'adulte, « pendant plusieurs années, et un médecin inat- « tentif pourrait aisément en conclure qu'il s'a- « git là d'un état physiologique spécial, ou en « tout cas, d'une chose qu'on peut négliger » (1).

Des cas analogues à ceux dont je viens de résumer l'histoire, et ils sont loin d'être l'exception, ne légitiment-ils pas, ne réclament-ils pas même impérieusement un diagnostic précoce, et l'emploi des moyens proposés pour établir un tel diagnostic pendant qu'il en est temps encore.

Le diagnostic de la tuberculose pulmonaire à sa **première étape**, comme le veut Grancher, ne peut être que fécond à tous égards en heureux résultats : le traitement qui s'impose et qui a pour base, répétons-le, « une excellente hygiène », ne peut qu'interrompre *momentanément des occupations* qu'il sera loisible ensuite au malade de reprendre, quand il aura fortifié son organisme comme il convient, et quand il l'aura placé ainsi en dehors de l'évolution de la maladie.

Attendre, pour révéler au malade l'existence de cette dernière, que tous les signes du **premier degré** classique se trouvent réunis, c'est perdre un temps précieux, c'est aussi encourir, je crois, de lourdes responsabilités, c'est enfin risquer cette fois de bouleverser de fond en comble une existence et attendre, comme le dit Grancher, « le commencement de la fin », en se rendant, à soi médecin, la tâche difficile et parfois même impossible, et en diminuant les moyens qu'a le malade de lutter utilement pour parvenir à la guérison, dont l'échéance peut être ainsi indéfiniment reculée.

Tous les médecins de sanatoriums ne le savent que trop et ils sont unanimes à le déplorer, sans d'ailleurs que les regrets si légitimes qu'ils ne cessent d'exprimer à cet égard trouvent trop souvent le moindre écho auprès de ceux qui y auraient cependant le plus grand intérêt : malades et médecins.

***

Ajoutons enfin que la tuberculose est devenue, dans ces dernières années surtout, une véritable maladie sociale, dont la prophylaxie et le traitement ont, et de plus en plus, une portée sociale considérable. Aussi est-ce par une dernière citation, empruntée à ce qu'a écrit mon regretté Maître, que je désire terminer :

« Ce diagnostic précoce, si important pour le « malade, est au moins aussi important pour la « société toute entière : car, au cours de la pre- « mière et de la seconde étape, le malade tousse « très peu ou ne tousse pas ; il est donc inoffen- « sif pour son entourage. Traitée et guérie à cette « époque, la tuberculose cesse d'être contagieu- « se » (2).

(1) *Bulletin Médical*, 22e année, n° 11 du mercredi 5 février 1908, page 119, colonnes 1re et 2e.
(2) *Bulletin Médical*, 22e année, n° 7 du mercredi 22 janvier 1908, page 72, colonne I.

(1) GRANCHER. — *Loco citato*, Paris, 1905, pages 8 et 9.
(2) GRANCHER. — *Loco citato*, Paris, 1905, page 27.

Dans ces quelques lignes se trouve, on le voit, admirablement résumée la très majeure partie de la prophylaxie et de la lutte antituberculeuses, par un moyen qui, s'il pouvait arriver à être **toujours, partout, et pour tout le monde**, rigoureusement appliqué, serait aussi simple que sûr et fécond en heureux et utiles résultats, qu'il assurerait à tout le monde : **malades et bien portants.**

HYDROLOGIE THERMALE

L'avenir est aux minéralisés.

Dans la conférence qu'il fit sur « les diathèses » à la Faculté de Médecine de Paris, le 18 février dernier, le professeur anglais de clinique médicale, Sir Dyce Duckworth, s'est élevé, non sans éloquence, contre la « conception étroite et limitée » qui, faisant abstraction complète du sol humain, ne s'occupe que « de la *graine* qu'elle estime capable de croître et d'exercer sa puissance sans distinction, sur tout individu ». Ainsi, qu'on le veuille ou non, la notion du *terrain* s'impose de plus en plus à l'esprit du clinicien. La poussée dans cette voie nouvelle se fait parallèlement dans tous les pays où les sciences médicales sont cultivées avec fruit. Mais cette première constatation en appelle une autre non moins saillante, c'est que la caractéristique de la thérapeutique moderne est bel et bien l'abandon de plus en plus marqué de l'ancienne pharmacopée en faveur de la médication minérale. En un mot, l'esprit médical veut maintenant s'inquiéter des composantes de l'organisme humain, de ses réactions ; et, après avoir saisi le lien mystérieux qui rend l'homme absolument tributaire du *minéral*, se trouve amené, de déduction en déduction, à demander au monde minéral l'entretien, le développement et la restauration de cet organisme.

Les recherches si captivantes que nous devons à la chimie biologique ont accumulé tant de faits indiscutables, ont mis en lumière tant de phénomènes intimes de la nutrition générale que, contraint et forcé, le médecin a dû sortir de l'ornière et ouvrir les yeux. Les biologistes de tous les pays sont en effet arrivés à ces mêmes conclusions, à savoir : les substances minérales sont indispensables au développement et à la conservation des organismes animaux ; elles sont nécessaires à l'édification de leurs tissus ou humeurs et, très probablement aussi, aux actions fermentatives de l'organisme dont elles servent encore à empêcher l'acidification due aux produits de désintégration des matières albuminoïdes. Enfin l'observation et l'expérimentation démontrent que l'alimentation doit chaque jour apporter une certaine quantité de minéraux pour remplacer ceux qui se perdent par les urines, les fèces et l'excrétion cutanée. A l'état d'équilibre physiologique, c'est-à-dire théoriquement, l'alimentation mixte peut fournir, à peu près, la matière minérale que réclame l'entretien de nos tissus et humeurs. Mais combien fragile cet équilibre physiologique que viennent perturber et modifier à tout instant mille et une causes, telles que, par exemple, la grossesse, l'allaitement, la croissance, le surmenage physique et moral, les différentes maladies aiguës et chroniques, l'hérédité enfin, etc., etc. En résumé, la minéralisation de l'homme, au contact de toutes les contingences qui réagissent sur lui, ne saurait demeurer constante, et il n'est pas exagéré de dire que nous courons sans cesse après notre équilibre de minéralisation.

Le coefficient (1) *de minéralisation*, c'est-à-dire le rapport de chacun des éléments premiers de minéralisation au kilo corporel anthropométrique de l'homme, varie bien entendu, à l'état physiologique avec chaque individu ; mais encore, il peut subir chez tel sujet donné de nombreuses fluctuations suivant les multiples influences qui, de provenance endogène ou exogène, viennent impressionner plus ou moins son organisme. Ainsi se créent les états variés de *déminéralisation* qui trouvent leur correctif dans une *reminéralisation* appropriée au genre de déminéralisation et dont le but défini est de combler le déficit entre l'état de déchéance minérale du moment et le coefficient normal de minéralisation qui appartient au sujet, et qui est, pour lui, la limite extrême de restitution de la minéralisation absente.

C'est qu'en effet l'organisme, à l'âge adulte, ne peut se prêter qu'à la seule *reminéralisation*. Aux tissus jeunes, en voie de formation, revient exclusivement l'incomparable avantage de pouvoir surélever leur coefficient de minéralisation par une incorporation plus complète de matière minérale. L'acte de minéralisation s'impose donc chez les jeunes êtres *aminéralisés* : car leur valeur vitale sera en rapport direct de leur minéralisation primitive.

Si, philanthropes ou sociologues, vous rêvez pour les générations futures les vastes espoirs et l'énergie des instincts puissants, prenez garde, avant toute chose, de veiller à leur état de minéralisation. L'hérédité, cette véritable tache originelle, jette à tout instant sur notre planète une foule *d'aminéralisés congénitaux* dont le rendement vital reste nul ou inférieur, au cours du cycle de leur existence, par suite de leur minéralisation absente. La France tout particulièrement, voit chaque jour pulluler davantage les chétifs, les tarés physiologiques, les anémiés, en un mot les végétants, et, contradiction étrange, son sol est précisément celui qui offre le plus de ressources en matière minérale.

D'ailleurs, personne ne conteste plus, à cette heure, la nécessité de la tâche à entreprendre : *amender le sol de l'homme dès le seuil de la vie par une minéralisation appropriée.* La mise en pratique de cette idée maîtresse forcera peu à peu toutes les indifférences et tous les scepticismes ; déjà les résultats obtenus ici ou là parlent d'eux-mêmes et fixent l'attention de tout observateur consciencieux.

Parmi ces résultats, ceux que fournit chez les enfants à minéralisation inférieure la thérapeutique de Châtel-Guyon dont l'action hydrominérale chez les *déminéralisés* n'est plus à démontrer, ne sont ni les moins instructifs ni les moins intéressants, et marquent nettement la part qui revient dans cette œuvre de régénération de l'organisme humain, à cette Station de premier choix, dont les eaux présentent, par excellence, le *milieu minéral d'élection* pour l'entretien, la stimulation et le perfectionnement de la vie cellulaire.

Toutefois, nous n'entendons nullement être cru sur parole ; nous désirons seulement qu'on veuille prendre la peine de tenter l'expérience suivante : choisissez un enfant, un *aminéralisé*, à partir de l'âge de deux ans ; soumettez-le à l'examen le plus minutieux de tous les organes et de toutes les fonctions, y compris celles du foie et de l'intestin (car votre aminéralisé, soyez-en certain, présentera des troubles du côté de ces organes et, par là, rentrera fatalement dans la catégorie des indiqués de Châtel-Guyon, — ceci

(1) Dr G. Pessez. — La minéralisation humaine ; ses défaillances ; sa thérapeutique. Paris, 1907.

dit pour tranquilliser la conscience de ceux qui accusent bien à tort cette Station de s'efforcer d'être une panacée universelle —); mesurez l'amplitude respiratoire et la force musculaire ; comptez les globules ; faites l'analyse complète des urines et des garde-robes ; prenez enfin la taille et le poids ; puis, envoyez votre bébé à Châtel-Guyon. Trois mois environ après la cure, vous ferez à nouveau l'examen méthodique et complet ci-dessus détaillé, et il ne vous restera plus qu'à comparer et à conclure.

Mais, cette conclusion, nous la connaissons d'avance, et, vous-même vous l'aurez faite rien qu'au premier coup d'œil, rien qu'à l'impression première que vous donnera l'aspect extérieur du petit ressuscité. Aussi, nous, paraît-il superflu d'invoquer ici le témoignage de tous les médecins qui, chaque année, peuplent Châtel-Guyon de leurs petits clients. Il n'est pas de meilleure conviction que celle qu'on se fait à soi-même à la lumière de l'expérimentation personnelle.

Dr G. Pessez,
Médecin-consultant à Châtel-Guyon.

THÉRAPEUTIQUE

Alumine lactique.

Que le tube digestif soit, même à l'état normal, un réceptacle, une « fabrique constante de poisons » ; poisons résultant de la putréfaction des albumines (Bouchard, Combes, Tissier, etc,) toxines provenant de la muqueuse intestinale même (Roger, Garnier, etc.), toxines microbiennes enfin : c'est ce qui est aujourd'hui hors de doute.

A cette fonction toxique permanente, l'organisme s'est adapté en accumulant les fonctions neutralisantes, antitoxiques : action antitoxique des sucs digestifs sur les toxines digestives, action empêchante exercée sur les microbes prétéolytiques par les produits acides des fermentations lactique et succinique, action antitoxique de l'épithélium intestinal (Charrin, Roger, etc.), enfin, en seconde ligne, action antitoxique du foie, du corps thyroïde, des capsules surrénales, etc.

Que les fonctions toxigènes s'exagèrent ou que les fonctions toxicolytiques fléchissent, les entérotoxines envahissent l'organisme, provoquant *in situ* et à distance les phénomènes morbides les plus variés et les plus graves : entéro-colites d'une part avec leurs innombrables variétés, phénomènes d'auto-intoxication intestinale d'autre part, intéressant le foie, l'appareil circulatoire, le système nerveux, l'appareil tégumentaire, la nutrition générale, bref, l'organisme dans son ensemble.

En dépit de divergences apparentes toutes de détail, tous les travaux contemporains n'ont fait qu'élargir et consolider cette conception pathologique générale de l'auto-intoxication, et par voie de conséquence la thérapeutique s'est efforcée — s'adaptant à ces réalités — de lutter contre ces processus d'intoxication. Successivement et avec des succès divers, le benzonaphtol et le charbon, les lavements et les purgations, les levures et les ferments lactiques, ont été préconisés dans ce but.

La fixine (alumine lactique) présente une solution nouvelle et ingénieuse de ce problème de la désinfection et de la désintoxication intestinales. C'est un granulé de lactate d'alumine, dont chaque graine, grâce à un enrobage glutineux spécial, traverse l'estomac sans altération et ne se dédouble que lentement et progressivement dans l'intestin en alumine gélatineuse et en acide lactique naissant.

L'acide lactique naissant (les travaux anciens des pédiatres, les travaux plus récents relatifs aux ferments lactiques ont établi ce point hors de toute contestation), l'acide lactique naissant exerce une action empêchante puissante sur les microbes protéolytiques, et, partant sur les produits toxiques de la putréfaction azotée.

L'alumine gélatineuse, insoluble et non toxique, parcourt le tube digestif, « détergeant la muqueuse à la manière d'une véritable éponge, s'imbibant des entéro-toxines, les retenant et les entraînant avec elle dans les selles ». Les expériences ingénieuses des auteurs *in vitro* et *in vivo* semblent bien légitimer cette comparaison imagée : *in vitro*, l'albumine gélatineuse a retenu des substances toxiques très variées d'origine minérale (bichlorure de mercure, etc.), organique (phénols, etc.), végétale (strychnine, etc.). bactérienne (toxine tétanique, etc.) ; *in vivo* ; le bleu de méthylène, le salol ont été retenus par l'alumine dans la proportion de 50 pour 100, le taux de l'indican a été abaissé de 60 p. 100.

Le pouvoir antimicrobien et antitoxique de la fixine est donc bien établi.

Elle constitue un agent puissant et facilement maniable de désintoxication intestinale.

CHRONIQUE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Les radiographies sont des pièces de défense qu'on doit communiquer au blessé.

Le *Concours Médical*, s'est vu obligé il y a quelques mois de signaler de gros griefs contre des habitudes prises dans l'expertise des accidents du travail.

C'est à contre-cœur, par pur respect de « l'*Amicus Plato sed magis amica veritas* », qu'il procède à ces redressements de torts. Ceux qui connaissent personnellement ses rédacteurs habituels s'en rendent parfaitement compte ; aussi nous encouragent-ils à continuer ces dures corvées du journalisme médical. « Ne vous laissez « pas émouvoir, nous disent-ils, par les protesta- « tions de ceux qui trouvent toujours que tout va « pour le mieux dans le domaine de la routine, « de la partialité inconsciente, de l'incompatibi- « lité dans le cumul des fonctions, de la menta- « lité préconçue et je m'en fichiste qui s'acquiert « ainsi à l'égard des clients faibles et sans dé- « fense pour la revendication de leurs droits. »

La lettre ci-dessous a été inspirée encore par cet unique souci.

A Monsieur le Directeur général de l'Assistance publique de Paris,

Monsieur le Directeur général,

Un ouvrier blessé, M. Avril (Jean), m'a été adressé par le Conseil judiciaire de son syndicat pour que je lui fasse un certificat relatant surtout les différentes observations auxquelles pouvait donner lieu l'expertise de M. le Professeur Reclus, qui devait être discutée ce 14 mars 1908, à l'audience publique de la 4e chambre du tribunal civil de la Seine.

M. le Professeur Reclus conclut à une fracture du calcaneum à droite et une entorse tibio-tarsienne à gauche.

Aussitôt après son accident, M. Avril fut conduit à l'hôpital Tenon dans le service de M. Legueu où il reçut les soins dévoués et éclairés de cet excellent chirurgien.

M. Legueu se rendit compte qu'une radiographie était nécessaire. Elle fut faite.

Aujourd'hui, pour pouvoir apprécier sainement le rapport de l'expert, pour pouvoir entraîner la conviction de l'avocat du blessé, celle des juges ensuite, il serait indispensable d'avoir une épreuve de cette radiographie.

J'ai donc dit à M. Avril d'aller demander une épreuve de cette radiographie à l'hôpital Tenon, et d'offrir de la payer. Cette épreuve lui a été refusée.

J'attire immédiatement, M. le Directeur général, votre attention sur un point spécial et délicat de cette question qui a été fort bien exposée par M. le docteur Charles Petit dans la *Gazette électrique* du 15 août 1907. Il s'agissait de savoir *si une tierce personne*, l'expert dans le cas particulier, pouvait exiger qu'on lui remît une épreuve radiographique d'un blessé.

M. Reynier pose très bien la question en disant : Est-ce en effet à l'ouvrier qui n'a pas payé cette photographie qu'on doit la remettre ? Est-ce au patron qui ne l'a pas demandée, mais qui l'a payée, qu'on doit la livrer ? Mais alors que devient le secret professionnel ? Cette photographie ne peut-elle pas nuire à notre client ? Avons-nous le droit de livrer cette radiographie sans son assentiment ?

Je ne le crois pas. *C'est l'accidenté seul qui peut me le demander*, et non pas l'expert, et je verrai alors si je dois la lui donner, sans me croire obligé à le faire ».

Je ne veux pas discuter des pouvoirs de l'expert, je les crois plus étendus que le dit M. Reynier.

Qu'un assureur, qu'un patron, n'ait pas le droit d'obtenir cette radiographie, même en la payant, la chose n'est pas douteuse. Une radiographie est un véritable certificat photographique : le donner à une tierce personne serait une violation du secret professionnel. Le médecin qui la commettrait serait poursuivi par le syndicat ouvrier qui poursuivrait en même temps l'administration de l'Assistance publique comme responsable de ses médecins. La condamnation ne ferait pas de doute ; la jurisprudence est là.

Mais que le blessé ait le droit d'obtenir la copie de cette radiographie, je dirai même le cliché, la chose n'est pas douteuse.

En effet, cette radiographie n'a pu être faite qu'avec le consentement du blessé, elle a été faite pour fournir des indications sur le traitement du blessé. Le médecin en a profité pour compléter son instruction, c'est déjà un bénéfice qu'il en retire. Mais ce n'est pas une raison pour qu'il se déclare le seul propriétaire de cette pièce qu'il n'a pu se procurer qu'avec le consentement du blessé. Celui-ci aussi a le droit d'en profiter.

Du reste, s'il en était autrement, les blessés ne pourraient pas être soignés dans les hôpitaux de l'Assistance publique sans que leurs intérêts soient gravement compromis.

En effet, si une épreuve radiographique peut être délivrée pour 6 francs, cette somme peut encore être parfois trouvée par un blessé qui a un gros intérêt à la posséder.

Elle devrait même être remise gratis, et aux frais de l'Assistance judiciaire, par l'Assistance publique au blessé qui ne pourrait pas verser 6 francs.

Mais un ouvrier blessé aura rarement la somme beaucoup plus élevée qu'un radiographe n'ayant pas soigné le blessé, exigera pour exécuter le cliché radiographique.

Il ne pourra donc pas se procurer cette pièce indispensable.

Or, si au lieu d'avoir été soigné par l'hôpital, le blessé avait été soigné en ville par le médecin de son choix, celui-ci l'aurait fait radiographier et il aurait fait payer cette radiographie par le patron à titre de frais médicaux, ainsi qu'il a été souvent décidé par les tribunaux.

On pourrait me répondre que, dans le cas particulier, si cette radiographie avait été jugée utile, l'expert l'aurait ordonnée.

Ce à quoi je répondrai que si l'expert ne l'a pas jugé utile, l'avocat lui l'a jugée nécessaire pour la défense de son blessé.

Je vous rappellerai en effet le cas d'une expertise faite le 17 juin 1904 par M. le docteur Thoinot professeur de médecine légale, médecin des hôpitaux de l'Assistance publique à Paris.

M. le professeur Thoinot expert désigné n'avait pas cru lui aussi, une radiographie utile ; il déclara : 1° que le blessé était atteint d'une fracture malléolaire ; 2° que la consolidation datait du 17 juin 1904 ; 3° que l'incapacité était de 5 %. Sur ces conclusions le tribunal lui alloua une rente de 63 francs.

Aidé d'une personne charitable, le blessé put faire les frais d'une radiographie. Grâce à cette pièce il fut démontré : 1° que ce blessé n'avait pas une fracture de la malléole comme le disait M. le docteur Thoinot, professeur à la Faculté de médecine de Paris, mais bien une fracture siégeant à dix centimètres au-dessus de la malléole, c'est-à-dire au 1/3 inférieur de la jambe.

2° que le blessé, non seulement n'était pas consolidé au 17 juin 1904, mais que la fracture n'était pas encore consolidée le 27 avril 1906, deux ans après la date de consolidation fixée par M. le Docteur Thoinot professeur de la Faculté de Paris, médecin des hôpitaux de Paris.

Grâce à cette radiographie faite aux frais du blessé, la Cour d'appel put fixer non pas à 63 francs, mais bien à 382 francs la rente due au blessé.

Vous saisissez ainsi, M. le Directeur général, toute l'injustice qu'il y aurait à refuser l'épreuve radiographique faite dans un hôpital de votre administration à un blessé qui s'est prêté à cette opération radiographique pour la défense de sa santé d'abord, de ses intérêts pécuniaires ensuite, et aussi pour l'instruction d'un des médecins de votre administration.

Si un tel refus pouvait être opposé à un blessé, tous les syndicats ouvriers devraient immédiatement et par voie d'affiche, apprendre à leurs camarades qu'ils ne doivent, sans grands préjudices pour leurs intérêts, faire soigner leurs blessures du travail, dans les hôpitaux de votre administration.

La décision prise par vous, et émanant de votre haute autorité sera d'une grande importance ; pour lui donner plus de poids encore, je me permets de transmettre copie de la réclamation que je vous adresse :

1° A M. le Ministre du travail ;

2° A M. le Directeur de l'Assistance publique au Ministère de l'Intérieur ;

3° A M. le Président du Conseil municipal de Paris ;

4° Au Conseil judiciaire de l'Union des Syndicats ouvriers.

Afin de donner plus de poids à ma réclamation, permettez-moi, M. le Directeur Général, de vous signaler les conditions dans lesquelles, *au dire de la femme du blessé et sous toutes réserves*, l'épreuve radiographique avait été refusée au blessé :

Le jeudi 12, la femme de M. Avril s'est présentée au bureau de l'hôpital Tenon pour demander en *payant* une épreuve radiographique des deux jambes de son mari.

On l'envoya à la surveillante du service de M. le chirurgien Legueu. La surveillante a déclaré à cette personne que le chirurgien ne donnerait probablement pas la radiographie. « Toutefois revenez voir M. le docteur en chef du service le 14 mars. »

Suivant ses indications, la femme de M. Avril est revenue à la date désignée.

M. le chirurgien, chef du service, lui aurait dit : « C'est probablement pour un certificat médical. » Réponse affirmative du demandeur.

« Y a-t-il eu expertise, par qui a-t-elle été faite, à

quel taux a été fixée l'incapacité ? demande le chirurgien.

« L'expertise a été faite par M. le professeur Reclus et l'incapacité fixée de 7 à 10 % répond le demandeur.

« Vous pouvez accepter les yeux fermés. Si j'avais été expert, il est probable que je n'aurais accordé que 1 ou 2 %. Si vous voulez un nouveau certificat de moi, que votre mari revienne me voir, mais je ne veux pas délivrer d'épreuves radiographiques ».

Il est à noter que le chirurgien au moment de la conciliation aurait déjà refusé de délivrer *un certificat signé de lui*, disant que celui de l'interne suffisait.

Aujourd'hui un grand nombre de médecins et de chirurgiens des hôpitaux sont attachés au service des compagnies d'assurances.

Les assureurs arrivent en conciliation avec des certificats signés des chirurgiens des hôpitaux attachés aux compagnies.

Le blessé n'a donc, lui, qu'un certificat signé d'un interne, tandis que l'assureur possède un certificat signé d'un chirurgien en titre des hôpitaux.

Inutile de faire ressortir l'infériorité du blessé quand il y a discordance dans les certificats. En outre, il peut arriver qu'un chirurgien ou médecin des hôpitaux aura fait un rapport la veille à la clinique de la compagnie d'assurances à laquelle il est attaché, par laquelle il est payé souvent au mois, et le lendemain dans son service d'hôpital il pourra être appelé à délivrer un certificat pour un blessé assuré par la Compagnie dont il est le médecin le soir à la clinique. Dans ces conditions, le blessé pourra supposer, à tort sans doute, que ce chirurgien d'hôpital n'a pas toute sa liberté pour rédiger un certificat qui doit être employé à plaider contre la Compagnie dont il est le chirurgien rétribué. Il paraît donc y avoir incompatibilité entre les fonctions de médecin et chirurgien des hôpitaux de Paris et les fonctions de chirurgien des Compagnies d'assurances. Du reste M. le président du Tribunal civil de la Seine a déclaré incompatibles les fonctions d'expert près le tribunal, et celles de médecins des Compagnies.

Les médecins-experts ont été mis en demeure par le Président du tribunal civil de la Seine de déclarer quelle était la fonction qu'ils désireraient conserver.

Je tiens à faire remarquer, en terminant, que si nous réclamons une épreuve radiographique, ce n'est pas dans l'espoir d'y trouver matière à récriminer sur les soins donnés par M. le docteur Legueu ; le blessé est très satisfait des soins qu'il a reçus. Ce n'est pas davantage pour attaquer les conclusions de M. le docteur Reclus, dont le savoir et l'impartialité ne sauraient être mis en cause. C'est simplement pour permettre à la justice de se prononcer sans avoir rien négligé pour faire apparaître la vérité.

C'est aussi pour donner au blessé une tranquillité morale qui éloignera de lui cette nouvelle et terrible maladie, *La Sinistrose*, puisqu'il saura que tout a été fait pour éclairer la justice, et qu'il n'a pas à espérer une meilleure solution d'un appel d'un jugement aussi équitablement rendu.

Actuellement, ne possédant pas l'épreuve de radiographie du blessé, je ne puis lui délivrer le certificat que me demande son avocat, et les intérêts de ce blessé ne pourront pas être défendus devant le tribunal le 17 mars comme ils auraient pu l'être.

Veuillez agréer, M. le Directeur général, l'hommage de mon profond respect.

Dr DIVERNERESSE.

Un amendement nécessaire de la loi 1898-1905.

Les lois de défense et de préservation sociale sont toujours faites au bénéfice d'un grand nombre d'individus, et au détriment de quelques autres. En sauvegardant les intérêts généraux d'un peuple, d'une classe, d'un groupe, le législateur porte inévitablement atteinte à certains intérêts particuliers ; il suffit, pour justifier la chose, que, dans les plateaux de la balance de Justice sociale, les premiers l'emportent sur les seconds. C'est ainsi que la Loi sur les Accidents du Travail qui profite aux Ouvriers, a eu une répercussion sensible et sur le budget des patrons astreints à payer de grosses primes d'Assurances, et sur celui des Compagnies responsables de chaque sinistre en particulier et de ses conséquences. Il en résulte que l'accident apporte dans la situation respective des employeurs et des employés un bouleversement radical : avant lui, les uns et les autres sont, à des titres divers, des collaborateurs associés dans un but commun de prospérité commerciale et industrielle ; après lui, ce sont des adversaires entre lesquels a surgi le conflit d'intérêt, et qui, dans ce duel d'un nouveau genre, cherchent à aiguiser finement les traits dont ils veulent se blesser plus ou moins gravement. Lutte inégale d'ailleurs, qui met aux prises la puissance capitaliste du Patronat et la faiblesse laborieuse du Salariat. Contre les ouvriers, de véritables réquisitoires sont passionnément dressés, dans lesquels on s'efforce de mettre en relief leurs défaillances, leurs abus, leurs fautes. On relève soigneusement les erreurs dont une infime minorité a pu se rendre coupable, on les exagère, on les grossit, on les généralise et on fait ainsi une application commode mais spécieuse, du fameux : *Ab uno, disce omnes.*

Parmi les arguments dont on se sert pour démontrer l'évidente mauvaise volonté (!) des blessés guéris à reprendre leur travail, il en est un qui court actuellement les rues de « Sinistroseville », et qui se formule ainsi : l'ouvrier reconnu médicalement guéri regagne son chantier, son usine, son atelier. Deux ou trois jours se passent, puis il déclare un beau matin qu'il est impuissant à continuer la tâche accoutumée. « Vous le voyez bien, s'écrient triomphalement les assureurs ; c'est un paresseux, un truqueur, un simulateur qui veut prolonger indéfiniment son incapacité de travail, puisqu'au dire des médecins, il est complètement rétabli. »

Ainsi, voici un homme qui s'est cassé un bras ou une jambe, et qui a dû, de longues semaines, rester dans une inaction forcée. La fracture est consolidée, les jointures mobilisées, les muscles assouplis ; la guérison anatomique est parfaite, la guérison fonctionnelle paraît obtenue. Puis, sans ménagement, sans transition, cet homme, qui ne faisait rien depuis 2 ou 3 mois se livre brusquement, à raison de 10 à 12 heures par jour, à une occupation qui exige de la force, de la souplesse, de l'agilité, de l'habileté, et on s'étonne qu'il se plaigne d'une diminution d'aptitudes professionnelles ! Hier, c'était forcément un convalescent oisif ; aujourd'hui, il est valide et doit fournir la même somme d'ouvrage que le compagnon qui, plus heureux, plus chanceux, n'a pas interrompu son travail ; et en avant la hache, la pioche, le marteau ; hardi pour les lourds fardeaux ; en route pour les marches sans arrêt ! Et on le blâme parce que la fatigue survient trop tôt, parce que le foyer de l'ancienne fracture s'endolorit, parce qu'épuisé, il s'arrête avant l'heure en s'écriant : « Je n'en puis plus ! Je ne peux plus ! » On le blâme, quand il faudrait le plaindre ; quand il suffirait de se souvenir qu'il a besoin de refaire une sorte d'apprentissage pour élever sa capacité ouvrière au niveau de celle de ses pairs ! Vraiment, on ne saurait plus cyniquement méconnaître les lois de la physiologie, ni celles de l'entraînement.

L'entraînement, c'est-à-dire l'adaptation de l'organisme à un travail donné par une progression raisonnée et réglée de l'exercice journalier. Nous savons tous quelle courbature pénible, — Levassort le rappelait éloquemment à cette même place, il y a quelques semaines, — nous occasionne tout travail auquel nous ne sommes pas habitués, et que ce n'est qu'au prix d'une répartition sage et méthodique des mouvements sur de nombreuses séances que nous devenons aptes à les accomplir sans efforts, quand tout d'abord, ils semblaient impossibles.

Mais, dira-t-on, pourquoi l'ouvrier ne procède-t-il pas de la même façon, et ne commence-t-il pas par fournir quelques heures de travail par jour jusqu'à ce qu'il soit entraîné progressivement à refaire sa journée complète ? Pourquoi ? Parce qu'il faut qu'il vive.

Oui, la loi est ainsi faite que, dès qu'il est reconnu guéri et susceptible de reprendre son travail, il perd tout droit à son indemnité de demi-salaire. Or, ce qui est juste et légitime quand il est en mesure de réaliser la totalité de son gain quotidien devient inique, quand il ne peut en toucher qu'une faible partie. Précisons. Un ouvrier gagne normalement 6 francs par jour. Il est blessé, et pendant tout le temps qu'il est incapable de travailler. il a droit à une indemnité égale à la moitié de son salaire, soit 3 francs par jour. Le voilà guéri, mais il ne peut tout d'abord se livrer à ses occupations que pendant 4 heures : il n'aura donc droit qu'au tiers environ, de son salaire complet, ou 2 francs, somme inférieure à celle que la loi lui accordait lorsqu'il chômait.

La réforme qui s'impose consiste à maintenir le droit à une indemnité tant que l'ouvrier n'a pas récupéré entièrement sa capacité de travail. Le demi-salaire attribué à la période d'incapacité complète serait diminué au prorata du gain partiel obtenu par un travail partiel. Dans l'exemple précédent, l'ouvrier qui travaillerait une demi-journée gagnerait 3 francs par jour, et son indemnité serait réduite, par suite, de moitié, de sorte qu'il aurait droit au total à 3 francs, plus 1 fr. 50 — 4 fr. 50. Et ce serait justice, comme on dit au Palais. Dans ces conditions, il trouverait dans la conquête de sa journée plénière le stimulant nécessaire à son entraînement, en même temps qu'il pourrait, sans désavantage, régler celui-ci sur l'augmentation progressive de ses forces et de son habileté.

Le jour où cette réforme sera accomplie, sous forme d'un amendement à la loi, on verra les convalescences s'abréger encore, et certains aspects de la Sinistrose devenir de plus en plus rares. Et qu'on le sache bien, tout le monde y gagnera, à commencer par les patrons et leurs répondants sur lesquels pèsera moins lourd le poids des indemnités à verser.

Dr Duchesne.

L'article 30 de la loi accidents

Pour la première fois, le 23 mars 1908, le Tribunal de la Seine, 11e chambre correctionnelle, appliquait l'art. 30 de la loi du 31 mars 1905 § 3, ainsi conçu :

« Est passible d'une amende de 16 à 300 francs, etc., etc.

« 1o

« 2o

« 3o Toute personne qui, soit par menace de renvoi, soit par refus ou menace de refus, des indemnités dues en vertu de la présente loi, aura porté ou tenté de porter atteinte au droit de la victime de choisir son médecin. »

Voici dans quelles conditions a eu lieu cette première application de la loi :

Le Dr X. avait envoyé une plainte au Parquet contre le Dr Y, un étranger naturalisé français, médecin d'un Syndicat de garantie. Le Dr Y, avait menacé deux accidentés du travail que le plaignant soignait, de ne pas leur verser leur demi-salaire, s'ils continuaient à se faire soigner par le Dr X.

Les menaces, pour un des deux blessés, n'avaient été proférées que devant le Dr X, lui-même et son blessé ; mais, pour le second blessé, les menaces avaient été faites devant la femme, la bru et deux des fils du blessé.

Non content d'avoir menacé le second blessé du Dr X, le Dr Y, avait, en outre, critiqué le diagnostic établi et le traitement institué par le Dr X, — et, celui-ci (qui avait eu la précaution de faire vérifier son diagnostic et son traitement par un autre médecin du Syndicat de garantie, le Dr B), s'était porté partie civile au procès.

Le plaignant était assisté, pour la partie civile, par Me B. Vigne, qui apportait à notre confrère l'appui de son beau talent oratoire, de sa logique si serrée et de sa connaissance approfondie de la loi de 1898.

Le Dr Y, était assisté de Me Dauvillers qui tirait le meilleur parti qu'il pouvait d'une mauvaise cause.

Le tribunal, après réquisitoire du ministère public, condamnait le Dr Y, prévenu d'infraction à la loi de 1898, à une amende de 25 francs et à 25 francs de dommages-intérêts envers le Dr X, et aux dépens.

N. D. L. R. — Voilà un premier résultat des poursuites demandées par les médecins contre les délinquants signalés par la campagne de scandale.

On nous informe d'un deuxième obtenu dans le Midi : c'est un non-lieu.

Le troisième est l'*absolution avec éloges* du confrère de la banlieue qui, d'après M. Petitjean, détenait le record de l'abus des prescriptions pharmaceutiques ; nous avons tenu à publier le jugement au dernier numéro.

DÉONTOLOGIE PRATIQUE

A propos de.... Lapins professionnels.

« Combien en ai-je vu de.... grosses jeunes femmes ?...

La lettre du Dr J. de B. publiée dans la « Petite Correspondance » du no du 1er mars soulève une question qui m'a remis brusquement en mémoire les déceptions nombreuses et les non moins nombreuses colères éprouvées par moi à l'époque lointaine, oh combien ! — où, médecin de campagne, j'étais sollicité par avance de faire un accouchement pour lequel, au moment psycho..,non, physiologique, on ne m'appelait pas. Que de visites faites en pure perte à des femmes jamais revues ! Que de gêne supportée, que de parties manquées pour rien ! Entre cinquante aventures du même genre, il m'en revient une dont le souvenir me fut longtemps particulièrement cuisant, et qui a peut-être le plus contribué à modifier ma mentalité de jeune médecin et à faire mon éducation.

C'était en 1894 ou 1895. J'avais projeté de venir passer à Paris la soirée du 13 décembre, marquée par un bal à l'Opéra où je me réjouissais d'assister. (J'étais jeune alors!) Or j'avais été retenu pour accoucher dans un château voisin une femme de chambre qui fixait le terme de sa grossesse à la fin de novembre. Grosse affaire, pleine de promesses ! On commence par la femme de chambre et on finit par la chambre de la femme... du châtelain, professionnellement parlant. No-

vembre se passe sans que je sois appelé. Décembre égrène ses longues journées d'hiver, y compris celle du 13, et rien encore. J'avais, bien entendu, renoncé à mon déplacement pour me tenir prêt à remplir mes engagements vis-à-vis de ma cliente éventuelle. A quelque temps de là, les circonstances m'amènent dans le voisinage du susdit château, j'en profite pour m'enquérir de la grossesse de la femme de chambre. — « Madame X ? me fut-il répondu, il y a 6 semaines qu'elle est débarrassée. » Ainsi, non seulement elle s'était passée de mes services mais encore, — et c'est de cela surtout que j'étais furieux, — elle ne m'en avait pas informé.

Cette histoire authentique, augmentée de plusieurs autres du même acabit, suffit à m'éclairer sur la psychologie de la femme enceinte qui, à la campagne, sollicite ou fait solliciter un médecin de bien vouloir accoucher. Neuf fois sur dix, — je n'exagère pas — il s'agit purement et simplement d'une précaution et la demande est conditionnelle ; si l'intéressée formulait franchement et complètement sa pensée, elle dirait : « Je vous préviens, Monsieur, que je dois accoucher vers telle époque. Je compte bien que tout ira comme sur des roulettes et que je pourrai me passer de vos soins. Mais, si par hasard, il y avait un accroc, j'espère que vous viendrez le réparer. » Un médecin qui connait sa clientèle sait bientôt discerner les demandes fermes d'avec les demandes conditionnelles.

Que faire dès lors en semblable occurrence ? Quant à moi, je ne vois que trois partis entre lesquels choisir. Le premier, c'est de faire à la demande conditionnelle une réponse de même nature : « Si je suis là quand vous aurez besoin de moi, j'irai. Mais n'attendez pas que je m'impose un embarras quelconque pour rester à votre service. » Même sous le bénéfice de la restriction mentale, cette attitude est dangereuse et préjuge de la part de celui qui l'adopte d'une singulière conception de ses devoirs professionnels. Le deuxième parti consiste à demander des arrhes par avance : « Je me tiendrai à votre entière disposition pour l'époque indiquée Mais versez-moi 20 francs. Si je vous accouche, cette somme viendra en déduction des honoraires que je vous demanderai. Si vous n'avez pas besoin de moi, elle m'indemnisera de la peine que j'aurai prise à vous attendre ». C'est le droit strict du praticien d'agir ainsi. Mais ne risque-t-il pas de s'aliéner certains clients et de perdre un bénéfice beaucoup plus grand que celui qu'il aura retiré de l'acquiescement certainement rare de quelques-uns ? En troisième lieu, et c'est, je crois, le parti le plus sage, il faut s'armer d'une douce philosophie, prendre les gens comme ils sont, ne pas leur demander plus qu'ils sont capables de donner et accepter les besognes qui se présentent, sans concevoir trop d'aigreur de celles sur lesquelles on comptait et qui échappent.

Jamais un tribunal ne condamnera un client défaillant qui aura cent arguments à faire valoir ; la rapidité de l'accouchement, la surprise, la distance, le manque de mandataire à envoyer, etc. c'est d'ailleurs heureux. Car l'arme aurait double tranchant et la femme qui ne trouverait pas à l'heure dite le médecin retenu par elle aurait vite fait de le rendre responsable des incidents ou accidents survenus et de lui en demander raison. Quant à la visite préalable faite *proprio motu*, dans un très respectable but de zèle néophytique, si l'intéressée accepte d'en payer les honoraires, c'est parfait. Mais si elle refuse, alléguant qu'elle n'a rien exigé de semblable, sur quoi se baser, juridiquement parlant, pour la contraindre à s'exécuter ? Et quel profit retirera-t-on d'un tel procès, même gagné ?

A la campagne, et aussi à la ville, le public ne s'adresse généralement au médecin que contraint et forcé, et pour beaucoup de ménages, l'accouchement spontané est une économie sérieuse. La matrone qui y préside se trouve suffisamment rétribuée par les quelques repas familiaux qu'elle prend dans le milieu où elle opère, par le don de bouteilles d'eau-de-vie, de légumes, de volailles, etc. Dans ces cas, le médecin oublié a aussi son aubaine. Mais elle ne varie pas. C'est toujours un..... lapin.

Dr G. DUCHESNE.

CORRESPONDANCE

Le libre choix dans les petits hôpitaux

Calais, 21 mars 1908.

Messieurs et chers confrères,

La question du libre choix pour les assistés est une de celles à l'ordre du jour. Le programme du prochain Congrès lui consacre une place *spéciale*. Cependant il semble que jusqu'ici dans les discussions et les articles des journaux professionnels elle n'ait été abordée qu'au point de vue des assistés à domicile. Je ne crois pas que le libre choix ait encore été réclamé en faveur des assistés hospitalisés.

Je sais qu'il faut pour arriver à un résultat procéder avec méthode et ne pas vouloir tout obtenir d'un coup. Néanmoins il serait peut être intéressant d'étudier dès maintenant la question du libre choix, sous ce nouvel aspect, l'extension de ce droit aux malades des hôpitaux ne présentant pas de difficultés insurmontables, si les intéressés mettent à poursuivre cette réforme la volonté d'aboutir.

Les mêmes arguments qui militent en faveur du libre choix pour les assistés à domicile, plaident en faveur du libre choix pour les assistés hospitalisés. On ne voit pas pourquoi un indigent, libre de choisir son médecin quand il se soigne chez lui, ne le serait plus de le désigner une fois transporté à l'hôpital, lequel est destiné avant tout à assurer aux malades les conditions matérielles de leur traitement. Chez lui ou à l'hôpital l'assisté aurait au libre choix les mêmes avantages ; des deux côtés ce dernier ferait disparaître des inconvénients de même ordre ; des deux côtés mêmes bénéfices matériels et moraux pour les praticiens.

Restent les difficultés : aucune n'est insurmontable avec de la bonne volonté. Au point de vue budgétaire un léger relèvement des crédits actuels suffirait à assurer le libre choix aux indigents hospitalisés, sauf peut être dans le cas de paiement à la visite. Ainsi dans le cas d'abonnement par tête d'assisté il n'y aurait pas d'accroissement de dépenses du côté des assistés à domicile, continuant à recevoir à l'hôpital les soins de leur médecin de la ville. Pour certains indigents non assistés à domicile, leur assimilation aux précédents seule entraînerait un minime surcroît de frais, compensé d'ailleurs en maintes circonstances par la suppression de postes de médecin d'hôpital, devenus inutiles.

A un autre point de vue il serait nécessaire évidemment que les médecins appelés à soigner des hospitalisés se pliassent aux exigences du règlement, notamment par exemple dans leurs prescriptions, dans l'heure de leurs visites, etc. Sans cette discipline le bon fonctionnement des services hospitaliers deviendrait impossible.

On dira sans doute qu'en admettant la possibilité de la réforme préconisée ici dans les hôpitaux des villes de second ordre, on ne peut l'admettre, dans ceux des grandes villes. Il est probable en effet que

dans un hôpital parisien ou lillois, par exemple, sa réalisation entraînerait des complications d'ordre pratique telles que l'état actuel serait préférable. De ce côté la question resterait donc à l'étude jusqu'à ce que le système du libre choix fût éprouvé dans les hôpitaux de province autres que ceux des très grandes villes, et là il est applicable dès maintenant sans grandes difficultés.

L'application de ce système dans les hôpitaux ne rapporterait pas aux praticiens des bénéfices matériels bien considérables. Mais il n'en est plus de même si on l'étend aux malades payants. Ici les obstacles disparaissent devant les faits eux-mêmes, puisqu'aussi bien il existe déjà des cliniques privées, dont le seul but est de fournir à leurs clients les conditions matérielles de leur traitement (ce qui est encore une fois la raison d'être des hôpitaux) et où les malades sont soignés, opérés, par le médecin ou le chirurgien de leur choix, qu'ils payent directement. Ce système fonctionne ailleurs, rien ne le rend inapplicable aux clients payants des hôpitaux publics.

Et ici j'entends par clients payants également les accidentés du travail. On l'a répété à juste titre, ceux-ci ne peuvent être regardés comme des indigents, puisqu'au point de vue des honoraires médicaux à payer, la personnalité du patron, qui, lui, n'est pas un indigent, est légalement substituée à celle de l'ouvrier blessé. Le libre choix est inscrit dans la loi en faveur de pareils blessés. Cependant dès que leur état rend nécessaire leur transport dans un service hospitalier, ils cessent d'y avoir droit et doivent accepter les soins d'un médecin, qui pour n'être pas celui de l'assurance, ne leur en est pas moins imposé.

On connaît d'un autre côté les divers abus dus au « tout compris ». On sait l'injustice qu'il y a à faire supporter à un budget d'hôpital une grosse partie des frais d'un traitement que le principe de la loi met à la charge du patron, non indigent, riche parfois, non moins que la compagnie d'assurances qui toujours le représente. On sait l'injustice qu'il y a encore à imposer à un médecin d'hôpital de donner gratuitement ou presque ses soins à un malade, qui, encore une fois, ne saurait être regardé comme un indigent en la circonstance. Le libre choix dans les hôpitaux ferait du même coup cesser cette situation anormale de tous points. A n'envisager que leur intérêt matériel les médecins y gagneraient certainement beaucoup, sans que personne pût le trouver injuste.

Je voudrais même aller plus loin, et demander encore le libre choix en faveur des soldats soignés dans les hôpitaux militaires, soit que leur médecin fût payé par leur famille dans certains cas, soit le plus souvent qu'il fût rétribué au tarif de l'assistance à domicile par le service de santé. La discipline n'y perdrait rien d'ailleurs.

Mais j'ai peur d'avoir été déjà un peu loin dans mes prétentions. Je m'arrête donc de peur de paraître à la fois trop exigeant. Aussi bien serait-ce déjà beaucoup que de voir réaliser quelques-unes seulement des réformes inscrites au programme du Congrès, et est-il plus sage de ne pas vouloir brûler imprudemment les étapes. A chaque jour suffit sa peine.

Veuillez agréer, mes chers confrères, l'expression de mes sentiments de meilleure confraternité.

Dr René GUILLON.

Les abus que la grande Presse ne signale pas.

Monsieur le Directeur,

J'apprends la réunion de la commission instituée pour la révision du tarif Dubief, je veux vous conter un incident qui montre que certains agents d'assurances en prennent fort à leur aise avec les accidentés.

Le 7 février dernier, dans la soirée, un ouvrier mécanicien se faisait prendre le médius gauche dans l'engrenage d'un tour. On vint me demander, mais comme j'étais absent, on fit faire un pansement par le pharmacien. A mon retour, environ deux heures après l'accident, je me rends près du blessé, et voici ce que j'apprends. Je savais déjà de source indirecte que l'agent de la compagnie d'assurances à laquelle était assuré le patron me débinait consciencieusement dans l'intérieur de son « home lavatory » (c'est le barbier de l'endroit), quitte à me serrer les mains non moins chaleureusement au hasard des rencontres, et qu'il cherchait à drainer les blessés vers un cabinet voisin. En montant l'escalier qui conduisait à la demeure du patron, j'entendis prononcer mon nom par une voix bien connue, c'était mon agent qui parlait de l'accident antérieur d'un ouvrier boulanger, dont le coût était de 9 fr. D'après cet agent, mes notes étaient très élevées et il mettait en garde contre moi; or, mes notes sont toujours établies selon le tarif légal et jusqu'ici aucune ne m'a été retournée.

Décidé à avoir une explication décisive, j'ouvre la porte et je trouve mon agent, qui rédigeait, s. v. p., un bulletin médical pour la compagnie (La Mutuelle du Mans). Le bulletin, rédigé à moitié, disait que l'accident n'était pas grave, qu'une dizaine de jours suffiraient à la guérison, que le pharmacien se chargeait de faire les pansements. J'objectai que ni lui, ni le pharmacien, n'avaient le droit de se substituer au médecin, qu'il fallait un certificat médical, si l'accident comportait plus de quatre journées d'incapacité de travail. Pris la main dans le sac, mon agent s'emporte, et me dit que, sans certificat médical, il se chargeait de faire régler l'accidenté, que d'ailleurs, il l'avait fait d'autres fois, que les compagnies avaient des avocats de première force, etc., toute la lyre, quoi. Je tins bon et rédigeai le certificat (incapacité temporaire d'au moins un mois, et après, probablement, incapacité permanente partielle). Ceci arrivait le vendredi soir. Le lundi suivant, l'agent général de la même compagnie, avec qui jusque-là j'entretenais des rapports plutôt cordiaux, me prit à part, un peu avant l'audience du juge de Paix. Probablement influencé par l'ennui de se présenter devant le juge de paix, pour une autre affaire, dans laquelle je n'étais pas partie, il se montra violent et menaçant. « — Pourquoi, avez-vous délivré un certificat semblable ? — Parce que j'estime qu'il y aura une incapacité partielle. — Vous allez faire dépenser un billet à la Compagnie ? — La compagnie est faite pour payer en cas d'accident, et d'ailleurs pourquoi votre agent ne voulait-il pas de certificat médical. — Mon agent doit prendre la défense de la compagnie. — Que votre agent prenne la défense de la Compagnie, soit, mais cependant pas au détriment du blessé — D'ailleurs, on enverra nos blessés à un autre médecin. — C'est ce que nous verrons. »

L'entretien prit fin sur ces mots ; quatre à cinq jours après, la patron de la victime recevait du *juge de paix*, par l'intermédiaire du *maire* (le maire lui-même a porté le billet), une lettre lui disant, paraît-il, qu'il pouvait prendre un autre médecin. Malheureusement, le patron qui m'a confirmé le fait, n'a pas voulu me donner le papier. Depuis, on m'a laissé tranquille et je soigne mon blessé.

Samedi prochain, mon blessé se présente devant le Président du Tribunal, en conciliation. Dans mon certificat additionnel, je prévois toujours incapacité partielle permanente, mais la blessure n'est pas consolidée. Rouerie de la compagnie ou de son agent ! l'avocat désigné d'office pour mon blessé est un ami de l'agent. Je dois dire cependant que jusqu'ici rien ne peut être articulé contre l'avocat, que je connais très bien et qui va être mis au courant de l'affaire par moi-même.

Au moment où les médecins sont sur la sellette, il est bon, je crois, de dévoiler les agissements des agents d'assurance.

Je vous prie de croire, monsieur le Directeur à l'assurance de mes meilleurs sentiments.

Dr Merleau.
de Landivy (Mayenne.)

L'automobile du médecin devant le projet Barthou.

S.-A., 26 mars 1908.

Cher confrère,

C'est avec une violente émotion que je viens de lire le projet de loi Barthou sur, ou plutôt contre, la circulation des autos. Le droit de retirer le permis de conduire donné *sans recours ni appel* aux juges de paix, le droit de verbaliser, donné à tous les agents et sous-agents de l'administration rendent ma situation bien nette et pas du tout enviable. Le lendemain du jour où serait promulguée cette loi draconienne, l'exercice de la profession me serait interdit. Certain juge de paix de X., qui mène contre moi une violente campagne, qui a cherché par tous les moyens à me nuire, trouverait facilement, parmi les agents qui m'espionnent — ne fût-ce que pour bien se faire venir de certains gros personnages politiques, des amis tout prêts à dresser une contravention là même où il n'y en aurait pas,... Et alors ? ! Et combien de confrères sont dans ce cas !

Il y a là un grave danger et le peu d'indépendance qui nous reste me semble bien menacé. Il y aurait lieu, je crois, de créer aussitôt une agitation qui pourrait faire réfléchir nos gouvernants. — Ne pourrait-on rédiger aussitôt une lettre circulaire que tous, individuellement, nous adresserions à nos sénateurs et députés ?

Les syndicats départementaux et locaux paraissent souvent trop désintéressés de ce qui nous touche le plus.

Pour ma part, s'il n'était pas donné suite à l'idée que je vous soumets, je me propose quand même d'écrire personnellement aux représentants de mon arrondissement et à quelques-uns des représentants du département avec lesquels je suis en relations.

Excusez ces quelques lignes écrites à la hâte...

Un mot sur une carte pour me dire ce que vous pensez de ma proposition si vous avez un instant de loisir. Et agréez la nouvelle assurance de mes sentiments les meilleurs.

Dr R.

N. D. L. R. — Il y a là un réel danger. Nous allons saisir de cette observation le Ministre et la Commission chargée de l'examen du projet. Cette omnipotence du juge de paix est inadmissible.

L'entente médico-ouvrière sur le terrain électoral pour la défense des droits du médecin et du malade.

Bellême, 19 mars.

Mon cher confrère,

J'ai lu avec le plus vif intérêt, dans le *Bulletin* officiel de l'Union des Syndicats.... *ce qui regarde la question des assureurs et médecins. Je suis absolument de votre avis* : « *Ne nous éloignons pas des ouvriers qui ont été pour nous des collaborateurs précieux autrefois. Si nous restons isolés, prenons garde, nous serons battus* ».

Je l'avais compris comme vous, aussi, ai-je adressé au *Jaune*, qui l'a reproduit, le petit article que j'avais fait insérer dans un journal local en réponse à un article du *Journal*.

Je vous envoie le n° du *Jaune* du 4 janvier dernier.

J'ai l'intention de continuer cette campagne de défense dans *le Jaune qui m'est ouvert et d'y raconter aux abonnés de ce journal des ouvriers par excellence* comment la loi, qui n'avait pas inscrit, à son début, la liberté du choix, dut être amendée dans ce sens par le fait des abus commis par les assureurs ; pourquoi cette clause gêne les assureurs et quel intérêt les ouvriers et les médecins ont de concentrer leurs efforts pour faire échouer la campagne entreprise contre la liberté du choix.

Je serais heureux d'avoir votre approbation et de recevoir les notes que vous me pourrez communiquer pour cela.

Veuillez agréer, etc. Dr A. Chamousset.

N. D. L. R. — Nous ne pouvons qu'approuver l'initiative de notre confrère. Parfois, dans nos Sociétés médicales, quand nous rappelions l'indication formelle de cette alliance médico-ouvrière, née des résolutions de l'Assemblée générale et du banquet de 1898 (proposition Dubuisson), et si cordialement et si loyalement pratiquée dans la commission du tarif accident, on agita le spectre rouge, et autres billevesées... intéressées plutôt qu'intéressantes.

Il nous plaît d'espérer que, s'adressant à un organe *jaune* ou *rose*, notre zélé correspondant n'éveillera pas les mêmes susceptibilités. Que si la chose se produisait quand même, il aurait bien *raison de passer outre*.

REPORTAGE MÉDICAL

Communiqué de l'association corporative des étudiants en médecine de Paris (21, *rue Hautefeuille*). *A propos de l'incident du dispensaire E. Loubet.* — Deux de nos camarades — internes au dispensaire Emile Loubet — se sont vu brutalement *remerciés* par l'administration de cet établissement. Aucune raison ne leur fut donnée. Il n'y en avait d'ailleurs aucune. Les internes de ce dispensaire étaient en fonction l'un depuis dix mois, l'autre depuis deux mois, et avaient été appelés à ce poste — qu'ils occupaient à la satisfaction de leurs chefs et des malades — par les médecins de l'Etablissement. Ceux-ci ont protesté énergiquement contre le renvoi aussi brutal qu'injustifié, dont nos camarades sont les victimes.

Ces camarades se sont adressés à leur groupement corporatif. Nous avons fait une enquête, qui est complètement en leur faveur et nous avons l'intention de poursuivre leur défense avec énergie.

Nous ne permettrons pas que la situation de nos camarades puisse être compromise, et que leur honorabilité incontestable soit discutée, et cela par suite de la haine ou du mauvais vouloir d'une administration dont les habitudes autoritaires ne sauraient excuser l'impolitesse.

Le Comité de l'A. C.

Détresse médicale. — Le Dr T..., médecin dans le XVIe arrondissement, est dans la plus profonde misère.

Alité depuis plusieurs semaines, il habite un logement de pauvre composé de deux pièces, avec sa femme, sa belle-mère et ses cinq petites filles.

Ce malheureux confrère ne fait partie d'aucune Société de prévoyance ; ce n'est pas le moment de le lui reprocher....

La Société médicale du XVIe arrondissement lui a envoyé un premier secours. Mais, en présence d'une situation aussi exceptionnellement lamentable, nous supplions tous nos confrères de se joindre à nous.

Prière d'envoyer les offrandes, au Dr Podevin, trésorier de la *Société médicale du XVIe arrondissement*, 7, rue Duban, Paris.

Signé : Drs Chandebois, Houdaille, Mahu, Podevin, Weill.

Bureaux municipaux d'hygiène. — Emplois de directeurs vacants : Lille (Nord). Traitement :

7.000 fr. — Limoges (Haute-Vienne). Traitement : 4.000 fr. — Dieppe (Seine-Inférieure). — Traitement : 3.600 fr. — Délai de candidature expirant le 21 avril 1908.

Faculté et Hôpitaux.

Un cours de vacances aura lieu du lundi 13 avril au samedi 25 avril au pavillon Moïana, dans le service et le laboratoire de M. le prof. Hayem. Ce cours, essentiellement pratique, comprendra l'examen clinique des malades et la démonstration des procédés spéciaux de diagnostic et de traitement. Il sera dirigé par MM. R. Bensaude, G. Rosenthal et Agasse-Lafont, chefs et ancien chef de clinique, et L. Rivet, ancien interne des hôpitaux. Ce cours comprendra trois parties : 1° Affections de l'appareil digestif par MM. Bensaude et Rivet ; 2° Affections de l'appareil respiratoire par M. G. Rosenthal ; 3° Affections du cœur, des vaisseaux et du sang par M. Agasse-Lafont.

Ce cours sera complet en 24 leçons. Chaque leçon sera suivie de démonstrations pratiques et d'examens de malades. Les leçons auront lieu à l'hôpital Saint-Antoine, pavillon Moïana, le matin, tous les jours, de 9 h. 1/4 à 10 h. 1/4 et de 10 h. 1/2 à 11. h. 1/2. Le droit à verser est de 50 francs.

Un cours pratique d'accouchements aura lieu pendant les vacances de Pâques à la clinique Baudelocque, sous la direction de MM. Wallich et Couvelaire, professeurs agrégés.

Ce cours commencera le lundi 13 avril ; il aura lieu tous les jours pendant les deux semaines de vacances de Pâques et se terminera le 27 avril.

Programme : Le matin de 10 h. à midi : Examens cliniques de diagnostic et de pratique obstétricale. Les élèves seront exercés individuellement à l'examen des femmes et des nouveau-nés.

L'après-midi de 2 h. à 4 h. : Manœuvres et opérations obstétricales.

Le droit à verser est de 50 francs. S'inscrire au secrétariat de la Faculté, les mardis, jeudis et samedis de midi à 3 h.

— M. de Lapersonne, assisté de MM. Weiss, professeur agrégé, Monthus, chef de clinique, Cantonnet, chef de laboratoire, et Gellé, chef des travaux de rhinologie, commencera un cours de technique ophtalmologique le mardi 28 avril 1908, à 3 h., à l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Dupuytren).

Ce cours comprend la chirurgie oculaire, l'ophtalmométrologie, la technique ophtalmoscopique, la bactériologie et l'anatomie pathologique oculaires, l'oto-rhinologie dans ses rapports avec l'ophtalmologie, etc. Les leçons ont lieu tous les jours. Les élèves sont exercés individuellement aux manœuvres opératoires et aux travaux de laboratoire.

Le montant des droits est de 100 francs. Les bulletins de versement sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis, samedis, de midi à 3 h.

— M. Laignel-Lavastine, ancien chef de clinique, fera les mercredis, à 10 h. 1/2, à l'amphithéâtre de la clinique médicale, des conférences d'anatomie et de physiologie normales et pathologiques sur les appareils glandulaires de l'organisme. (Cours libre).

1er et 8 avril : Le foie. — 29 avril : Le pancréas. — 6 mai : Les reins. — 13 mai : Les surrénales. — 20 et 27 mai : La thyroïde et les parathyroïdes. — 3 juin : L'hypophyse. — 10 juin : Les ovaires. — 17 juin : Les glandes génitales mâles. — 24 juin : Les syndromes pluriglandulaires.

— Les cours libres suivants (amphithéâtre Cruveilhier, Ecole pratique) sont autorisés pour le 2e semestre de l'année scolaire 1907-1908 :

— M. Bruno Dubron : Le régime légal des soins médicaux et de leur rémunération. Lundi et vendredi à 5 h. à partir du 1er juin.

— M. Paul Farez. — La psychopathologie du tube digestif, le jeudi à 4 h., à partir du 30 avril.

— M. Foveau de Courmelles :
L'électrothérapie et l'électrophysiologie, la radiologie, la photothérapie, le radium, les radiations nouvelles, le mercredi, à 6 h. à partir du 29 avril.

— Les cours et exercices de médecine opératoire, générale et spéciale suivants, auront lieu à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux pendant le semestre d'été :

— Chirurgie du tube digestif et des annexes : M. Antonin Gosset, agrégé, chirurgien des hôpitaux. Du mardi 28 avril au mardi 19 mai, mardis, jeudis, samedis à 3 h.

— Chirurgie gynécologique : M. Ch. Walther, agrégé, chirurgien de la Pitié : M. J. Arrou, chirurgien des hôpitaux. Du mercredi 29 avril au mercredi 20 mai, lundi, mercredi, vendredi à 2 h.

— Chirurgie génito-urinaire : M. Legueu, chirurgien de Tenon ; M. Proust, agrégé, chirurgien des hôpitaux. Du vendredi 22 mai au vendredi 19 juin, lundi, mercredi, vendredi à 2 h.

Chirurgie d'urgence et de pratique courante : M. Morestin, chirurgien des hôpitaux. Du samedi 23 mai au samedi 10 juin, les mardis, jeudis, samedis à 3 h. 1/2.

— Chirurgie de l'œil et de l'orbite : M. Morax, ophtalmologiste de Lariboisière. Du lundi 1er juin au mercredi 24 juin, lundi, mercredi, vendredi, à 2 h.

Chacun de ces cours comprendra 10 leçons suivies d'exercices de technique chirurgicale. Les cours sont gratuits pour les internes des hôpitaux. Le droit d'inscription est de 50 francs pour les étudiants en médecine immatriculés et de 80 francs pour les docteurs en médecine, français et étrangers. Prière de se faire inscrire, 17, rue du Fer-à-Moulin.

—Un concours pour la nomination: 1° A trois places d'interne en médecine à l'hospice de Brévannes (Seine-et-Oise) ; 2° à une place d'interne en médecine au sanatorium de Hendaye (Basses-Pyrénées) sera ouvert le vendredi 10 avril 1908, à midi, dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

Les candidats qui désireront concourir devront se faire inscrire à l'administration centrale (service du personnel) du lundi 16 mars au samedi 18 mars inclusivement, de 11 h. à 3 h.

Sont admis à se faire inscrire : les élèves externes des hôpitaux de Paris : les élèves en médecine de 3e année au moins, qui auront fait six mois de stage régulier dans l'un des services des hôpitaux de Paris.

L'indemnité annuelle attribuée aux internes de l'hospice de Brévannes est fixée à 1200 francs ; celle attribuée aux internes du sanatorium de Hendaye à 1000 francs, indépendamment des avantages en nature, du logement, de la nourriture, du chauffage, de l'éclairage et du blanchissage.

— Sous la direction de M. le Dr Rieffel, MM. Duclaux, ancien interne, assistant d'orthopédie, Canbier, Le Mée, Saïssi, internes, commenceront le 6 avril, à 4 heures, une série de 8 leçons suivies d'exercices pratiques portant sur : les appareils plâtrés chez l'enfant ; le tubage et la trachéotomie. Le nombre des inscriptions est limité à 10. Droits à verser : 80 francs.

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trentième année N° 15 Dimanche 12 AVRIL 1908

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

COMMISSION DU TARIF ACCIDENTS

Un compte rendu nécessaire.

Les grands journaux du 2 avril ont publié le communiqué suivant, dont nous ignorons la provenance :

La commission instituée en 1905, et composée notamment de représentants des médecins, des pharmaciens, des syndicats ouvriers et des syndicats patronaux et des assureurs, s'est réunie hier, au ministère du travail, et a poursuivi l'étude de la révision du tarif des remboursements de frais médicaux et pharmaceutiques en matière d'accidents du travail.

Après de longues discussions, et à la suite d'observations présentées par le directeur de l'Assurance et de la Prévoyance sociales, la Commission a pensé que le moyen le plus efficace de ménager aux victimes d'accidents le libre choix de leur médecin, tout en écartant les exagérations de frais qui pourraient abusivement peser sur l'industrie, consisterait à établir, d'après la commune expérience des médecins et des assureurs, le coût normal des dépenses médicales à prévoir pour le traitement des différentes catégories d'accidents, sauf à ce que ce coût puisse être majoré ou réduit dans les cas d'exception : le bien fondé de cette majoration ou de cette réduction serait alors apprécié par des commissions arbitrales où seraient représentés les divers intérêts en jeu.

La Commission, à l'unanimité, s'est ralliée en principe à cette solution et a décidé de la prendre pour base d'une étude approfondie à laquelle une sous-commission va immédiatement se livrer pendant les vacances parlementaires.

Cette note avait, sans doute, pour but, si l'origine en est officielle, de calmer des impatiences.

Mais, pour n'avoir pas été assez explicite, elle a provoqué chez les médecins un vif mouvement d'émotion et d'inquiétude : ils y ont vu surgir le spectre du *forfait* facilement exploitable pour la campagne des assureurs.

On a négligé de dire, en effet, que les longues discussions mentionnées au début du deuxième paragraphe ont d'abord conduit aux conclusions suivantes :

1° Le nouveau tarif ne doit porter aucune atteinte directe ou indirecte à la liberté des blessés de choisir leur médecin et leur pharmacien ;

2° La demande d'un tarif à forfait, ou plutôt à forfaits progressifs, présentée par les assureurs, n'est pas accueillie ;

3° La Constitution de Commissions d'arbitrage.

Pour faciliter le fonctionnement de ces Commissions, pour que la bonne volonté des membres qui les composeront ne soit pas annihilée par la multiplicité des contestations soulevées par l'application des tarifs à des catégories d'accidents bien déterminées, M. le Directeur de l'Assurance et de la Prévoyance Sociales a proposé l'étude d'une classification des accidents les plus simples et l'établissement pour chaque catégorie d'un tarif de frais médicaux concordant avec le montant normal des honoraires actuels et échap-

pant ainsi à toute contestation ; dans le cas où la note d'honoraires dépasserait ce maximum, dans le cas où cette note soulèverait des protestations du côté des assureurs, les commissions arbitrales auraient à se prononcer sur le bien ou le mal fondé des motifs de majoration ou de réduction.

La sous-commission, désignée dans une précédente séance, serait chargée de préparer les éléments d'une entente en maintenant, ainsi que l'avaient réclamé les délégués des Syndicats médicaux, le tarif à la visite et la rémunération des divers actes médicaux et de rechercher tous les moyens de contrôle capables de prévenir les abus.

Les délégués des médecins n'ont pas manqué de faire toutes les réserves sur les difficultés d'une détermination des catégories d'accidents établies sur des données rationnelles et des calculs non arbitraires ; sans abandonner aucune des prérogatives du corps médical, sans renoncer aux revendications contenues dans la lettre adressée par eux à M. le ministre du Travail, ils ont pensé qu'ils n'avaient pas le droit de repousser la proposition de M. Georges Paulet et de se refuser à l'étude d'une solution qui tendait : 1° à assurer aux ouvriers, en cas d'accident, tous les soins que réclamerait leur état ; 2° à garantir les médecins contre les abus et les contestations systématiques ; 3° à définir le rôle et à favoriser le fonctionnement régulier des commissions d'arbitrage.

L'accord général ainsi précisé, nous avons promis et donnerons à la sous commission le plus dévoué concours pour cette étude longue et délicate, si elle est reconnue capable de fournir des résultats.

Et, obéissant à notre tour au mobile qui a inspiré le communiqué à la grande presse, nous demandons crédit à nos confrères pour l'accomplissement de la dure tâche que nous avons acceptée.

Les délégués à la Commission du Tarif accidents,

Dr PEDEBIDOU, sénateur,
Dr DUBUISSON, député,
Dr JEANNE.

LA SEMAINE MEDICALE

Traitement de la goutte militaire.

Voici comment procède M. le Dr M. MARX, de Saint-Lazare, lorsqu'il se trouve en présence d'une goutte militaire :

« Je fais examiner la goutte matutinale au point de vue gonocoque.

« Si l'on en constate l'absence, nous trouvant en présence d'une goutte militaire banale, nous pratiquons, ou plutôt nous faisons pratiquer à notre malade, avec l'appareil à lavage et canule de Massey, des lavages à l'oxycyanure de mercure à 1 p. 2.000, matin et soir, un litre.

« Si nous constatons par le toucher rectal des inégalités prostatiques avec un des lobes hypertrophié s'accompagnant, dans l'émission d'urine, au premier verre, de filaments ou même, à la pression sur la prostate d'un écoulement plus ou moins abondant par l'urèthre, nous faisons précéder ces lavages de massage prostatique rectal.

« Si la bougie exploratrice a rencontré dans la région prostatique uréthrale des brides, des ressauts, des inégalités, une dilatation ampullaire de l'urèthre entre la sangle musculaire de la région membraneuse et le col de la vessie, dilatation formant lac où stagne le muco pus, nous pratiquons concurremment des massages de l'urèthre total au moyen du béniqué n° 44.

« Si ce traitement ne suffit pas, nous le remplaçons par l'introduction dans l'urèthre de bougies uréthrales fondantes armées, pour celles du matin, de protargol 0,30, pour celles du soir de :

Baume du Pérou......... } àà 0,25
Résorcine................ }

« Lorsque nous constatons dans la goutte matutinale la présence de gonocoques, nous pratiquons de suite les instillations au nitrate d'argent tous les 2 jours. « Nous commençons par la solution à 1 pour 50 pour habituer le canal de l'urèthre à ce traitement et aussi pour tâter la tolérance individuelle.

« Nous passons rapidement aux solutions au 1/30, 1/25, 1/10, pratiquant comme il a été dit plus haut.

« Ce traitement est prolongé trois semaines, puis nous arrêtons dix jours. S'il n'y a plus de suintement matutinal au bout de ce laps de temps, nous pratiquons l'expérience de la bière prise en masse le soir pendant 2 ou 3 jours. Si l'écoulement ne reparaît pas, nous considérons le malade comme guéri ; si la goutte revient, nous poursuivons le traitement par séries d'instillations.

« Souvent, après guérison, persistent dans le premier jet d'urine quelques filaments. Nous conseillons les massages prostatiques, les petits lavements à 43° à prendre matin et soir et à garder une heure ; les suppositoires détersifs, les bains de cuvette chauds.

« Il arrive souvent que la goutte militaire, blennorrhagique ou non, est produite par une infection des glandes de la fosse naviculaire dont on peut trouver l'orifice enflammé et suintant au moyen de l'uréthroscope.

« Dans ce cas, nous avons imaginé pour les désinfecter un procédé facile à employer.

« Nous introduisons la sonde à instillations de Guyon à deux centimètres seulement du méat. Nous faisons comprimer le canal, au-dessous de la boule, par l'index et le pouce du patient. Nous comprimons nous-même le méat avec l'index et le pouce de la main gauche et nous envoyons sous pression la solution de nitrate d'argent, de façon à ce que ne pouvant s'échapper ni vers la vessie, ni à l'intérieur, elle distende la petite portion de l'urètre où elle est maintenue, et cela assez fortement pour pénétrer dans les glandules.

« Nous avons pratiqué avec succès cette manœuvre dans nombre de cas et n'avons eu comme accident qu'un seul petit abcès d'une des glandes sous-péniennes antérieures qui a été facilement ouvert et guéri ».

Nouvelle technique de la thoracentèse.

La *Revue des hôpitaux* publie un article de M. le Dr G. MILIAN, médecin des hôpitaux de Paris, sur les graves inconvénients de l'opération de la thoracentèse pratiquée selon la méthode classique, c'est-à-dire, le malade étant assis, et le trocart étant enfoncé dans le 8e espace intercostal suivant une ligne verticale passant par la pointe de l'omoplate.

D'après l'auteur, le meilleur moyen de remé-

dier aux quintes de toux, aux tendances syncopales et à la fatigue du malade, ainsi qu'aux difficultés de l'écoulement du liquide, c'est de pratiquer la thoracentèse au creux de l'aisselle, le malade étant dans le décubitus dorsal.

Le *décubitus dorsal* offre tous les avantages pour le malade. Il y peut rester indéfiniment puisque c'est la position idéale du repos, donc pas de fatigue. Pas de tendance à la syncope, puisque c'en est la position antagoniste. Pas de production de quintes de toux, puisque le malade restera immobile dans cette position commode.

Quiconque aura fait une thoracentèse chez un malade ainsi couché sur le dos n'en fera plus autrement. L'opération se passe avec la plus grande simplicité, sans être jamais coupée d'aucune alerte. Nous avons vu des thoracentèses interrompues, dans la position assise, faute d'être supportées par le malade, se continuer parfaitement dans le décubitus horizontal.

Pour *l'opérateur*, il y a également avantage à pratiquer la thoracentèse dans la région axillaire qu'offre ce mode de decubitus. Là, en effet, la peau est mince; la graisse sous-cutanée n'est jamais abondante; les muscles y sont peu importants; les espaces intercostaux sont très larges, à condition, surtout, de faire tenir élevé le bras correspondant du malade, en le priant de mettre la main sous la tête. Toutes ces circonstances favorisent l'opération et facilitent la recherche des points de repère et la pénétration du trocart.

La TECHNIQUE OPÉRATOIRE est des plus simples. Rien à changer dans l'appareil qui sera, au choix du médecin, l'aspirateur de Dieulafoy ou de Potain, le trocart de Duguet, etc. Rien à changer non plus dans les soins d'aseptie, etc. Il n'y a que deux points particuliers, relatifs au malade, d'une part, au lieu d'élection de la ponction d'autre part.

La *position du malade*, avons-nous dit, est le décubitus dorsal. Le sujet sera couché bien à plat, la tête à peine surélevée par un oreiller bien égalisé. Il sera placé *tout au bord* du lit, non pas seulement y affleurant, mais dépassant le matelas de quelques centimètres, de manière à ce que le thorax déborde le lit. Cela est nécessaire à la liberté des mouvements de l'opérateur. Si le sujet restait couché au milieu du lit, il serait à peu près impossible au médecin de diriger convenablement son aiguille, car la main conductrice rencontrerait le matelas et serait gênée par lui.

Il faut enfin que le *sujet soit penché du côté à opérer*, ce qu'on aide en aplatissant le bord du matelas sur lequel est couché le malade, si celui-ci ne parvient pas à trouver lui-même une position suffisamment déclive. Il n'est pas besoin de dire que ceci a pour but d'amener le liquide dans la région à ponctionner.

Le *bras du sujet doit être relevé sur la tête* pour écarter les espaces intercostaux. Pour rendre la chose plus facile et empêcher toute fatigue, il vaut mieux placer la main du sujet sous l'occiput; de cette façon le poids de la tête maintient la main, et par suite, le bras en place, et le sujet n'a pas besoin de faire d'effort pour maintenir le membre dans cette position.

Le *lieu de la ponction* sera la région immédiatement sous-jacente à la paroi interne du creux de l'aisselle, sur la partie latérale du thorax. On pratiquera la ponction à la rencontre d'une ligne verticale partant du sommet de l'aisselle et du huitième ou neuvième espace intercostal.

Il va sans dire qu'on aura percuté soigneusement cette région avant de pratiquer l'opération; on aura même fait une ponction exploratrice à la seringue de Pravaz, pour s'assurer de la présence du liquide en ce point. Là, plus qu'ailleurs, il faut être certain de son diagnostic car le diaphragme n'est pas loin et, en l'absence de liquide, il serait facile de le perforer.

En terminant, nous répèterons que, faite de cette manière, la thoracentèse donne le maximum de commodités et le minimum de désagréments au malade et au médecin.

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

MÉDECINE PRATIQUE

La Ponction Lombaire.

Quand on parcourt aujourd'hui les observations cliniques, les traités classiques ou les quotidiens qui rendent compte des communications académiques, on rencontre fréquemment la relation des résultats fournis par la ponction lombaire. Nous avons même parlé quelquefois incidemment dans le « Concours » de cette ponction lombaire; il nous paraît urgent maintenant d'aborder cette question avec quelques détails, car elle ne doit pas rester ignorée. Et d'abord, qu'est-ce que la ponction lombaire? C'est la ponction de la cavité arachnoïdienne de la moelle épinière au niveau de la région lombaire. Comparable à la ponction thoracique ou pleurale (thoracentèse) et à la ponction péricardique (paracentèse du péricarde) cette opération médicale doit être connue et exécutée par tous les praticiens, dans les circonstances assez fréquentes où elle est indiquée soit comme moyen de diagnostic, soit comme méthode thérapeutique. Il ne faut pas plus craindre de la pratiquer que s'il s'agissait de la thoracentèse; les risques ne sont pas plus sérieux.

I.

TECHNIQUE.

Exécutée pour la première fois en 1890 par Quincke, dans un but thérapeutique, la ponction lombaire est d'une très grande utilité pour le diagnostic. Elle est réalisable dans n'importe quel milieu, en se conformant très rigoureusement à la technique suivante, exposée par M. G. LYON dans son traité de clinique thérapeutique.

« La cavité arachnoïdienne, qui contient le liquide céphalo-rachidien, n'est abordable que dans la région lombaire.

« 1° Parce que la moelle descend dans le canal vertébral jusqu'à la deuxième vertèbre lombaire et que toute ponction pratiquée au-dessus de cette vertèbre pourrait la léser.

« 2° Parce que les espaces intervertébraux, qu'il faut traverser, ne sont facilement accessibles que dans la région lombaire.

« La ponction doit être faite dans le 4° espace lombaire, qu'il est facile de repérer, car une ligne qui réunit les deux crêtes iliaques tombe sur la quatrième apophyse épineuse. Au-dessous de

cette apophyse, le doigt appuyé fortement, pénètre dans un espace dépressible ; c'est le point où doit porter la ponction (espace interépineux).

« On peut placer le malade de deux façons : soit dans la position assise au bord du lit, jambes pendantes, tronc fléchi, faisant « le gros dos » ; soit dans le décubitus latéral, les cuisses ramenées contre le ventre, en « chien de fusil ». Il est utile, dans ce cas, de soulever légèrement l'épaule, de façon à donner à la colonne lombaire, une courbure qui fasse bailler davantage les interstices vertébraux du côté sur lequel le malade est couché.

« La première position est préférable. On doit se servir pour la ponction d'une aiguille spéciale longue de 8 à 10 centimètres très solide et peu flexible, taillée en biseau court et pointu, d'un calibre de 5 à 10 millimètres, (aiguille de Tuffier) ; à défaut d'aiguille spéciale, on peut utiliser l'une des fines aiguilles de l'appareil Potain, mais ces aiguilles peuvent se courber en crochet, ce qui gêne l'écoulement du liquide.

« Il est utile, en tout cas, d'avoir à sa portée un mandrin ou un fil d'argent pour désobstruer l'instrument en cas de besoin. L'aiguille à rachicentèse pourra, chez l'enfant, être moins longue que chez l'adulte. Il faut pouvoir l'enfoncer de 2 à 4 centimètres. L'aiguille de la seringue de Roux, longue de 5 centimètres, peut parfaitement servir dans tous les cas (enfants de 3 mois à 12 ans). Lorsqu'on est sûr de l'immobilité de l'enfant, maintenu par un aide, on peut sans inconvénient se servir de l'aiguille en acier préalablement bouillie dans une solution forte de borax, l'aiguille en platine iridié, que l'on peut flamber extemporanément, a cependant des avantages : elle plie et ne se rompt pas.

En ce qui concerne l'espace à ponctionner chez l'enfant, il est bon de se souvenir que la moelle descend plus bas chez le jeune enfant que chez l'adulte. Jusqu'au quatrième mois de la vie embryonnaire, elle s'étend jusqu'à la dernière vertèbre sacrée. Puis, à partir de cette époque, l'accroissement en longueur de la moelle épinière reste en retard sur l'accroissement de la colonne vertébrale. Au sixième mois de la vie fœtale, le cône médullaire se trouve au commencement du canal sacré. Au moment de la naissance, la moelle ne descend plus jusqu'au niveau de la *troisième lombaire* pour remonter encore jusqu'à la deuxième ou même la première lombaire, qu'elle atteint *au commencement de la deuxième année*, et où on la retrouve chez l'adulte.

« Les précautions aseptiques d'usage (savonnages à la brosse, nettoyage à l'alcool absolu et à l'éther), le nettoyage rigoureux des mains de l'opérateur (savonnage, brossage, passage au permanganate et au bisulfite) et le flambage de l'aiguille, étant exécutés, on cherche avec l'index l'apophyse épineuse de la quatrième vertèbre lombaire, et on enfonce l'aiguille un peu en dehors, à 1 centimètre de la ligne médiane, à la partie inférieure de l'index placé dans l'espace interépineux.

« Lorsqu'on a traversé la peau et l'aponévrose, on incline l'aiguille de façon à la diriger en dedans et un peu en haut et on l'enfonce doucement entre les lames vertébrales, à travers le ligament jaune, qui n'oppose guère de résistance ; on force légèrement et on à la sensation d'une résistance vaincue, le liquide s'écoule alors.

« Si l'on est arrêté par un plan osseux, c'est que l'aiguille a été dirigée trop haut, il faut la retirer un peu et chercher à pénétrer plus bas. Dans le cas où plusieurs tentatives échoueraient, il serait préférable de retirer tout à fait l'aiguille et de recommencer la ponction en un point voisin.

« Rappelons que l'aiguille doit être enfoncée à une profondeur de 2 à 3 centimètres chez l'enfant, de 4 à 6 cm. chez l'adulte.

« Dès que la dure-mère est perforée, l'écoulement du liquide a lieu goutte à goutte à l'état normal. Lorsqu'il s'écoule en jet, cet excès de pression est toujours l'indice d'un état pathologique ; il faut alors ralentir l'écoulement en obturant l'orifice de l'aiguille avec le doigt, ou en comprimant le tube de caoutchouc, si l'on a eu soin d'en munir celle-ci. Le liquide s'écoule clair à l'état normal ; l'écoulement de sang pur indique que l'on a rompu les plexus rachidiens ; il faut, dans ce cas, retirer l'aiguille et recommencer la ponction en un autre point.

« La quantité de liquide à retirer pour les divers examens nécessaires au diagnostic est d'une dizaine de centimètres cubes environ : on recueille ce liquide dans un tube à essai stérilisé. La ponction terminée, on retire vivement l'aiguille et l'on applique une goutte de collodion pour obturer le point où la piqûre a été faite. Le patient devra rester immobile et la tête basse pendant 24 heures, en demeurant dans le décubitus dorsal.

« Pendant l'opération, l'aiguille peut se rompre ou se tordre, éventualité rare, si l'on a eu soin d'employer une aiguille réalisant les conditions indiquées plus haut et si l'on a eu soin de faire maintenir le malade.

« Si la ponction ayant été bien faite, le liquide ne s'écoule pas, c'est que l'aiguille est bouchée; dans ce cas, on la débouche au moyen du fil d'argent. On ne doit pas s'inquiéter des douleurs ou crampes dans les membres inférieurs qui sont dues à la piqûre possible d'un nerf de la queue de cheval. Quand, au début de l'écoulement du liquide, on remarque la présence du sang, c'est qu'une veinule sans importance a été lésée ; après quelques instants, le liquide redevient clair. Si l'on retire un liquide hémorrhagique jusqu'à la fin, c'est qu'il est bien réellement hémorrhagique.

« Le sujet peut perdre connaissance dès le début de la ponction, accident purement émotif; cette même perte de connaissance peut se produire au cours de la ponction, si l'écoulement se produit trop vite et en grande abondance ; on évitera cet accident en modérant l'écoulement du liquide.

« Après la ponction survient, dans les trois quarts des cas environ, une céphalée plus ou moins vive localisée à la nuque, qui se dissipe presque toujours au bout d'une heure. Cependant, la céphalée peut persister plusieurs jours ; on voit quelquefois survenir des nausées, des vomissements, des vertiges.

« On a signalé des cas de mort, mais presque toujours quand il s'agit de tumeur cérébrale et après une décompression trop brusque. *Oppenheim*, *Sano*, *Ossipow* et d'autres auteurs ont signalé des accidents sérieux, presque toujours dus à une évacuation trop rapide ou trop abondante. D'autre part, *Gumprecht*, *Gerhardt*, *Kohts*, sont unanimes à constater que les seuls cas néfastes se rapportent à des tumeurs cérébrales avec hypertension.

« A côté de ces cas malheureux, il est bien démontré que, chez le normal ou dans les diverses affections auxquelles on a appliqué la ponction lombaire, aucun accident ne s'est produit.

« Personnellement, dit le Dr Auguste Ley, nous avons fait un assez grand nombre de ponctions lombaires en ces dernières années (soixante environ) et cela dans les cas les plus variés, sans jamais avoir d'accident ou de symptôme spécial à noter. Même, avant que plusieurs auteurs, entre autres Milian, n'aient attiré l'attention sur

les petits incidents de la ponction lombaire, il nous est arrivé d'enlever, à notre consultation, quinze centimètres cubes de liquide à une enfant de 10 ans, et de la laisser immédiatement retourner chez elle à pied, sans que le moindre trouble soit survenu. L'enfant était une incontinente urinaire. Il est prudent toutefois, pour éviter la céphalalgie, les douleurs dans les membres et la nuque, parfois signalées, de faire se coucher le malade pendant quelque temps après la ponction. »

II

Diagnostic.

« Le liquide céphalo-rachidien, clair comme de l'eau de roche à l'état normal, est louche, trouble, laiteux, parfois purulent dans les méningites. Exceptionnellement, il peut rester clair, alors que les méninges cérébrales sont recouvertes d'une nappe de pus, lorsque la communication normale entre les méninges cérébrales et spinales est interrompue.

« Abandonné à lui-même, le liquide céphalo-rachidien ne fournit aucun dépôt à l'état normal. Dans le cas de méningite, il laisse précipiter quelques légers flocons ; une couche purulente assez intense se dépose, quand la méningite est suppurée. La densité normale est de 1,003 à 1,004 ; elle varie de 1,002 à 1,009 à l'état morbide. »

La composition chimique du liquide céphalo-rachidien donne d'utiles renseignements.

« Normalement, ce liquide est constitué par de l'eau (900 p.) et du chlorure de sodium (6 gr). et contient parfois des traces d'albumine (0,06 à 0,15 cg.)

Dans les processus aigus, le taux de l'albumine augmente : les auteurs ont cité des proportions de 2 gr.10, et même 5 et 15 grammes pour 100. Dans les méningites tuberculeuses, le réseau de fibrine « en toile d'araignée » flottant dans le liquide, après un certain temps, semble être un caractère constant.

MM. Widal, Sicard et Ravaut ont montré tout le parti que l'on peut tirer de l'*examen cytologique* du liquide céphalo-rachidien centrifugé. A l'état normal, le liquide céphalo rachidien ne contient pas d'éléments figurés ; dès que les méninges s'enflamment, il contient des éléments cellulaires.

Dans la méningite tuberculeuse, le liquide renferme presqu'uniquement des lymphocytes ; dans la méningite cérébro-spinale, les polynucléaires dominent, tout au moins dans la forme aiguë. Il est à remarquer que la méningite tuberculeuse n'est pas la seule affection qui donne lieu à de la lymphocytose dans le liquide céphalo-rachidien ; la paralysie générale, le tabès, la sclérose en plaques, la pachy-méningite cervicale produisent aussi ce phénomène. De plus, même dans la méningite cérébro-spinale, dont les symptômes aigus sont atténués, les lymphocytes deviennent plus nombreux que les polynucléaires ; ce n'est qu'à la période franchement aiguë que la présence prédominante des polynucléaires est bien nette.

On a souvent besoin aussi de recourir, pour établir le diagnostic, à l'examen bactériologique du liquide céphalo-rachidien ; le bacille de Koch a été trouvé 70 fois sur 100.

III

Thérapeutique.

La ponction lombaire devient de plus en plus courante comme procédé thérapeutique ; elle donne souvent de bons résultats, tout au moins passagers, sinon durables ; aussi, le praticien doit-il recourir maintenant à ce procédé, au risque de se voir reprocher son inertie et son impéritie, s'il l'omet.

Les premiers auteurs ont employé cette ponction contre l'hydrocéphalie chronique, en la combinant avec les frictions mercurielles.

Mais, aujourd'hui, toutes les méningites paraissent justiciables de la ponction lombaire ou *rachicentèse*. Dans la méningite tuberculeuse, cette opération amène une amélioration passagère, une diminution des douleurs et une amélioration du strabisme et de l'agitation. Dans les méningites aiguës, la ponction lombaire est vraiment curative par la décompression du système nerveux central et l'évacuation des exsudats purulents, abondamment chargés de microbes et de toxines.

Les auteurs (Marie, Guillain, Scherb, Seiffert), ont signalé les heureux effets de la ponction lombaire dans *l'urémie nerveuse*.

« Dans la *chorée* de Sydenham (affection qui a donné à Sicard, dans quelques cas, un cyto-diagnostic positif de lymphocytose), quelques auteurs ont signalé l'effet favorable de la *ponction lombaire*, entre autres Bozzolo et Allaria. Ce dernier a pu soustraire 25 à 30 centimètres cubes de liquide sans accident. Ces recherches demandent toutefois à être continuées et essayées sur un plus grand nombre de cas.

« Dans la *coqueluche* avec symptômes de méningisme, la ponction lombaire a donné de bons résultats à Bertolotti ; rappelons que, dans un cas de coqueluche sans symptômes méningés, M. Rey a trouvé une lymphocytose nette ; il se propose de continuer ces recherches sur le liquide céphalo-rachidien des coquelucheux.

« Dans la *surdité* et le vertige auriculaire, J. Babinski a noté de notables améliorations à la suite de la ponction lombaire. Trétrop a appliqué la méthode de Babinski et a pu confirmer, pour certains cas, ses résultats favorables.

« La question de la surdité dans l'enfance est si importante, et cette affection entraîne, pour l'évolution intellectuelle de l'enfant et pour son utilisation sociale future, des conséquences si graves, que tout moyen doit être essayé qui permette d'amener même une simple amélioration de l'état de l'audition.

« Dans l'*incontinence d'urine*, Babinski a signalé des résultats favorables de la ponction lombaire.

On a obtenu enfin de bons résultats par la ponction lombaire dans le coup de chaleur, dans les phénomènes méningitiques de la fièvre typhoïde.

En résumé, on peut conclure comme M. le Dr A. Ley (de Bruxelles).

« 1. La ponction lombaire doit être considérée comme inoffensive, à condition d'observer quelques précautions ; chez les enfants au-dessous de deux ans, il faut toujours ponctionner l'espace lombo-sacré.

« 2. L'examen du liquide céphalo-rachidien constitue, tant par le cyto-diagnostic que par l'examen bactériologique, un moyen de diagnostic puissant, que tout praticien doit pouvoir employer. Actuellement, c'est dans les inflammations méningées que cet examen trouve son application la plus fréquente.

« 3. La ponction soulage et amende les méningitiques en général. Elle a une valeur curative réelle dans l'hydrocéphalie et les méningites aiguës ; elle doit dans ces cas être répétée fréquemment.

« 4. L'innocuité de la rachicentèse permet d'en essayer l'emploi dans diverses affections, entre autres la chorée, la coqueluche, l'éclampsie, l'u-

rémie, la surdité, l'incontinence d'urine, la fièvre typhoïde. » Dr Paul HUGUENIN.

CLINIQUE CHIRURGICALE

(*Voies urinaires*).

Hôpital Lariboisière : M. le Professeur agrégé MARION.

Les indications thérapeutiques dans la tuberculose rénale.

Pour bien comprendre les indications thérapeutiques dans la tuberculose rénale, il est nécessaire d'avoir présentes à l'esprit certaines notions anatomo-cliniques.

Vous aurez à soigner des malades à deux phases de leur affection. La première phase, de tuberculose rénale *fermée*, correspond à l'envahissement du rein par les tubercules. Elle a, cliniquement, un minimum de symptômes : elle entraîne seulement des troubles peu caractéristiques, de la polyurie claire, quelquefois des hématuries (hémoptysies du rein), et son diagnostic est difficile. La seconde période, de tuberculose rénale *ouverte*, est celle que vous aurez le plus souvent à traiter. Elle est beaucoup plus nette au point de vue symptomatologique.

Rappelez-vous, d'autre part, un fait : la tuberculose rénale est d'abord et pendant longtemps *unilatérale*. Chez les tuberculeux qui meurent avec des altérations des reins, dans la moitié des cas un seul de ces organes est trouvé lésé, à l'autopsie. On peut admettre, en principe, l'unilatéralité des lésions.

Sachez également que l'évolution de la tuberculose rénale est presque fatale. Cette affection ne guérit pas, ne s'arrête pas spontanément. Elle provoque la mort après 3 ou 4 ans, au plus, en général.

Cela dit, arrivons au traitement et aux indications thérapeutiques. Quels moyens pouvons-nous opposer à la tuberculose rénale ?

Nous avons, en premier lieu, un *traitement médical*. Comme dans toutes les tuberculoses, le grand air, le séjour au bord de la mer, l'alimentation, jouent un grand rôle. Cependant, on ne doit pas oublier que le rein est chargé d'éliminer les déchets de la nutrition. Aussi, tout en donnant une nourriture réconfortante, on l'adaptera à l'état de la fonction rénale. On évitera certains aliments, les viandes faisandées, l'oseille, les asperges, etc. On joindra au régime, une médication appropriée : l'huile de foie de morue, l'urotropine si les urines deviennent alcalines, la térébenthine s'il y a des hématuries, la révulsion sur la région lombaire par les cataplasmes sinapisés, les pointes de feu.

Comme résultats de ce traitement médical, on a signalé de temps en temps une amélioration, voire même une guérison. C'est tout à fait exceptionnel. Je vous citerai le cas d'un jeune homme, atteint d'hématuries, que j'ai eu l'occasion de soigner. De l'avis de tous, ses hématuries relevaient d'une tuberculose rénale. Soumis au traitement général, le malade a guéri, provisoirement du moins. Mais, c'est là, je le répète, un fait très rare. Si nous voulons fixer véritablement les indications du traitement médical nous dirons qu'il faut l'appliquer, à titre de traitement d'attente, chez les sujets, dont le diagnostic de tuberculose rénale n'est pas encore très sûr. En face d'une tuberculose fermée du rein, tuberculose débutante, où il y a seulement des granulations non communicantes avec l'extérieur, où le diagnostic reste le plus souvent incertain, nous donnerons ce traitement d'attente. En outre, le traitement médical sera appliqué, à titre de traitement de nécessité, quand nous ne pourrons pas faire autre chose.

Passons à la cure chirurgicale. Elle comprend trois opérations : la néphrectomie partielle, la néphrotomie et la néphrectomie totale.

La *néphrectomie partielle* est l'ablation de la partie reconnue malade du rein, sans exérèse du reste de l'organe. C'est une opération aujourd'hui abandonnée. S'il est facile de reconnaître une grosse poche morbide rénale, il est impossible de dire si le rein présente ou non, par ailleurs, des granulations. Vous voyez une simple coupe, vous ne voyez pas partout. Il est vraisemblable, en pareil cas, que le reste du rein n'est pas absolument sain, et vous avez toutes chances, pour que la portion de tissu rénal que vous laissez, se tuberculise ultérieurement. Par conséquent, on doit repousser cette opération ; elle ne saurait être conservée qu'à titre de complément de la néphrotomie.

La *néphrotomie* consiste à aborder, à ouvrir le rein, à mettre à nu la poche malade. On laisse cette poche ouverte et on la traite comme un abcès froid. La néphrotomie offre l'avantage de conserver le rein, avantage trop inférieur à ses inconvénients pour qu'elle constitue l'opération idéale. Considérez la fistule à l'anus. Si vous ne tamponnez pas soigneusement le trajet après l'opération, elle se reproduit. Pour le rein, c'est la même chose, mais il se présente des difficultés. Les poches sont souvent multiples. Nous pouvons agir sur une, nous sommes incapables d'agir sur toutes. En fait, ces reins ouverts par néphrotomie donnent des fistules interminables, et l'on arrive très exceptionnellement à la guérison. Le principe est juste, mais la réalisation trop difficile.

Concluons que la néphrotomie n'est pas l'opération de choix. On la réservera aux cas spéciaux où une opération d'urgence doit parer à une complication, cas où il faut faire quelque chose et où on ne peut pas enlever le rein malade, le second rein n'étant pas sain. Ce pourra être également — je vous en reparlerai — une opération d'attente, pour permettre d'apprécier l'état de l'autre rein.

La *néphrectomie totale* est l'ablation du rein malade. C'est une intervention assez simple. Son inconvénient est de supprimer un rein, organe important. Rappelez-vous, toutefois, la règle sur laquelle j'ai déjà insisté, de l'unilatéralité des lésions. En réalité, les inconvénients de cette opération sont moindres que ses avantages. On connaît des exemples de guérisons, *datant* de 6 et 7 ans, à la suite d'une néphrectomie. On empêche ainsi la tuberculose de se propager à l'uretère et à la vessie. L'ablation du rein peut d'ailleurs modifier ces propagations lorsqu'elles existent.

La néphrectomie constitue le traitement de choix de la tuberculose rénale. A-t-elle des contre-indications ? Oui, et c'est pour cela que nous avons le traitement médical, et la néphrotomie.

L'insuffisance de l'autre rein est une première contre-indication. On s'assurera que l'autre rein est sain, non seulement au point de vue bacillaire, mais aussi au point de vue de toute lésion susceptible de troubler sa fonction. C'est là une contre-indication formelle ; vous en comprenez la raison, sans qu'il soit besoin d'insister.

Une complication vésicale, une tuberculose concomitante de la vessie, est-elle une contre-indication à la néphrectomie ? Non. Il est démontré que la vessie n'est pas prise primitivement ;

il s'agit d'une tuberculose secondaire. Le rein enlevé,nous voyons la cystite s'améliorer. A moins de lésions vésicales et urétérales accentuées, la tuberculose de la vessie n'est pas une contre-indication.

Le mauvais état général contre-indique-t-il la néphrectomie ? Oui et non. On doit distinguer le mauvais état général dû au rein tuberculeux et celui dû à des altérations du reste de l'organisme. Vous observez des malades atteints de tumeurs blanches, dont la santé générale s'améliore après l'exérèse du foyer bacillaire articulaire. De même, les malades, dont le mauvais état général relève de la suppuration, de phénomènes de rétention, d'un rein tuberculeux, s'amélioreront après la néphrectomie. Ce serait plutôt une raison d'opérer. Lorsque, au contraire, les troubles de la santé générale ne sont pas sous la seule dépendance de la tuberculose rénale, ils peuvent devenir une contre-indication à l'intervention. On distinguera, en pareil cas, ce qui revient aux lésions des autres organes et ce qui revient au rein.

Que penser des autres localisations bacillaires, du côté des organes génitaux, du poumon ? Ici encore, il n'y a pas contre-indication si la tuberculose rénale est prédominante. C'est à vous d'apprécier si elle est ou non la plus importante.

Un mot sur le résultat immédiat de la néphrectomie. Est-ce une opération très grave ? Non, elle donne une mortalité de 6 à 7 %, et il faut tenir compte de la situation sérieuse de nombre de sujets au moment de l'opération.

Reportons-nous maintenant à la clinique, et voyons comment, en présence d'un malade atteint de tuberculose rénale, nous allons diriger notre conduite thérapeutique.

Etablissons une première grande division suivant que la tuberculose est ou n'est pas ouverte.

1° La tuberculose n'est pas ouverte.

C'est, habituellement, une tuberculose qui reste douteuse. Le malade a de la polyurie, des hématuries dont la cause n'est pas précisée. On soupçonne la tuberculose rénale, mais il est difficile, voire impossible, de l'affirmer. Faire une néphrectomie serait aller beaucoup trop loin. Ce sont les cas de ce genre que l'on soumettra au traitement médical, en les observant. Se produit-il une amélioration, on s'en tiendra là. Sinon, le diagnostic deviendra plus précis, la tuberculose manifeste. Le traitement médical, appliqué de cette façon, est un traitement d'attente, que l'on emploie jusqu'à démonstration du diagnostic.

2° La tuberculose est ouverte.

Le diagnostic est, alors, certain. Vous devez bien préciser le côté atteint. Ne vous fiez pas, pour cela, à un seul symptôme. Vous verrez des malades ayant une cystite tuberculeuse, une tuberculose rénale. Le rein gauche, par exemple, est gros. N'en déduisez pas que la tuberculose rénale siège à gauche. Vous pouvez avoir affaire à une tuberculose du rein droit avec hypertrophie compensatrice du rein gauche. Localisez par tous les moyens possibles la lésion rénale.

Vous devez également rechercher l'état du rein du côté opposé. C'est une donnée capitale : elle vous dira s'il convient de pratiquer la néphrectomie. Or,deux éventualités se présentent : cette recherche est possible ou impossible. Je la suppose possible. Vous avez pu pratiquer le cathétérisme des uretères et juger si le rein opposé est sain ou malade. Est-il sain, vous enlevez le rein tuberculeux; est-il malade, pas de néphrectomie. Que faire dans ces conditions ? En l'absence d'accident, vous vous en tiendrez au traitement médical, de nécessité, cette fois.

Lorsque la recherche de l'état du rein opposé est impossible par les moyens habituels (la capacité vésicale étant trop faible pour permettre le cathétérisme urétéral), utilisez la réaction du bleu de méthylène. Une mauvaise élimination du bleu indique une altération des deux reins : le bleu mal éliminé, n'insistez pas, ne pratiquez pas de néphrectomie. Le bleu bien éliminé fait soupçonner un autre rein sain. Vous en aurez confirmation en faisant une néphrotomie d'attente. La néphrotomie vous procure la division des urines et vous permet d'être fixé sur l'état de l'autre rein.

Reste, enfin, le rein tuberculeux avec des complications, infection, rétention. La néphrotomie d'urgence est, en ce cas, indiquée pour prolonger ces malades menacés d'une façon immédiate.

Leçon recueillie par le Dr P. LACROIX.

PRATIQUE GYNÉCOLOGIQUE

Comment diminuer la période obstétricale de l'involution utérine ?

Une question importante et qui intéresse les accoucheurs est assurément la question de l'involution utérine.

D'après les auteurs, il faudrait attendre 18 à 25 jours, pour permettre de se lever à une récente accouchée. Mais nous supposons que les auteurs ne sont pas gens de pratique, car il est probable qu'ils auraient alors diminué ce chiffre.

Quelle est la femme, en effet, qui supportera le décubitus dorsal ou latéral, pendant près d'un mois, alors surtout qu'elle n'en comprend pas l'utilité ? Certes, l'involution utérine demande longtemps pour s'effectuer, et si la mère imprudente se lève à une époque trop rapprochée de sa délivrance, il y a fort à craindre qu'elle souffre plus tard de métrite et de déviation utérine.

Mais entre ces deux limites extrêmes, il y a une moyenne, et nous avons observé que si par des moyens décongestifs énergiques, on agit sur les organes génitaux, on favorise l'involution utérine, elle dure moins longtemps et l'accouchée peut se lever sans inconvénients, au bout de 10 à 12 jours. A ce moment, en effet, le muscle utérin est redevenu organe pelvien, le palper abdominal permet de s'en rendre compte.

Voici donc pour obtenir ce résultat le moyen que nous préconisons.

Trois cas peuvent se présenter : 1° Il existe dans le vagin, la vulve et le col utérin des plaies provenant de l'accouchement.

2° Il n'en existe pas, ou bien elles sont insignifiantes.

3° On constate des lochies mal odorantes et de l'écoulement sanguinolent ayant une certaine continuité.

Dans le premier cas, nous déconseillons pendant les 4 ou 5 premiers jours les injections antiseptiques qui pourraient être mal faites et augmenter l'étendue des lésions. Cependant, si nous pouvons nous en charger nous-mêmes, nous les donnons une seule fois par jour. Nous utilisons alors la solution d'Anios à 1 %. Mais toujours, au bout de 48 heures, nous faisons placer par la malade elle-même après savonnage des mains et nettoyage de la vulve,un ovule thigénolé à 30 %. On comprend pourquoi nous choisissons ce remède ; il est commode à manier, extrêmement décongestif, et dans une certaine mesure, antiseptique et kératinisant, Jamais il ne faut procéder

au tamponnement vaginal avec la solution de thigénol à 40 %. Le passage de tampon et la mise en place du spéculum, qui certainement, ne serait pas accepté, pourraient tirailler les parois des plaies en voie de cicatrisation.

Dans le second cas, nous permettons les injections antiseptiques tous les deux jours et nous ordonnons aussi les ovules à 30 %.

Enfin dans le 3e cas, les injections d'Anios doivent être faites avec la solution à 2 % et tous les jours sans interruption. De même, l'ovule thigénolé doit être placé autant que possible le matin et le soir.

Que se passe-t-il alors ? Si la femme souffre de tranchées utérines violentes, il est curieux de constater avec quelle rapidité elles se calment. En même temps, on constate une exsudation d'abondance variable, mais généralement considérable d'un liquide séreux mêlé au thigénol et qui vient fortement humecter la garniture vulvaire. C'est l'action décongestive thigénolée qui s'effectue. Au bout de 6 à 7 jours de ce traitement, la plupart des ulcérations, des plaies vaginales et cervicales sont cicatrisées, l'odeur des lochies est très atténuée les écoulements sanguins ont disparu, et par le palper on constate que le corps utérin avoisine la symphyse.

Il faut résister alors au désir de la malade qui demande à se lever, et continuer pendant quelques jours encore la médication. L'exsudation utérine diminue alors. Il semble même que ce soit le thigénol *seul* qui imprègne les garnitures. Mais c'est là une apparence trompeuse, car l'ovule ne représente pas une quantité suffisante de médicament pour humecter ainsi le coton extérieur. Enfin au bout de 10 à 12 jours, le corps utérin affleure la symphyse ; on peut autoriser la femme à se lever car l'involution de l'organe est assez avancée. Nous insistons sur ce point que cette involution *s'est faite plus vite que de coutume et que de plus elle s'est faite sans danger*.

Par la suite, en effet, il est exceptionnel d'observer des inflammations utérines ou annexielles. Nous n'avons constaté de métrite que deux fois seulement, et chez des femmes ayant eu un avortement avancé dont nous nous abstenons de définir la cause.

Mais dans l'immense majorité des cas, nous pouvons assurer que l'usage du Thigénol et des injections antiseptiques favorise la réparation des plaies obstétricales, empêche les infections exogènes et surtout facilite l'involution utérine.

A ceux qui viendraient objecter qu'il est peut être imprudent de placer un ovule sur un col encore entr'ouvert et pouvant s'infecter, nous répondrons que nos observations assurent le contraire, et que d'ailleurs, on ne peut craindre une infection quand on a pris les précautions de propreté habituelle, que l'on assure la toilette vulvaire, et qu'il s'agit d'introduire un remède dont les propriétés consistent précisément à empêcher par une sorte d'aspiration séreuse, la pénétration des agents septiques.

Et comme conclusion, nous dirons qu'à notre avis, il est possible de diminuer la période d'involution utérine et d'en écarter les dangers en utilisant l'action décongestive puissante des ovules thigénolés.

Dans ce cas d'obstétrique journalière, ce médicament se comporte comme un curatif et un préservatif.

Dr P. Rolly.

CHRONIQUE DU SOU MÉDICAL

A propos de l'affaire Goldenberg

Mentalité d'assureurs.

Le jugement du tribunal de paix de Marly-le-Roi publié dans notre n° du 29 mars dernier a montré ce que valait la documentation de M. Petitjean, sénateur aux gages du Syndicat général de Garantie du Bâtiment et des Travaux publics.

Ainsi il est démontré que, bien que, comme conseil médical de ce syndicat, le sénateur Petitjean ait été dans les meilleures conditions pour être renseigné sur la gravité du cas du blessé soigné et sauvé par le Dr Goldenberg et, comme docteur en médecine, sur les procédés de thérapeutique appropriés à ce cas, il n'a pas hésité à présenter comme *le record des abus* commis par les médecins, qui ne sont pas enrégimentés comme lui dans les milices des Compagnies d'assurances, une note de 183 fr. 04 de frais de pharmacie qui, avec les deux cent et quelques francs d'honoraires médicaux et une centaine de francs d'indemnité temporaire a constitué tous les débours à la charge du Syndicat de Garantie, au lieu des lourdes indemnités qu'eût entraîné la mort ou une incapacité permanente (le blessé étant marié).

Fixer la valeur morale de l'attitude de M. Petitjean et de sa documentation est déjà un résultat. Mais ce n'est pas le seul qui ait été obtenu dans cette instance par le Dr Goldenberg que soutenait le « Sou médical ».

Il y en a un autre qu'il importe de dégager aujourd'hui, avec la permission de nos lecteurs.

Le jugement et le rapport de l'expert nous apprennent en effet à faire une distinction dans la façon de soigner les blessés du travail et les autres hommes.

Comment un médecin doit-il soigner un ouvrier blessé ? Doit-il lui donner les mêmes soins que s'il s'agissait d'un assureur ou d'un magistrat ?

Il est très important d'être fixé sur ce point.

D'après l'expert et le juge de paix de Marly-le-Roy, la thérapeutique doit subir des modifications suivant la « condition sociale » du sujet.

Expliquons-nous.

Le Dr Goldenberg avait à soigner une contusion de l'abdomen avec épanchement péritonéal. Contrairement à l'avis d'un confrère, qui avait envisagé, comme pouvant être utile, une laparotomie, le Dr Goldenberg crut devoir traiter son malade sans opération, prescrivant une diète hydrique composée d'eau d'Evian, de champagne et d'eau d'Apollinaris. Il indiqua même sur ses ordonnances la marque « Moët et Chandon ».

L'honorable et très consciencieux médecin parisien, que le juge de paix commit comme expert, reconnut que c'était là un traitement « rationnel et approprié », et qui avait eu pour résultat de sauver le blessé « sans opération ».

Et il conclut même par ce mot exquis : « En conséquence *aucun reproche sérieux* ne peut être fait au sujet du traitement indiqué par M. le Dr Goldenberg ».

Quels sont donc les reproches — pas sérieux — que l'expert, probablement inspiré par la préoccupation de faire montre d'impartialité en ne donnant pas à un confrère uniquement les éloges auxquels il avait droit, a timidement exquissés ?

Sans doute se trouvent ils exprimés dans les passages ci-après :

« Evidemment, M. le Dr Goldenberg n'a peut-

Correspondance hebdomadaire

(Suite).

de ce dernier — c'est au patron que vous devez réclamer vos honoraires, fixés conformément alors au Tarif ouvrier local.

Si, enfin vous avez été commis par la justice, c'est au magistrat qui vous a commis que vous devez adresser votre mémoire. Le Tarif à appliquer serait alors le Tarif civil.

Dr M., à P. B., à *Concours*. — J'ai soigné, en janvier, un cultivateur, exploitant une ferme aux environs, qui avait présenté une fracture de côtes simple.

Voici le mémoire que j'avais fourni à « La Thémis, rue Richelieu, 104 ».

Consultation, 2 fr.
Réduction et contention fracture côtes, 5 fr.
Certificat de constatation 3 fr.
Consultation, 2 fr.
Consultation, 2 fr.
Consultation, 2 fr.
Certificat guérison, 3 fr.
Soit total : 19 fr.

Voici comment l'on m'a renvoyé ma note :

Consultation, 2 fr.
Contention fracture simple côtes : 5 fr.
Certificat de constatation 2 fr. (tarif Dubief).
Consultation, 2 fr.
Consultation, 2 fr.
Consultation, 2 fr.
Soit. 15 fr.
Certificat guérison (gratuit).

La différence n'est pas grosse, mais je désirerais savoir si, dans la circonstance, le tarif Dubief est applicable.

J'avais établi ma note d'après le tarif du Syndicat des Médecins de la Mayenne.

Réponse. — Les accidents agricoles n'étant point couverts par la loi du 9 avril 1898, le Tarif Dubief ne leur est pas applicable. *A fortiori* s'il s'agit d'un accident survenu à un exploitant de ferme. Il y a certainement dans votre cas une assurance individuelle.

Vous pouvez donc maintenir votre note si elle est conforme au tarif de votre Syndicat, et en réclamer le paiement à votre client, si l'assurance fait des difficultés.

Dr C., à S., à *Concours*. — Si quelques ouvrages que je ne connais pas encore concernant les tarifs à appliquer aux accidentés du travail avaient paru, je vous serais obligé de me les signaler. J'entends surtout ce qui concerne les droits du médecin, vis-à-vis du blessé, de son patron et de la compagnie.

Le médecin a-t-il le droit d'ignorer la compagnie ?

Peut-il faire payer par le patron le prix que refuse la compagnie ou qu'elle ne consent à payer que partiel-

Suite page VIII.

Correspondance hebdomadaire
(*Suite*).

lement, peut-il, en un mot, faire payer par le patron le surplus de la somme que la compagnie n'a pas payée ? ou lui faire payer le total en ignorant la compagnie.

Qu'y a-t-il de particulier, concernant les ouvriers agricoles.

Le choix du médecin existe-t-il ou non, légalement, dans un pays où il n'y a qu'un seul médecin ? En la circonstance, il semble qu'il n'y a pas le choix ni de la part du patron, ni de la part de l'ouvrier !

Je ne sais sur tous ces points à quelle opinion et à quelle ligne de conduite m'arrêter.

Si quelque ouvrage explicatif détaillé sur tous ces points existait, je vous prierais de me le signaler.

Je vous prie, monsieur l'Administrateur, de vouloir bien excuser mon indiscrétion, mais j'ai hâte d'être fixé sur tout cela pour ne pas me laisser plus longtemps exploiter par les compagnies d'assurance.

Réponse. — Nous pouvons vous signaler tout particulièrement comme ouvrage susceptible de guider le médecin dans ses interventions pour les accidents du travail, le « Vade Mecum », du Dr Duchesne, que nous nous empresserons de vous adresser sur votre demande. Le prix est de 2 fr.

Non seulement, le médecin a le droit d'ignorer la Compagnie d'assurances, mais on peut même dire que toujours il doit agir comme si cette compagnie, avec laquelle il n'a aucun lien de droit, n'existait pas. C'est au patron qu'il doit envoyer son mémoire d'honoraires. C'est le patron qu'il doit citer en justice de paix (du *lieu* de l'accident), lorsqu'il y a refus de paiement. Il ne saurait être question de la Compagnie d'Assurances.

Le tarif à appliquer est le tarif ouvrier local lorsque le médecin a été choisi par le patron — et le tarif ministériel, dit Tarif Dubief, lorsque c'est, au contraire, l'ouvrier qui l'a choisi.

Légalement, le choix du médecin existe même lorsqu'il n'y a qu'un seul médecin dans le pays. C'est celui qui a mis en œuvre le médecin — patron ou ouvrier — qui, légalement, exerce son choix. L'un et l'autre est, d'ailleurs, libre d'appeler un médecin d'un pays voisin.

Dr C., à A. à *Concours*. — Permettez-moi de venir solliciter vos conseils à propos d'une affaire dont voici le détail.

Je reçois, ce matin, du receveur de l'enregistrement de mon canton, avis de payer dans le délai de 8 jours, à dater du 31 mars, à

« être pas pris en considération la *condition sociale du blessé* auquel il donnait ses soins ; IL N'A VU QUE LE BUT A ATTEINDRE, qui était la guérison « du malade» (*sic*).

Nous voulons croire que c'est par ironie que l'honorable expert a glissé cette réflexion dans son rapport, et pour se moquer de la thèse des assureurs qu'un ouvrier ne doit pas être soigné comme un patron, et qu'il y a un but à atteindre, aussi intéressant pour le moins, que la guérison du malade, à savoir : l'économie des frais dont en définitive la charge doit retomber sur la caisse des assureurs.

Plus loin, le rapport contient cette seconde réflexion du même ordre :

« Quant à la marque du champagne indiquée « sur les ordonnances, nous estimons qu'en la « matière le médecin traitant devrait conserver « toute impartialité qui le mette à l'abri des re- « proches intéressés qu'on est tenté de lui faire « et laisser à la famille le soin de choisir le vin « de Champagne qu'elle prendrait elle-même, si « elle devait en effectuer le paiement ».

Aussi le juge de paix, ayant à statuer sur la demande reconventionnelle du Dr Goldenberg en dommages-intérêts contre le patron qui l'avait mis en cause, s'est inspiré de ces observations pour déclarer que le patron avait pu de bonne foi se méprendre sur le caractère du traitement que le médecin avait fait suivre au blessé et ce dans les attendus suivants :

« Que d'autre part il a pu aussi non sans quelque raison s'étonner de voir le médecin traitant prescrire spécialement parmi les vins de Champagne la marque « Moët et Chandon » à laquelle sans doute il ne soupçonnait point des propriétés particulièrement thérapeutiques ;

Qu'enfin il convient de remarquer que, dans son rapport, tout en reconnaissant que le traitement indiqué par le docteur Goldenberg lui a paru conforme à celui qu'on prescrit ordinairement dans les cas semblables, et tout en étant d'avis qu'il n'y avait pas lieu de lui reprocher le traitement ordonné puisqu'il avait ainsi évité une opération chirurgicale et obtenu la guérison du blessé, l'expert toutefois laisse entendre que le docteur Goldenberg, en prescrivant les médicaments qui ont été fournis à Leroy, n'a peut-être pas suffisamment pris en considération la condition sociale de ce dernier. »

Ainsi donc, c'est entendu :

Pour le médecin expert (à moins qu'il n'ait voulu revêtir sa véritable pensée d'un voile d'ironie), et en tous cas pour l'honorable juge de paix, il y a deux façons de soigner les hommes :

Quand il s'agit du sacro-saint bourgeois, d'un assureur, d'un magistrat, d'un rentier, en un mot d'un être d'une essence précieuse et « *de condition sociale supérieure* », dont la vie a une valeur particulièrement élevée — *il ne faut rien ménager*.

Mais pour un ouvrier, une bête à travail, de la chair à produire des revenus pour les heureux détenteurs du capital, il faut y regarder à deux fois ; le vétérinaire serait suffisant, et quant aux remèdes, les médicaments pour les chevaux, c'est tout ce qu'il faut.

Comment ? Ordonner du «Moët et Chandon», à un être de *condition sociale* aussi basse, vous n'y pensez pas ! Le champagne est une boisson aristocratique, bonne pour les grands-ducs de Russie (pour l'extradry) et pour les banquets de conseil d'administration des Cies d'assurances (pour le demi-sec) !

Est-ce qu'on peut déshonorer le champagne en le faisant descendre dans des intestins de prolétaire !

Et l'eau d'Evian, et l'eau d'Apollinaris, « la reine des Eaux de tables » est-ce pour ces gosiers vulgaires ?

L'eau de la Seine — filtrée, si vous voulez, — c'est assez bon.

Quant à la critique adressée au médecin d'avoir eu l'imprudence d'indiquer une marque de champagne plutôt qu'une autre, par ce motif qu'il doit conserver *l'impartialité* (sic) s'il ne veut pas s'exposer aux reproches d'être intéressé à prescrire les produits d'une maison plutôt que d'une autre, voilà qui est de nature à être rangé dans les reproches *pas sérieux*.

Si le médecin prend soin de guider son client ou la famille dans le choix de la marque, et il en indique une qui est d'un prix moyen, c'est pour éviter que la famille du blessé ne prenne un vin de prix inférieur, trop faible pour avoir une efficacité suffisante, ou un de prix plus élevé qui serait susceptible de ne pas donner de meilleurs résultats tout en entraînant une dépense plus forte. Il suffit d'ouvrir un catalogue d'épicerie pour voir qu'entre les marques à 3 fr. 50 la bouteille et celles de 9 fr. 50, le Moët et Chandon tient le juste milieu avec le prix de 5 francs.

Qu'aurait dit le patron et le fameux M. Petitjean, si, faute d'une indication donnée à la famille, celle-ci avait choisi la marque la plus chère ?

Pauvre médecin qui ne peut pas donner un conseil à des clients, peu habitués à apprécier et comparer la valeur des différentes marques de champagne, sans être exposé à se voir reprocher de toucher une commission de quelques sous par bouteille sur la marque choisie !

Ou plutôt, singuliers cerveaux que ceux où poussent de telles idées et comment la plume ne trébuche-t-elle pas dans la main de ces hommes avant de les traduire par l'écriture !

Pour le médecin, il n'y a qu'une règle à suivre : « sauver le malade à tout prix et par tous les moyens, quelle que soit sa condition sociale ».

Que les malades soient riches ou pauvres, il ne faut rien prescrire d'inutile (à moins de cas exceptionnels où il faut agir sur le moral), et en tous cas ne rien négliger qui puisse être considéré comme utile.

Si le médecin pense qu'un produit plus coûteux peut donner des résultats meilleurs qu'un de prix moins élevé, qu'il n'hésite pas. A valeur thérapeutique égale, qu'il prescrive le moins coûteux.

Il n'a qu'un but, n'en déplaise à Messieurs les assureurs : la guérison du malade.

Se préoccuper, en face d'un blessé râlant sur son lit de douleur, d'économiser quelques francs à la Caisse d'une Cie d'assurances qui se profile derrière le chef d'entreprise, n'est pas l'affaire du médecin.

Le salut du malade avant tout !

Tout le reste, c'est de la *mentalité d'assureur*... et cette mentalité là a fini par gangrener d'autres cerveaux que ceux des agents et directeurs de Cies, qui, eux, ont tout au moins cette excuse d'avoir des intérêts particuliers à défendre.

Tous les jours nous avons le regret de constater qu'il existe trop de médecins, d'experts et de magistrats dont elle fausse l'attitude, les conclusions et les jugements. Il est grand temps qu'ils s'en affranchissent.

G. G.

CHRONIQUE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Les cliniques ouvrières d'accidents du travail.

Quiconque a conservé les goûts, les habitudes et la mentalité du médecin bornant son rôle aux visites dans la famille et aux consultations dans son propre domicile, peut, avec quelque raison, s'élever contre tout drainage des blessés organisé par les cliniques d'accidents du travail.

C'est là un point de vue auquel chacun de nous, pris individuellement, a le droit de se placer.

Mais convient-il alors de ne regarder de là que ces cliniques seulement ?

Si oui, nous comprendrions l'indignation du confrère qui, tel un assureur, qualifie de honteux l'appel suivant distribué par les organisations ouvrières de Marseille et de beaucoup d'autres grandes villes industrielles, à la suite de conférences récentes faites en réponse à la campagne Villemin, Petitjean et Cie.

Aux ouvriers de tous corps d'Etat.

Camarades,

Jusqu'à quel point abusera-t-on de notre patience ? Insensibles et passifs comme des bêtes de somme, faut il nous résigner sans cesse et souffrir sans murmures ? Pendant que les peuples esclaves se libèrent de leurs chaînes, devons-nous courber la tête pour être mieux frappés ?

Haut les cœurs, Camarades, on oublie que nous sommes des hommes, et que nôtre sang est d'autant plus pur que la fortune ne lui a pas fait subir la souillure de la débauche. C'est assez de donner nos forces pour un morceau de pain, ne livrons pas notre existence aux caprices de l'ennemi. Si nous voulons éviter une tyrannie nouvelle, refusons le médecin qu'on *voudrait nous imposer*.

Le médecin, tout en conservant son rôle de soulager et de guérir, doit être pour nous un conseiller, un ami et non un despote d'autant plus dangereux qu'il est à la fois le serviteur et l'auxiliaire du patron ; pour connaître nos infirmités, il doit être digne de notre confiance. Dans tout accident du travail, la loi nous donne le droit absolu de choisir notre docteur ; ne perdons pas ce que nous avons acquis si péniblement. Nous sommes aujourd'hui organisés pour assurer nous-mêmes le service médical à tous les blesssés du travail ; unissons-nous dans cette œuvre commune. Nous avons à notre disposition une Clinique Ouvrière affranchie de la tutelle patronale et fonctionnant sous l'égide du prolétariat. Pour la plus légère blessure, comme pour les accidents les plus graves, sans crainte d'être renvoyés avant l'heure, sans crainte d'être considérés comme des indigents dont on méprise la volonté, nous trouverons à la *Clinique Ouvrière* une hospitalisation amicale et les soins dévoués d'un *chirurgien* des plus habiles et de *spécialistes distingués*.

Asile sûr et fraternel, recommandé par le *Syndicat des ouvriers des ports et similaires*, par le *Syndicat des marins du commerce* et par *tous les syndicats adhérents à la Bourse du Travail*, que toutes les victimes du salariat se rendent à cette nouvelle *Maison du peuple*.

La Clinique Ouvrière, ouverte nuit et jour, assurera à tous les sinistrés des quais et des usines les soins dévoués que pourra réclamer leur état, soins qui leur seront donnés, du reste, par tout un corps de docteurs spécialistes.

Pour tout accident du travail, le blessé, même pansé ailleurs pour la première fois, doit se rendre ou se faire transporter à la *Clinique Ouvrière*, 6, *Boulevard Maritime*, Téléphone 158.

Il y trouvera les soins immédiats, pansements de toute nature, hospitalisation au tarif des hôpitaux, massages, bains, douches, électricité médicale, Rayons X.

Edouard TAULEIGI.

Mais avant de s'associer aux anathèmes qui s'inspirent d'intérêts autres que ceux du blessé libre et du médecin indépendant, nous trouvons plus sage de regarder d'abord ce que sont ces cliniques, leur rôle, leur but, la raison de leur création, etc.... Au *Concours Médical* on n'aime guère condamner les gens sans les entendre, car, victimes nous-mêmes de cette manie lors de nos hardiesses passées qui ne nous valent guère que des éloges aujourd'hui, nous avons trop souffert de ces suspicions illégitimes pour y exposer les autres.

Laissons donc à la défense un droit de parole qui ne lui fut guère accordé jusqu'ici, et, à cet effet, lisons attentivement la note ci-dessous :

Le Service Chirurgical de la Maison des Fédérations et la Loi de 1898

Par le docteur DUPINET

Dédié à MM. les juges de Paix de Paris et de la Seine
(*Extrait des dossiers* DIVERNERESSE)

Quelques explications me semblent nécessaires au sujet du service de chirurgie de la rue de la Grange-aux-Belles, parce que j'ai constaté plusieurs fois que la bonne foi des juges de paix avait été surprise lorsqu'ils ont eu à intervenir dans un conflit survenu entre nous et quelques Compagnies d'assurances.

Je me permettrai, en outre, de faire quelques réflexions d'ordre général sur des questions qui président à la solution des cas particuliers.

Il est indispensable en effet que les juges sachent qui nous sommes, ce que nous avons fait, quels sont nos procédés et ce que nous avons l'intention de réaliser de façon à ce que leurs jugements ne soient pas faussés par des renseignements erronés que peuvent leur donner et que leur donnent en réalité des tiers intéressés, qu'ils soient patrons, représentants de patrons, ouvriers ou médecins.

Ce que nous sommes ? Des médecins soucieux de leur art, amoureux de leur art, prenant à chaque instant l'intérêt des malades qui se sont confiés à nous en toute liberté et cela au nom d'une solidarité nullement imposée, mais librement acceptée par nous, en toute indépendance.

Nous avons fait construire un pavillon de chirurgie où nous donnons notre temps et notre savoir à des malades blessés du travail. Nous avons à côté de nous un Conseil juridique émanant de la classe ouvrière elle-même, Conseil judiciaire ayant pour mission de renseigner les ouvriers blessés dans la revendication de leurs droits et de les soustraire aux agissements malfaisants des hommes d'affaires.

Notre service n'est pas parfait, mais il s'améliore tous les jours, grâce aux conseils que nous recevons et que nous acceptons volontiers d'où qu'ils viennent.

Ce service est ouvert à tous : médecins, patrons, représentants d'assurances, ouvriers syndiqués ou non syndiqués, et tous peuvent se rendre compte du travail qu'on y fournit et de la sollicitude que tout le personnel prodigue aux blessés.

Quand un blessé se présente à nous, il est examiné avec soin ; un certificat de déclaration d'accident, consignant l'observation du malade, lui est délivré avec tous les détails et toute la prudence nécessaires. Le patron est averti par lettre et la Compagnie d'assurance sait qu'elle peut envoyer un mé-

decin contrôleur pour discuter avec nous, en présence du blessé, l'origine de la blessure, la qualité et la quantité des soins à donner. En somme, toutes garanties sont fournies aux blessés d'abord, aux patrons ou leurs représentants ensuite.

Nous ne faisons aucune pression sur l'ouvrier, à qui nous conseillons, d'ailleurs, de s'adresser toujours de préférence à son médecin habituel s'il est atteint seulement d'une blessure légère ne nécessitant ni un outillage spécial ni une compétence spéciale.

Si le blessé a déjà un médecin, et qu'il vienne nous demander nos soins, nous nous adressons directement à ce médecin dans l'intérêt du blessé et, au nom des principes de déontologie, nous lui restituons le blessé, si après consultation, nous jugeons ensemble que cela paraît rationnel. Il est évident que si le blessé était antérieurement soigné à l'hôpital nous le conservons, car l'hôpital est fait pour les indigents et non pour les blessés du travail. Nous essayons de faire comprendre à tout blessé que l'hôpital est fait pour les pauvres. Un blessé du travail, qui a comme responsable pécuniairement un patron ou une riche Compagnie d'assurance, n'est pas un indigent. Quand il se fait soigner à l'hôpital, il vole les pauvres de l'Assistance publique et cela pour permettre des bénéfices à de riches Compagnies d'assurances. En somme, le patron s'arrange pour que la loi soit plus à charge à l'ouvrier qu'à lui-même. Ainsi la loi de 1898 n'est plus respectée, mais odieusement violée.

De même, si le blessé est soigné par un médecin d'assurance, nous ne nous croyons pas tenu envers ce médecin aux mêmes égards que ceux que nous accordons à tout médecin indépendant. *Les médecins d'assurances sont les complices de ces Compagnies pour obliger les blessés à s'adresser à eux avec menaces continuelles, s'ils n'obéissent pas, d'être renvoyés de l'atelier ou du chantier par le patron et de n'avoir plus le demi-salaire qui leur est dû. Ces médecins au lieu de s'occuper des blessés qui s'adressent à eux, ou mieux qu'on leur adresse avec menaces, les font se soigner eux-mêmes ou les adressent à l'hôpital, parce que, payés à forfait, ils se font un devoir de ne donner qu'un travail dérisoire pour un salaire insuffisant. A l'hôpital et chez les médecins de Compagnies, il est impossible aux ouvriers d'avoir tous les renseignements pour faire respecter leurs droits et les certificats indispensables pour soutenir la procédure de leurs affaires.*

Je ne puis admettre que comme pis-aller l'hôpital où des jeunes gens trop souvent, hélas ! se permettent de faire de la médecine opératoire sur les blessés sous l'œil paterne et bénévole du chef de service plus soucieux de décorations que de la bonne tenue de ses salles. Il est malheureusement impossible encore de se passer des milieux hospitaliers de l'Assistance publique jusqu'à la création de maisons de santé pour accidentés du travail. Comprenant parfaitement l'intérêt des patrons et des Compagnies d'assurances, j'estime qu'il serait nécessaire de défendre aux Compagnies et aux Syndicats de garantie de faire soigner leurs blessés par des médecins payés par eux, moins pour soigner les blessés que pour défendre leurs intérêts.

Le seul droit des Compagnies et des patrons consiste à faire contrôler dans les conditions prévues par la loi l'état du blessé et de déléguer un médecin pour discuter à l'amiable la qualité et la quantité des soins donnés par le médecin librement choisi par le blessé. De la sorte, on supprimerait toute concurrence médicale pour le plus grand bien de tous. Qu'il y ait des abus avec les procédés actuels, cela est possible, mais il faut le dire bien haut : il y a surtout des abus de la part des plus forts, nous le savons mieux que quiconque. Quand le blessé est en cours de traitement, nous avertissons le patron ou son représentant lorsqu'une radiographie nous paraît utile, pour préciser le diagnostic ou éclairer le traitement, ou lorsqu'une intervention chirurgicale est nécessaire, et nous les invitons à envoyer leurs médecins pour assister à cette opération.

Or, d'une façon générale, patrons et assurances s'abstiennent de toute réponse à ces offres loyales de garantie, et le plus souvent n'envoient personne, faisant preuve ainsi à notre égard d'un manque à la plus élementaire courtoisie. Aussi a-t-on mauvaise grâce à réclamer quand le malade est consolidé dans ces conditions.

Quand nous jugeons que nos soins ne donnent plus de résultat, que le blessé est consolidé, nous lui délivrons soit un certificat de guérison, soit un certificat de consolidation avec incapacité permanente, partielle ou absolue, sans apprécier le degré d'incapacité qui échappe à notre compétence.

Pour cette appréciation difficile, il faut un représentant de l'ouvrier agréé par son Syndicat, un représentant du patron et un médecin. Malheureusement, le médecin croit encore trop souvent assimiler la loi de 1898 au droit commun ; c'est ainsi que les conclusions des rapports d'expert se ressentent souvent très misérablement de cette confusion.

Notre certificat de consolidation dans les cas d'incapacité permanente ne tient nullement compte de l'état antérieur du blessé. La loi de 1898 est un forfait entre le patron et l'ouvrier. L'ouvrier et le patron sont également responsables de l'accident, pour l'incapacité permanente comme pour l'incapacité temporaire.

Il est juste que la loi sociale, moins brutale que la loi naturelle, se substitue à celle-ci. Un ouvrier blessé, malade antérieurement à sa blessure, mais pouvant travailler, un ouvrier blessé, anatomiquement ou fonctionnellement prédisposé à se blesser, sont suffisamment malheureux de cet état antérieur dont ils sont les premières victimes sans que la loi vienne encore férocement leur rappeler les iniquités dont ils ne sont pas responsables et que la collectivité a pour devoir de réparer dans la mesure du possible.

D'ailleurs, si on voulait tenir compte de l'état antérieur, la procédure serait impossible, car les certificats médicaux n'auraient plus aucune base solide et scientifiquement soutenable. Les médecins, en effet, ne peuvent s'entendre lorsqu'il s'agit d'apprécier dans quelle proportion ont agi, pour déterminer une maladie, chez un blessé donné, les causes déterminantes, les causes occasionnelles, les causes prédisposantes.

Le malade consolidé, nous envoyons notre note d'honoraires au patron ou à son représentant. Cette note est établie d'après le tarif Dubief. Ce tarif n'est pas parfait, mais nous sommes obligés de nous y conformer en attendant qu'on le modifie. Or les Compagnies d'assurances ne veulent point l'accepter tel qu'il est et ce sont à chaque instant des représailles toujours injustifiées, soutenues par des jeunes gens absolument ignorants, mais doués d'une audace que leur ignorance même peut seule justifier. En justice de paix nous, médecins, nous sommes représentés par de pauvres loqueteux, misérables, ignorant pour la plupart tout de la question en litige et le juge se laisse trop souvent impressionner par le verbiage des représentants d'assurances. Il nous est malheureusement impossible de nous présenter en personne parce que la loi ne nous permet pas d'assigner où il nous plaît le patron responsable. L'obligation où nous sommes d'assigner le patron dans l'arrondissement où l'ouvrier s'est blessé, nous empêche de nous occuper nous-mêmes de nos affaires en raison de la perte de temps que cela occasionnerait.

Il est déplorable qu'il en soit ainsi, car nous pour-

rions montrer aux juges d'une façon évidente et notre bonne foi et les raisons qui nous ont déterminés à appliquer le traitement contesté qualitativement ou quantitativement. Les soins à donner aux blessés ne sont pas quelque chose de mathématique et qu'on puisse enfermer dans une formule générale. Un cas ne ressemble jamais à un autre cas, un malade ne réagit pas comme un autre malade, pas plus à la cause déterminante ou occasionnelle de la maladie qu'au remède ou au médicament prescrits. Cela nous donne la mesure de la valeur des rapports d'experts médicaux.

Un expert est souvent incompétent et il accepte de faire une expertise en chirurgie simplement pour augmenter ses honoraires et pour farder son ignorance ; un expert conclut toujours d'une façon positive même lorsqu'il ne sait pas, surtout lorsqu'il ne sait pas. Ainsi le Dr Heins, dans une expertise d'un de mes malades, conclut à une fracture chez un blessé atteint d'une arthrite et périarthrite du poignet. Mais où ce médecin dépasse la mesure, c'est lorsqu'il ajoute que le blessé n'aura pas droit à une incapacité permanente et qu'il sera guéri deux mois après l'expertise. Enfin ce médecin, médecin d'assurances, s'est permis de demander dans son rapport, à ce que le blessé quitte le chirurgien traitant pour aller à l'hôpital. Seulement, le plus fort de l'histoire est que ce blessé soigné par le Dr Dupuy, qui est avec moi chirurgien à notre service de la *Maison des Fédérations*, s'il eût suivi les conseils de cet expert, aurait été soigné à l'hôpital, par le Dr Dupuy, qui est chirurgien assistant à l'hôpital Saint-Antoine. Ce médecin, en somme, a essayé de faire du détournement de clientèle en adressant à un chirurgien qu'il ne connaissait pas un malade qu'il ne connaissait pas. N'est-ce pas le triomphe de l'absurde ! d'autant que les deux chirurgiens étaient le seul et même chirurgien : le Dr Dupuy.

Le Dr Chancel, nommé expert pour un de mes blessés, au lieu de répondre dans son rapport aux questions du juge de paix, s'est amusé à obéir aux injonctions du médecin de la Compagnie d'assurance (il le dit d'ailleurs très naturellement dans son rapport et me l'a écrit fort naïvement à moi-même), qui lui avait demandé de constater que mon blessé était mal soigné et que mon traitement était dangereux ? J'avais simplement appliqué des pointes de feu sur des fongosités tuberculeuses développées à l'occasion d'une plaie ouverte et à l'évolution desquelles j'ai assisté. Immédiatement, mon blessé fut présenté à mon ami et très aimable maître le Dr Guinard, chirurgien à l'Hôtel-Dieu, qui fit le même diagnostic que moi, qui trouva très rationnel mon traitement et me conseilla de le continuer. En même temps il m'autorisait à faire état de sa consultation pour réclamer une contre-expertise. La contre-expertise fut faite par le Dr Desmoulins. J'assistais à cette contre expertise et n'ai eu qu'à me louer de la correction parfaite du Dr Desmoulins, chirurgien de Saint-Louis, nommé en place du Dr Chancel.

Nous voyons donc que non seulement l'expert est souvent incompétent, mais aussi qu'il manque de sang-froid et d'éducation civique.

Mais une situation qui me paraît impossible et à laquelle il serait urgent de mettre ordre est celle de médecins de Compagnies d'assurances, de médecins députés ou sénateurs qui sont en même temps médecins experts. Je n'insiste pas sur les inconvénients multiples que comporte cette association où les qualités de l'un ne peuvent facilement s'harmoniser avec les qualités de l'autre.

Enfin, il m'est agréable de protester contre la nomination de médecins légistes comme experts. Un médecin expert n'est pas un médecin légiste, c'est un médecin spécialement compétent dans la matière qu'il a à expertiser, compétence qu'il a acquise par une longue expérience, à l'aide d'un grand labeur.

Pour que l'expert ait toutes les qualités requises pour accomplir sa mission si délicate, il faudrait qu'il soit responsable devant ses pairs qui l'auraient nommé. Et pour accroître la sécurité de l'expertise et par conséquent la compétence de l'expert, il faudrait que l'association des médecins qui aurait nommé cet expert fût responsable elle-même devant les associations respectives auxquelles appartiendraient les deux parties en conflit. Le juge alors n'aurait qu'à appliquer le jugement, résultante véritable de l'expertise, et nous aurions ainsi la pratique du principe de la compétence substitué au principe de l'autorité. Dans l'état actuel il n'y a ni compétence ni responsabilité, il y aurait alors compétence et responsabilité, par conséquent sécurité plus grande pour l'expertisé.

De même dans les expertises d'honoraires médicaux, n'est-il pas curieux de voir nommer experts des médecins de Compagnies d'assurances, des députés, des médecins en concurrence directe avec les médecins dont ils expertisent les notes ? Il y a là un contresens auquel il faut remédier si l'on veut que la justice soit respectée. J'ai vu des choses fantastiques. J'ai vu en expertise pour note d'honoraires un médecin très respectable d'ailleurs, mais fort âgé, me dire qu'un de mes blessés aurait parfaitement guéri si je ne l'avais pas soigné. Ce médecin a pour plus de cent mille francs de mobilier dans son salon. Il a débuté très modestement dans la profession médicale. Je lui ai fait observer qu'il était possible que mon blessé eût pu guérir sans soins, mais que cette réflexion serait applicable à tous les malades, à tous ses malades à lui, et que dans ces conditions j'étais étonné qu'il fût si richement meublé. Un sourire ironique fut la seule réponse de mon honorable confrère. Ce médecin m'a dit ensuite qu'il ne croyait pas au massage. Il n'a jamais fait de massage. Cela est parfait ! Un expert qui n'a jamais fait de massage et qui expertise la note d'honoraires d'un médecin où il n'est question que de massage ! Toute sa compétence est dans cet aveu plein d'une naïveté charmante. Alors il supprime le massage... et il réduit la note... et pour cela il se fait payer très cher par moi, oublieux du serment d'Hippocrate dans lequel il est juré que tout médecin ne doit jamais réclamer d'argent à un médecin. Ces vieux confrères, ces professeurs soucieux des traditions, sont d'une correction... ! ! !

Et le tout à l'avenant, à propos de malades ou qui n'ont pas été vus par l'expert, ou à propos de malades qui sont vus une fois guéris ou consolidés.

L'expertise pour note d'honoraires ainsi pratiquée doit être supprimée. L'expertise n'est rationnelle qu'au cours du traitement. Le blessé du patron ou de la Compagnie peut s'entendre avec le médecin traitant au point de vue de la qualité, de la quantité des soins à donner aux blessés. S'il y a conflit un expert est immédiatement nommé et tranche le débat. Toute expertise faite autrement est entachée d'un vice de forme qui supprime toute valeur à l'expertise.

Il est utile de protester énergiquement contre les médecins qui acceptent pour de l'argent un métier qui n'a aucun rapport avec le fait de panser des blessures et qui s'érigent devant le monde en défenseurs de la morale qu'ils bafouent, et de la loi qu'ils violent avec toute l'impunité que leur prestige leur accorde.

Les éléments qui permettent de tarifer un acte médical ou chirurgical peuvent se résumer à quatre :

1° La difficulté de l'acte ;

2° Le temps consacré à faire l'acte ;

3° Le service rendu aux blessés et par conséquent au patron ou à son représentant ;

4° La fortune du blessé, celle du patron ou de la Compagnie d'assurance.

Le tarif Dubief ne tient pas compte de ces éléments, aussi est-il au-dessous du tarif ouvrier appliqué par les médecins de Paris. En admettant qu'il y ait certains actes médicaux qui, répétés souvent soient tarifés fortement, il faut admettre aussi qu'il y a plus d'actes médicaux répétés souvent qui sont tarifés insuffisamment. Et si l'égalité se rétablit ce n'est pas en faveur des médecins, je puis l'affirmer hautement.

Où perce la mauvaise foi des Compagnies, c'est lorsqu'elles regimbent contre la répétition de soins quand ces soins sont donnés par des médecins indépendants, alors que dans leurs cliniques où elles paient les médecins des salaires de famine, elles répètent ces mêmes soins le plus souvent possible. Elles ne protestent pas non plus contre la répétition journalière des soins à l'hôpital.

Nous nous efforçons d'être justes dans l'application du tarif et nous sommes même toujours au-dessous du tarif Dubief. Malgré nos concessions, concessions que nous sommes décidés à ne pas excéder, un certain nombre de Compagnies d'Assurances se refusent systématiquement à régler nos notes d'honoraires. Elles comptent lasser le médecin et les blessés, de façon à ce que les uns et les autres soient soumis à leur autorité toute puissante, soutenue par tous les corps constitués, et pour réaliser un maximum de bénéfices aux dépens des médecins et des accidentés, car si le médecin n'est pas payé, le demi-salaire du blessé ne l'est pas davantage. La loi de 1898 n'a pas pour but de permettre à des Compagnies d'assurances de faire des spéculations financières sur la misère humaine. Elle a été faite afin d'assurer un peu de la vie de l'ouvrier lorsque celui-ci a été victime du travail qu'il a fourni pour le profit de son patron.

La collectivité a chargé le patron d'un devoir nouveau qui n'est qu'une faible et très légitime atteinte aux privilèges que lui donne la constitution sociale moderne. Il faut rappeler le patronat à ce devoir qu'il oublie avec trop de désinvolture, et qui voudrait encore canaliser des obligations à son avantage en faisant supporter les charges que comporte ce devoir à la classe ouvrière qui doit en bénéficier.

Il est à craindre, si les juges donnent systématiquement tort aux médecins librement choisis, de voir les médecins ayant une réelle valeur ne plus vouloir donner leurs soins aux accidentés du travail. La conséquence sera déplorable et on aura été *contre* le but qu'on désire atteindre. On aura faussé la loi en atteignant par répercussion les intérêts des blessés pour assurer la puissance financière des Compagnies d'assurances.

Quant à nous médecins, nous voulons rester médecins et simplement médecins, nous voulons améliorer notre outillage, nous voulons adjoindre à notre consultation externe une maison de santé pour les blessés du travail où les malades seront chez eux, où ils n'auront pas à subir le mauvais vouloir de l'Assistance publique qui, il faut bien le dire, ne leur doit absolument rien. Et ainsi nous aurons réalisé un peu de notre idéal qui consiste à semer un peu de bonté dans la vie.

Dr C. Dupinet.

Cet exposé avait reçu l'approbation et le commentaire ci-dessous :

Toute la question consiste à supprimer les médecins traitants (de Compagnie d'assurances). C'est le nœud à trancher, les Compagnies ont lancé un groupe de médecins contre un autre groupe de médecins. Je ne crois néanmoins pas qu'elles en bénéficient. Mais il faut leur en vouloir pour cette discorde semée par elles dans notre profession. Le jour où il n'y aura plus de médecins d'assurances il n'y aura plus de médecins marrons; le médecin marron, s'il y en a, est la conséquence du médecin d'assurance, comme le souteneur est la conséquence du Monsieur qui casque. Et le Monsieur qui casque, casque, parce qu'il est un voleur.

Dr Dupuy.

Apprenons maintenant à nos lecteurs que partout où l'assurance-accidents n'a pas garanti et *respecté elle-même* le droit de libre choix, notamment en Prusse et autres pays de caporalisme, la même cause a produit les mêmes effets. Devant les cliniques, dispensaires et hôpitaux de l'assureur quel qu'il soit, les groupements ouvriers ont dressé leurs propres cliniques et dispensaires. La lecture des rapports du Congrès d'assurance de Vienne (1906) est fort édifiante à cet égard.

Si donc nous voulons réagir, nous, médecins de famille, contre tous ces drainages, d'où qu'ils viennent, que des intérêts évidents ne feront qu'accroître, *suffira-t il de stigmatiser ceux qui* les organisent par défense de leur caisse d'un côté, ou de leur santé et de leurs *droits légaux* de l'autre ?

Non, absolument non : tout cela ne conduirait qu'à la division, à la dispute et à la ruine.

Ce qu'il faut faire est tout autre. Le voici :

Il faut que chaque praticien apprenne à bien soigner *chez elles* les victimes du travail, à bien connaître et bien défendre leurs intérêts légitimes, à remplir avec soin les formalités que cela comporte, à rédiger scrupuleusement certificats et rapports, à suivre ses clients devant l'expertise, à ne pas leur laisser espérer plus que la loi ne leur a promis, mais à s'employer à ce qu'ils obtiennent cela, en un mot à mériter cette confiance qui le fera choisir ensuite par les blessés et leurs familles.

Font-ils cela tous ces confrères qui se plaignent de ne pas soigner d'accidents du travail ? Ont-ils pour cette clientèle les mêmes égards que pour l'autre ? Se mettent-ils à sa portée ? S'arrangent-ils pour qu'elle soit à l'aise et en confiance avec eux dans leur cabinet ? Ont-ils consigné leur porte aux agents des Compagnies et à tous rabatteurs ?

Nous nous permettons de répondre : non, parce que nous nous sommes enquis.

Et, au contraire, nous connaissons des confrères qui, réfractaires à toutes sollicitations des groupements et de leurs émissaires, mais scrupuleux observateurs du programme ci-dessus, sont arrivés à vivre en plein Paris (sans luxe, mais honorablement), d'une modeste clientèle de quartier où les soins des accidents du travail tiennent la place proportionnée à cette clientèle sans y apparaître comme un à-côté. Mais il faut reconnaître que ceux-là s'assimilent aux médecins de campagne, ne se déchargent ni sur l'hôpital ni sur le spécialiste de la besogne qu'ils peuvent accomplir, font tout par eux-mêmes, tiennent bien leur comptabilité, réclament leurs honoraires avec méthode, mesure et régularité au point de n'avoir guère de contestations, même avec les assureurs les plus processifs !

Aussi tenons-nous pour démontré qu'il n'y a qu'un moyen, mais un moyen excellent, de limiter le drainage par les cliniques d'assurances ou les cliniques ouvrières, celui d'agir en vrai *médecin de famille*, près de chaque victime du travail qui sonne à notre porte.

Confrères, essayons en courageusement et laissons-là les gros mots qui ne valent jamais les actes réfléchis et répétés avec persévérance.

Communication.

M. le Dr Gaston Prieur (de Paris) nous demande, comme abonné du *Concours médical*, de reproduire la copie d'une lettre qu'il vient d'adresser au Garde des Sceaux. Nous ne pouvons que nous conformer à nos usages en donnant satisfaction à cette demande.

Monsieur le Garde des Sceaux,

J'ai l'honneur de déposer entre vos mains une plainte contre Monsieur le juge d'Instruction Barat ou tous autres magistrats responsables chargés d'instruire une plainte Chagnaud contre différents ouvriers blessés à son service.

Le 1er avril, à 10 heures 1/2 du matin, j'ai reçu la visite de Monsieur Berthelot, commissaire aux délégations qui a excipé d'un mandat de Monsieur le Juge d'Instruction André et m'a déclaré être commis par ce magistrat pour faire une enquête et se saisir de tous documents utiles. Ce faisant, il m'a prié et requis de lui remettre les fiches médicales de tous les ouvriers soignés à ma clinique, boulevard Garibaldi, 31, il s'est ensuite transporté à mon domicile, 2 *bis*, rue Vital, où, dans mon cabinet, il a effectué la même opération.

Sans tenir compte de ce qu'a d'odieux une perquisition de ce genre effectuée sous l'inspiration des Compagnies d'assurances chez un médecin qui exerce son art avec dévouement et conscience sous le bénéfice de l'article 4 de la loi de 1898, et dont le seul tort est la grande prospérité, il est impossible à un médecin, dis-je, gardien du secret professionnel, de se voir dessaisir de toutes les notes médicales qu'il a pu prendre à la suite de l'examen d'un malade et de laisser passer sans protester une violation aussi flagrante d'un droit absolu et aussi vieux que la médecine elle-même.

Je vous serais donc reconnaissant de vouloir bien donner à ma plainte la suite qu'elle comporte et en particulier de me faire restituer aussitôt que possible les fiches médicales en question.

Il ne vous échappera pas, en effet, que ces fiches me sont indispensables :

1° Pour la continuation des soins aux malades: l'état de chaque blessé au moment de son entrée à ma clinique se trouvant nettement décrit ainsi que les phénomènes ultérieurs constatés dans son état ;

2° Pour l'établissement de mes notes d'honoraires ; chaque fiche porte la date d'entrée chez moi et la série des soins donnés.

3° Pour l'établissement de certificats soit d'incapacité temporaire, soit d'incapacité permanente, auxquels les malades ont droit conformément à la loi ;

4° Répondre utilement aux questions des médecins commis, soit par les Tribunaux, soit par les compagnies d'assurances.

Tous ces points vous démontrent d'une façon absolue qu'indépendamment de la violation du secret professionnel, je suis paralysé dans l'exercice de ma profession, comme l'ouvrier est paralysé par là-même dans l'exercice de son droit.

Dans l'espoir que vous voudrez bien examiner ma plainte avec le soin qu'elle comporte puisqu'elle intéresse le corps médical tout entier,

Agréez, Monsieur le Garde des Sceaux, mes respectueuses salutations.

Dr G. Prieur.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

Syndicat médical de l'arrondissement de Versailles.

Assemblée générale du 31 *octobre* 1907

La séance est ouverte à 4 heures, au restaurant Garnier, 4, rue de l'Isly, sous la présidence du Dr Bertillon, vice-président ; il nous apprend qu'une indisposition de notre président l'empêche, à son grand regret, d'assister à la séance. L'assemblée, à l'unanimité, décide de charger le vice-président de lui transmettre ses vœux de prompt rétablissement. A l'unanimité également elle approuve l'ordre du jour de la dernière séance.

Puis, le vice-président lit l'allocution que lui a remise le Dr de Grissac.

Mes chers confrères,

Vous ne sauriez croire combien je suis privé de ne pouvoir me rendre aujourd'hui au milieu de vous, et je rage contre le vilain bobo qui me retient alité.

Nous n'apprécions pas toujours, dans notre pratique journalière, les ennuis que cause l'obligation, pour un malade, de rester au lit. Préoccupés, avant tout, de la guérison, nous négligeons volontiers de prendre en considération ses conséquences accessoires et cependant nécessaires.

Je voulais vous dire, suivant l'usage établi dans notre syndicat, les événements syndicaux et ceux d'intérêt général professionnels qui se sont produits pendant le semestre écoulé. Je donne mission à votre vice-président d'aujourd'hui qui sera votre président demain, de vous lire ce que je voulais vous dire moi-même.

Au lendemain de notre dernière réunion, le Congrès des Praticiens a eu lieu. Tous ceux qui ont assisté à ses séances ont été fortement impressionnés par l'intensité d'action qui s'y est manifestée. Dans un effort commun, les médecins de toutes les régions de la France, les professeurs et professeurs agrégés de nos facultés de médecine, les étudiants, sont venus apporter leurs critiques à l'enseignement médical actuel et rechercher les moyens les plus efficaces pour le réorganiser. Le fameux certificat d'études médicales supérieures a été assez malmené dans la circonstance, vous n'en doutez pas, et tout le monde a été d'accord pour le conspuer d'importance.

Nos confrères lillois sont venus le chansonner au banquet final de tout congrès, et cela n'a pas été une des moindres attractions de ces agapes confraternelles.

« Il faut lui en boucher un coin ! » au certificat qui a la prétention de faire des « médecins supérieurs », et des « médecins inférieurs ».

Les vœux nombreux qui ont été votés, toujours à de très grandes majorités, le plus souvent à l'unanimité, ne seraient que des clameurs, si le congrès ne s'était survécu par la création d'un comité de vigilance ayant mission d'en poursuivre l'application.

Ce comité de vigilance s'est divisé en deux sous-commissions. Celle de la réforme des études médicales et celle de médecine sociale, dite du « Libre choix du Médecin ». Ces commissions se réunissent chaque mois et le travail qu'elles produisent est considérable. Après avoir mis au point les diverses questions, elles se préparent à les porter aux autorités compétentes, pouvoirs pu-

blics et autres, en en demandant la mise en pratique.

Le « libre choix » du médecin par le malade est le seul moyen de rendre à notre profession toute l'indépendance que le défaut d'entente entre les confrères a fait perdre. Les groupements médicaux ont été détruits par la Révolution, et cinquante années ne s'étaient pas écoulées, que le Corps médical sentait, non seulement dans son intérêt propre, mais dans l'intérêt général des malades, la nécessité de l'union corporative susceptible de prendre en mains la défense de la profession entourée d'exploiteurs de tous genres.

La loi sur les syndicats professionnels a indiqué la forme nouvelle à donner à ces associations en y apportant le principe de la liberté. La liberté de s'engager à faire ou ne pas faire telle ou telle chose est un droit. Acceptant les règles du Syndicat, on doit s'y soumettre.

Elles ne vous plaisent plus, ces obligations, vous pouvez vous retirer. Ce n'était pas le cas pour les anciennes sociétés professionnelles corporatives.

Un groupement professionnel syndical, né des événements tumultueux qui se sont produits l'année dernière au Syndicat des médecins de la Seine, vient de se former dans une région qui nous avoisine, et sous le nom de « Groupe amical des médecins de la Banlieue-Ouest » sollicite notre adhésion.

Des convocations aux assemblées générales constitutives ont été adressées à vous tous ; je vais faire distribuer aujourd'hui les statuts de cette société, plusieurs d'entre nous y ont adhéré.

Devons-nous adhérer en groupe à ce Syndicat nouveau, ou devons-nous rester libres d'y adhérer individuellement, suivant nos convenances personnelles ? C'est la question que je vous pose et vous aurez tout à l'heure à vous prononcer sur ce sujet.

Il y a, à mon avis, de grands avantages à se grouper le plus nombreux possible. Mais je prévois des objections qui peuvent avoir leur valeur, c'est à vous de juger. — En notre faveur, le Syndicat de la Banlieue-Ouest fera fléchir les obligations de son règlement ; si l'adhésion en groupe de notre syndicat est votée on n'exigera pas le droit d'entrée de 3 francs par membre.

J'ai reçu la démission d'un confrère qui, sans attendre la décision de votre conseil de famille, a préféré se séparer de nous que de porter des accusations contre un confrère. Cette démission, reçue ce matin, fait montre d'un scrupule exagéré. En portant plainte contre un mauvais confrère, on ne rend pas service seulement à soi-même, mais aussi et surtout au Syndicat qu'il protège contre une mauvaise recrue.

Cette admission étant de nature à diminuer sa force morale, votre bureau va faire, en groupe, des démarches pour demander à ce confrère de revenir sur sa décision.

Pour terminer ce rapport semestriel, laissez-moi adresser aux nouveaux membres du Syndicat et aux candidats qui sollicitent aujourd'hui leur admission des souhaits de confraternelle bienvenue.

Discussion de l'ordre du jour

Le secrétaire énumère les nouvelles candidatures. Ce sont celles de nos confrères : Joly, de Croissy (Lécuyer et Calbet) ; Perrigaud, de la Celle-St-Cloud (de Grissac et Nollet) ; Robin, d'Argenteuil (de Grissac et Perrin); Colombel, de Maisons-Laffitte (Bertillon et Larger); Joly, de Maisons-Laffitte (Bertillon et Larger) ; Cointepas, de Marly-le-Roi (Garès et Nollet) ; Aumaître, de Carrières-sur-Seine (Perrin et Larger) ; Leloup, de Plaisir-Grignon (de Grissac et X..).

Admissions

Les confrères Villemin, de Jouy-en-Josas (Giberton et Vauthier), Page, de Bellevue (Baillon et Larger) sont admis au Syndicat.

Démissions

Nos confrères Rigabert, de Marly; Cailleux, de Cormeilles-en-Parisis, Boursiac, de Poissy; Farragi, de Houilles, ont donné leur démission ayant quitté notre région.

Projet d'adhésion en groupe à l'Association Amicale des Médecins de la Banlieue-Ouest

Notre Président annonce qu'un nouveau groupement professionnel s'est fondé comprenant la région des cantons de : Asnières, Boulogne, Clichy, Courbevoie, Levallois-Perret, Neuilly, Puteaux, Saint-Ouen, dans le département de la Seine ; et, d'Argenteuil, Saint-Germain, Marly, Sèvres, dans celui de Seine-et-Oise.

Le droit d'entrée est fixé à trois francs. La cotisation à 6 francs.

L'A. M. B. O. poursuit un but assez semblable à celui de notre syndicat, elle présente cette particularité intéressante de publier dans son bulletin une liste des médecins et chirurgiens des hôpitaux, spécialistes, médecins de villes d'eaux ayant envoyé par écrit leur adhésion au règlement déontologique de l'association. Ce règlement, comme l'a dit dans son rapport, à la dernière réunion, le dévoué secrétaire général (Lecerf, d'Asnières), leur interdit « de venir dans notre « clientèle, d'examiner nos malades en traitement et de partir en laissant une ordonnance « sans s'occuper de notre existence...... Nous devons apprendre à n'appeler que ceux qui auront signé cet engagement. Ils seront assez nombreux, croyez-le bien. »

L'A. M. B. O. demande à notre syndicat d'adhérer en bloc à son groupement ; mais cette affiliation paraît d'une utilité contestable et après quelques observations échangées entre nos confrères Perrin, Lécuyer, Jeanne, Larger, on passe aux voix et le projet est rejeté à l'unanimité.

Le Syndicat est d'avis que les groupes doivent être libres d'adhérer séparément.

Le Président au nom du bureau engage les groupes à entrer dans cette voie, l'A. M. B. O. nous faisant ainsi des avantages sensibles.

Inspection médicale des Ecoles

Le Dr Jeanne nous rappelle combien la question est à l'étude depuis longtemps. Il faut rechercher, dit-il, des conversations nouvelles avec les membres du Conseil général, et nous mettre à la disposition des pouvoirs publics.

Dr Giberton. — La meilleure marche à suivre est d'aller voir le préfet.

Le Dr Perrin nous apprend que l'inspection fonctionne à Bezons. Le Dr Nouët soulève la question des écoles libres.

Pour clore le débat, on adopte, à l'unanimité, le projet d'une visite au préfet.

Organisation du repos hebdomadaire

Le Président. — Le repos hebdomadaire des médecins fonctionne déjà dans plusieurs localités, à Charenton notamment. Nous désirerions voir cette institution se généraliser dans l'arrondissement.

Dr Surre.— Il y a des communes où il fonctionne depuis 6 ans.

Dr Cherechewski. — Le repos hebdomadaire des médecins n'est assimilable à celui des ouvriers que si nos syndicats sont reconnus assimilables aux leurs. D'autre part, il faut qu'il soit subordonné à la commodité des ouvriers qui ne sont souvent libres que le dimanche.

Dr Jeanne. — Il est bien entendu que son fonctionnement ne doit pas nous empêcher de tenir compte des questions d'humanité. Mais, il ne faut pas non plus que la « peur du confrère » nous prive d'une institution désirée de tous.

Dr Perrin. — Chaque groupe pourrait avoir son règlement à ce point de vue, en se faisant appuyer par le syndicat. Sur la proposition du Président, on décide que le bureau aura à trouver une formule que l'on communiquera à la Presse pour en avertir les populations après entente des médecins de chaque localité.

Après quelques explications personnelles demandées par divers membres au sujet des questions toujours d'actualité : rapports avec les Sociétés de Secours Mutuels, Bureaux de Bienfaisance et Compagnies d'Assurances, on doit passer à la nomination d'un chef de groupe pour la région de Marly, place laissée vacante par le départ du Dr Rigabert. C'est notre confrère Garès, de Marly, un ancien de la région qui est choisi par le Syndicat. On décide également de nommer un secrétaire adjoint, le secrétaire manifestant le désir de se retirer, le bureau propose de passer à ce vote immédiatement. Le Bureau propose notre confrère Audetert-Lasrochas, de Houilles. L'Assemblée ratifie ce choix à l'unanimité.

L'ordre du jour étant épuisé, le bureau, par l'intermédiaire du secrétaire, fait lire aux membres de l'Assemblée l'Annuaire des médecins de la région en distinguant les syndiqués des non-syndiqués.

Notre syndicat comprend encore notre président d'honneur, Dr Rist, de Versailles, et nos confrères Jeanne, Alardo, Davernes, Le Menant des Chesnais, Rous et Rousseau qui, ayant quitté la région, ont tenu à rester des nôtres.

Du tableau qui précède, il résulte que, sur 134 médecins exerçant dans l'arrondissement 85 font partie du syndicat.

C'est de ces retardataires ou de ces rébarbatifs qu'il faut faire le siège.

Comme le bureau l'a fait remarquer la dernière fois, seule l'entente syndicale peut nous donner un esprit de solidarité tel que celui qui nous a permis d'établir nos états de mémoire d'honoraires pour accidents du travail.

C'est grâce à ce document que notre représentant peut nous défendre, à la Commission de révision du tarif des accidents du travail, contre les exagérations des assureurs qui profitent de la conduite de quelques individualités, médecins marrons, brebis galeuses de la profession.

Les non-syndiqués comprendront quel tort il y a à ne pas vouloir faire partie de la grande famille médicale, à se cantonner dans un infécond et toujours égoïste isolement.

La solidarité améliore et ennoblit notre profession en nous éclairant mutuellement sur nos intérêts et nos devoirs.

A chacun de vous de faire de la propagande autour de lui, auprès des médecins dont les noms sont inscrits dans la deuxième colonne en leur montrant les bienfaits *moraux* et *pratiques* de l'entente syndicale ; en comparant les résultats acquis dans les localités où règne l'entente syndicale à l'état des rapports avec les individus et les collectivités dans les autres.

Le bureau charge les chefs de groupe de centraliser cet effort, de le diriger et d'en apporter les résultats à la prochaine séance. Il faut que chaque réfractaire soit entrepris isolément.

....

Avant de passer dans la salle du banquet, le secrétaire propose qu'à titre facultatif, bien entendu, les femmes des membres puissent prendre part à cette partie de nos réunions.

Une discussion s'engage sur ce projet, les Drs Jeanne, Bertillon, le défendent vivement, et finalement on décide d'en tenter l'essai à une réunion extraordinaire à organiser dans l'été. Sur la proposition du Dr Hérigny, tout le monde tombe d'accord aussi pour donner à notre repas collectif une allure encore plus simple, pour faire ressortir son caractère de cordiale intimité. Puis, plus joyeusement encore, nous banquetons, satisfaits d'avoir décidé de réunir avec nous, en en resserrant ainsi les liens, le plus joli côté de la grande famille médicale.

Ordre du jour de la prochaine séance.

1) Approbation du compte rendu de la dernière séance.— Candidatures.— Admissions.— Démissions.— Election d'un Trésorier, d'un Secrétaire, d'un Secrétaire-adjoint, d'un délégué au Congrès des Praticiens de Lille (juin 1908). Vote d'une subvention à ce Congrès ;

2) Projet d'adhésion en groupe au « Sou Médical ». Conséquences statutaires et financières qu'elle peut entraîner ;

3) Défense professionnelle contre la campagne menée par les assureurs pour modifier la loi des accidents du travail. Documents à l'appui (Rapport du Président) ;

4) Propagande syndicale. (Rapport des chefs de groupe). Organisation d'une réunion d'été dans l'arrondissement ;

5) Repos hebdomadaire. Formule proposée par le bureau à communiquer à la Presse dans chaque groupe ;

6) Inspection médicale des écoles ;

7) L'arbitrage médico-mutualiste ;

8) Rapports médico-pharmaceutiques ;

9) « La maison du médecin ». Exposé de la question. Projet de subvention (Dr Nouët).

Le secrétaire,
H. Larger (Maisons-Laffitte).

TRIBUNE DES CORRESPONDANTS

Un nouveau Syndicat.

Joigny, le 30 mars 1908.

Mon cher Directeur,

Je m'empresse de vous annoncer l'avènement, dans notre région, d'un nouveau Syndicat, dû à l'initiative des médecins de Brienon, une des localités les plus importantes de notre arrondissement. Depuis quelques années, ces trois vaillants confrères, désireux d'établir entre eux une entente cordiale absolue, avaient fait litière de tous leurs anciens griefs, et s'étaient partagé les divers services administratifs. Dans le courant de l'année dernière, à propos de l'organisation du service vaccinal, ils convoquèrent un certain nombre de leurs confrères des environs pour protester contre cette organisation ; une quinzaine de médecins (dont j'étais) répondirent à leur appel, et après plusieurs réunions au buffet de Laroche on vota les décisions suivantes :

1° Libre choix du médecin *vaccinateur*, au-

trement dit répartition du service entre tous les médecins, qu'ils fassent ou non partie du service de la protection des enfants en bas âge.

2° Relèvement du tarif ; fixation à 2 francs par vaccination en principe, sans indemnité kilométrique, et y compris la séance de contrôle. — 3° Nomination d'une délégation chargée de présenter nos desiderata à l'administration.

Au cours de nos agapes confraternelles, je n'avais pas été le dernier à agiter la question de la formation d'un Syndicat. Le temps passa, l'hiver survint, et je n'entendais plus parler de rien, lorsque le 18 mars dernier je recevais des mêmes médecins de Brienon une invitation à me trouver à Laroche le 24 pour y discuter le projet de constitution d'un syndicat régional. Je ne manquai pas au rendez-vous. Etaient présents à cette réunion les Drs Pigeonnat, Forestier fils, Renoult, Wateau, Brunet, Bazot, Truchy, Ardillaux, Fort fils, Gravier, Bricard fils. Lecture fut donnée des statuts du Syndicat de Saint-Mandé, et de ceux du Syndicat de Versailles. C'est à ces derniers qu'après discussion ont été nos préférences ; et sauf quelques petits changements de détail (tels que cotisations de 10 francs et 3 réunions générales par an) les statuts de Versailles ont été adoptés article par article jusqu'au dernier.

Ont été élus membres du Bureau : Dr Truchy, président, Dr Gravier, secrétaire trésorier ; Dr Pigeonnat assesseur.

— Nous espérons faire la tache d'huile, fusionner l'ancien Syndicat de Joigny avec celui-ci, et même plus tard instituer une fédération des syndicats médicaux de l'Yonne.

Honneur donc aux médecins de Brienon ; vive le Syndicat médical de Brienon !

Agréez, etc.

Dr Bazot.

CORRESPONDANCE

Les hommes d'argent.

Mon cher Directeur,

Les journaux de chez nous nous en apprennent une bien bonne. Il paraît que, dans un banquet qui lui était offert à Mâcon par des entrepreneurs et des industriels du bâtiment, un député médecin, ministre d'hier, ministre de demain, président d'un groupe important à la Chambre, a laissé tomber dimanche, du haut de ses 15.000 francs, une accusation bien extraordinaire : « Le médecin, s'est-il écrié dans un beau mouvement d'éloquence, le médecin n'est plus qu'un *homme d'argent*, et si la loi protectrice de 1898 menace de ruiner les entrepreneurs, c'est au médecin qu'ils le doivent ! ». Et cette insinuation ridicule a obtenu un énorme succès et a été bissée dans cet auditoire choisi de gros capitalistes connus pour leur désintéressement et leur dévouement aux intérêts publics.

Cette calomnie serait tout simplement absurde et indigne d'être relevée, si elle n'indiquait chez celui qui l'a proférée un état d'esprit visiblement hostile et malveillant.

Je sais bien qu'il y a des circonstances atténuantes. Le député se trouvait entouré de personnages considérables et influents, embrigadant sous leurs bannières un nombre énorme d'électeurs.

Il fallait être agréable aux premiers, dont il était l'hôte, sans mécontenter les seconds dont il est l'élu. Alors le médecin s'est trouvé là, juste à point, bouc émissaire des deux partis. Et pendant que le champagne pétille et qu'une heureuse digestion épanouit les visages, on s'est écrié avec un ensemble parfait : « Oui ! oui ! C'est du médecin que nous vient tout le mal. Haro, sur le médecin. » Et pendant ce temps-là, le pauvre conspué qui n'a pas même pour lui les reliefs du gâteau social, chemine tristement à pied ou sur un cabriolet démodé, dans les chemins cahoteux de la campagne, accomplissant son œuvre ingrate, à la recherche, pas même envisagée, de la pièce de quarante sous.

Le médecin un « homme d'argent ». Oh ! laissez-moi rire, pour que je n'aie pas envie de me fâcher !

Ne sait-il pas, au contraire, que le médecin est l'éternel exploité, que l'Etat, les départements, les communes, les députés même, pour leur réclame et leur popularité, font continuellement appel, et jamais en vain, au dévouement désintéressé du médecin ?

Ne connaît-il pas, pour l'avoir vécue quelque temps — mais avec quelle hâte n'en est-il pas sorti! — la vie de forçat du médecin de campagne, toujours sur la brèche, debout la nuit, dehors à toute heure, par tous les temps, exposé à toutes les contagions, menant une existence de paria et mourant à la peine sans avoir pu assurer l'indépendance de ceux dont il a la charge, — ou bien, situation plus lamentable, obligé lui-même de mendier le pain amer de la charité publique ou l'aide de ses confrères, lorsque le sort, par une triste dérision, a prolongé sa vie sans lui laisser le pouvoir de continuer son œuvre de sacrifice !

Qu'il les cite les médecins qui, dans la région mâconnaise, qu'il connaît bien, une des plus riches de France cependant, ont réalisé une fortune, et je n'entends pas parler d'une de ces fortunes énormes dont les industriels et les entrepreneurs sont coutumiers, mais de cette modeste aisance, cette *aurea mediocritas* tant prisée par le poète, suprême espérance et décevant mirage pour le pauvre praticien de campagne !

Combien n'en connaît-il pas de nos camarades communs morts à la tâche, sans avoir pu conserver et transmettre le patrimoine familial ?

Homme d'argent le médecin ! et pendant que les salaires ont doublé, que le prix de la vie a augmenté dans d'écrasantes proportions, les honoraires du médecin sont restés ce qu'ils étaient en 1830, quand ils ne sont pas descendus au-dessous, avilis tantôt par les tarifs de famine imposés par la loi, tantôt par les réductions consenties de force aux sociétés de secours mutuels, ou encore par la lutte fratricide, l'abominable concurrence inaugurée par la nouvelle génération médicale. Et de toutes parts s'élève un cri étouffé de détresse et de désespoir en même temps que de sourde protestation parce que cet « homme d'argent » ne peut plus vivre et qu'il s'acharne cependant à ne pas vouloir mourir !...

Dr Infelix.

Comment se faire payer des soins aux nourrissons parisiens placés à la campagne ?

Noyon, le 2 avril 1908,

Mon cher confrère,

Depuis 21 ans que je suis chargé du service de l'inspection des enfants du premier âge, j'ai eu à soigner de nombreux nourrissons. Je n'ai eu la chance de toucher que très rarement les honoraires qui m'étaient dus. Quand il s'agissait d'enfants venant de Paris, je croyais pouvoir m'adresser à la Préfecture de Police. A une première lettre, datant de dix à quinze ans, il me fut aimablement répondu que la Préfecture n'était pas une agence de recouvrement.

Ayant trouvé les recommandations importantes que je vous transmets, j'ai écrit une deuxième lettre l'an dernier. Par une lettre du 14 octobre 1907 (lettre que je conserve), on m'envoya promener.

Il s'agit, vous le devinez bien, de plusieurs centaines de francs pour une aussi longue durée. Que faire ? Rien sans doute..... sauf une protestation dans le *Concours* en faisant allusion au paragraphe inappli-

qué (parag. 1) des « recommandations préfectorales importantes » et ainsi conçu :

« 1° Les réclamations ayant pour objet la recherche de parents disparus, le paiement de mois de nourrice de *frais de maladie* ou d'inhumation, etc., et en général, toutes les communications faites à l'Administration et relatives à des nourrissons *originaires du département de la Seine*, doivent être adressées, *sans être affranchies*, à Monsieur le Préfet de Police, à Paris. »

Avec toutes mes meilleures amitiés.

Dr J. DELOBEL.

REPORTAGE MÉDICAL

VIIIe Congrès d'hydrologie, de climatologie, de géologie et de thérapie physique. — Le VIIIe Congrès d'hydrologie, climatologie, géologie et thérapie physique se tiendra à Alger au moment des vacances de Pâques, du 4 au 10 avril 1909.

La cotisation des membres titulaires est de 20 francs ; celle des membres associés est de 10 francs.

Les membres associés ne prennent pas part aux discussions et ne reçoivent pas le volume des comptes rendus du Congrès.

Des excursions sont organisées à travers l'Algérie et la Tunisie, permettant de visiter les villes intéressantes tant au point de vue tourisme qu'au point de vue archéologique et climatique, ainsi que les stations hydrominérales fréquentées l'hiver.

Le Comité d'organisation traitera avec une agence qui se chargera de procurer des logements aux congressistes dans les meilleures conditions.

Une exposition des objets se rapportant aux sciences traitées dans les travaux du Congrès sera organisée.

Un Comité de dames sera formé pour recevoir et guider les femmes, sœurs et parentes des congressistes.

Adresser toutes les demandes de renseignements à M. L. RAYNAUD, secrétaire général du Congrès, 7, place de la République, Alger.

Accidents du travail et secret professionnel en Belgique. — Voici une question résolue dans le dernier *Bulletin du collège des médecins bruxellois.*

Les sociétés d'assurances peuvent-elles exiger de leurs médecins traitants de déclarer « s'il existe des maladies organiques ou des défauts corporels indépendants de l'accident »?

A cette question M. le Ministre de l'Industrie et du Travail a répondu :

« Il n'est pas interdit aux assureurs qui ont organisé le service médical et pharmaceutique de se faire délivrer des certificats plus détaillés que ceux que vise l'arrêté royal du 20 décembre 1904. »

Mais il va de soi que les médecins qui rédigent les dits certificats ne sont pas dégagés des règles du secret professionnel.

M. le Ministre est également d'avis que *la production aux Sociétés d'assurance des prescriptions médicales pour blessés constitue une violation du secret professionnel.*

Que pensent de tout cela nos médecins d'assurances en France ?

Nous en pensons, nous, qu'il y a là un argument de plus en faveur de la thèse introduite à nos assemblées générales par MM. P. Archambaud, Diverneresse, etc. : «*Un médecin de Cie d'assurance peut contrôler mais ne doit pas soigner.*» Utopie d'hier, réalité de demain.

Association d'enseignement médical. — L'Association d'enseignement médical professionnel organise, du lundi 13 avril au samedi 25 avril une série (avec repos le dimanche et le lundi de Pâques) de cours et de démonstrations à l'usage des praticiens.

Pour les inscriptions (25 francs par cours) et tous renseignements, s'adresser au Dr Barbarin, 186, faubourg Saint-Honoré.

Faculté et Hôpitaux.

Cours d'Electrologie et de Radiologie. — Le docteur Foveau de Courmelles, lauréat de l'Académie de médecine, licencié ès sciences physiques et ès sciences naturelles, directeur de l'*Année électrique*, reprendra son libre cours d'Electrophysiologie, Electrothérapie, Radiologie, Radium thérapie, le mercredi 29 avril 1908, à 6 h. du soir à l'Amphithéâtre Cruveilhier, Ecole pratique de la Faculté de Médecine de Paris, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine et le continuera les mercredis à 6 h. du soir.

La première leçon sera consacrée à l'Electrophysiologie : Examen et étude de l'être vivant et de ses fonctions. La vue directe de phénomènes organiques.

Un cours de perfectionnement fait par M. le Prof. P. Bar, MM. Maygrier, Bonnaire, Brindeau et Jeannin, agrégés, commencera le lundi 4 mai, à 8 h. 3/4 du matin, à la clinique Tarnier. Ce cours comprendra 12 leçons.

Le droit à verser est de 50 francs. Seront dispensés du versement : les stagiaires, les étudiants et médecins déjà inscrits à l'un des cours de la clinique Tarnier. Ils devront s'inscrire, avant le 4 mai, auprès de M. le chef de clinique.

— M. Paul Hallopeau, prosecteur, commencera un cours de médecine opératoire spéciale; « opérations gynécologiques », le lundi 27 avril 1908 à 1 h. 1/2.

Le cours aura lieu tous les jours. Les élèves répèteront eux-mêmes les opérations sous la direction du prosecteur. Le nombre des élèves admis à ce cours est limité. Le droit à verser est de 50 francs.

Association d'enseignement médical professionnel. Liste des cours :

1° A l'Hôtel des Sociétés savantes, rue Serpente ; 8 h. du matin : Cours de chirurgie pratique par M. le Dr Cazin. — 11 h. : Chirurgie dentaire par M. le Dr Rey. — 4 h. : Orthopédie et chirurgie infantile, par M. le Dr Barbarin. — 5 h. : Accouchements par M. le Dr Dubrisay. — 6 h. : Electrothérapie par M. le Dr Zimmern.

2° Dans différents hôpitaux : 8 h. du matin : Thérapeutique dermatologique et syphiligraphique par M. le Dr Leredde. Etablissement dermatologique 31, rue de la Boétie. — 9 h. 1/2 : Gynécologie par M. le Dr d'Herbécourt ; clinique 73, rue d'Amsterdam. — 9 h. 1/2 : Auscultation par M. le Dr Audistère à l'Hôtel-Dieu. — 11 h. : Maladies des voies urinaires par M. le Dr Pasteau, à Necker. — 5 h. : Ophtalmologie par M. le Dr de Font-Réaulx, clinique 73, rue d'Amsterdam. — 5 h. : Oto-rhino-laryngologie, clinique 73, rue d'Amsterdam par M. le Dr Cobach. — 6 h. : Oto-rhino-laryngologie, par M. le Dr Menier, clinique médico-chirurgicale, 76, quai des Orfèvres.

Ces cours comprendront en moyenne 9 séances.

Le droit d'inscription est fixé pour chaque cours à 25 francs. On peut s'inscrire par correspondance, ou le lundi 13 avril de 11 h. à midi à l'Hôtel des Sociétés savantes.

Pour inscription et renseignements, s'adresser à M. le Dr Barbarin, 186, faubourg St-Honoré.

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications ériodiques médicales.

Trentième année **N° 16** Dimanche 19 AVRIL 1908

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

ASSOCIATION GÉNÉRALE

DE PRÉVOYANCE ET DE SECOURS MUTUELS DES MÉDECINS DE FRANCE

Siège social : 5, rue de Surène, PARIS (VIIIe)

Assemblée générale de 1908.

Paris, le 1er *avril* 1908.

Monsieur et très honoré Confrère,

Nous avons l'honneur de vous informer que la 49e *Assemblée Générale* annuelle de l'Association générale de Prévoyance et de Secours mutuels des Médecins de France aura lieu le *dimanche* 26 *avril* (1), 2 *heures précises*, dans la *Salle des Concours de l'Assistance publique*, (ancienne Académie de médecine), *rue des Saints-Pères*, 49.

Les questions qui n'auraient pas pu être résolues dans la séance du dimanche seront discutées le lundi 27 à la même heure.

Composition de l'Assemblée Générale. — Conformément à l'article 53 des Statuts, ne peuvent assister à l'Assemblée Générale que les Membres du Conseil Général et les Présidents et Délégués des Sociétés locales.

Les membres de l'Association qui ne font pas partie du Conseil Général ou qui ne sont ni Présidents ni Délégués des Sociétés ne peuvent pas prendre part à l'Assemblée Générale, mais ils peuvent assister au Banquet (cotisation : 20 francs).

Délégués. — « Chaque Société composée de 50 Membres, ou au-dessous, est représentée par un Délégué ; celles qui se composent de 51 à 100 membres peuvent avoir deux Délégués ; de 101 à 150 Membres, trois Délégués, et, à partir de ce chiffre, un Délégué de plus par chaque fois 50 Membres ou fraction de 50 membres. » (Statuts, art. 53).

Les Présidents des Sociétés locales font partie de droit de la délégation et ne sont pas compris dans le nombre réglementaire des Délégués.

Nous vous prions de nous faire connaître, avant le 5 avril prochain, les noms des Délégués de votre Société.

Billets de chemin de fer à demi-place. — Nous espérons que, comme les années précédentes, le Syndicat des Compagnies de Chemins de fer accordera le parcours à demi-tarif à MM. les Délégués.

Mais, une des conditions essentielles pour l'obtenir, c'est de réduire au minimum les difficultés qui en résultent pour les Compagnies, en nous faisant connaître, dans les délais fixés, les noms des Confrères qui se proposent de profiter de cette faveur, et les différents réseaux que chacun d'eux doit parcourir, *avec l'indication de la gare de départ et de la gare d'arrivée sur chacun de ces réseaux.*

Les *désignations des Délégués* à l'Assemblée Générale et les *demandes de billets à prix réduits* doivent être adressées, avant le 5 avril, 5,

(1) La date de l'Assemblée générale a dû être, *exceptionnellement*, cette année, avancée d'une semaine en raison des élections municipales fixées au 3 mai.

rue de Surène, à M. le Dr BLACHE, chargé de centraliser ces documents.

Feuille de présence, Réunions des délégués. — Une feuille de présence est déposée à l'entrée de la salle : MM. les Présidents et Délégués sont instamment priés de signer cette feuille dans la case spéciale réservée à leur Société. Cette formalité est indispensable pour permettre au Conseil Général d'établir la liste exacte des Délégués qui ont assisté à l'Assemblée.

MM. les Présidents et Délégués des Sociétés locales sont prévenus qu'ils peuvent se réunir dans la salle où se tiendra l'Assemblée, le Dimanche 26 avril, *à une heure et demie.*

Soirée du samedi 25 avril. — Monsieur le Président et Madame Lereboullet, prient MM. les Présidents et Délégués des Sociétés locales de bien vouloir venir passer la soirée chez eux, 44, rue de Lille, le samedi 25 avril, à dix heures.

Banquet du Dimanche 26 avril. — MM. les membres du Conseil Général prient MM. les Présidents et Délégués des Sociétés locales de leur faire l'honneur d'assister au Banquet qui leur sera offert le dimanche 26 avril, à sept heures et demie, au PALAIS D'ORSAY (Hôtel de la nouvelle gare d'Orléans, 9, quai d'Orsay). Tenue de ville. Ceux d'entre eux qui voudront bien accepter cette invitation sont priés d'en prévenir, avant le 20 avril, M. le Dr BLACHE, 5, rue de Surène, Paris.

Tous les Membres de l'Association peuvent assister au Banquet. La cotisation, pour eux, est de 20 francs. Les adhésions doivent être adressées à M. le Dr BLACHE, avant le 20 avril.

Veuillez agréer, Monsieur et très honoré Confrère, la nouvelle assurance de nos sentiments dévoués.

Le Président, Dr L. LEREBOULLET.

Le Trésorier, Dr BLACHE. — *Le Secrétaire général,* Dr G. LEPAGE.

Règlement intérieur relatif à la Tenue des Assemblées Générales et au Mode de Votation.

I. Chaque année, l'Association générale des Médecins de France réunit ses membres en une Assemblée qui se tient le deuxième dimanche après Pâques, ou à telle autre date que fixera l'Assemblée précédente.

II. Des Assemblées générales extraordinaires pourront être convoquées.

III. Aux Assemblées générales ordinaires et extraordinaires ne seront admis que les Membres du Conseil général et les Présidents et Délégués des Sociétés locales. Pour assister à ces réunions, ceux qui y auront droit recevront une carte exigible à l'entrée de la salle des séances.

IV. Les Membres de la Presse pourront être convoqués individuellement et admis sur la présentation d'une carte spéciale.

V. L'ordre du jour de l'Assemblée est fixé un mois à l'avance par le Bureau du Conseil général. Toute Société qui voudra soumettre à la discussion une question déterminée devra, avant cette date, en avoir prévenu le Conseil général.

VI. Les votes émis au cours des Assemblées générales auront lieu à mains levées ou bien par assis et debout.

Lorsqu'il y aura doute sur le nombre des suffrages émis, le vote à la tribune, *par appel nominal*, sera de droit. Ce mode de votation pourra toujours être réclamé par dix membres de l'Assemblée.

VII. Le vote à la tribune se fera par l'appel des membres présents. *Chacun d'eux n'a droit qu'à une seule voix.*

Le dépouillement du vote sera fait par des scrutateurs désignés par l'Assemblée.

Quarante-neuvième Assemblée Générale.

Dimanche 26 avril 1908, à 2 heures.

ORDRE DU JOUR.

1° Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière Assemblée Générale (publié dans le *Bulletin* n° 28, pages 98 à 163) ;

2° Allocution de M. L. LEREBOULLET, président ;

3° Rapport de M. BLACHE, Trésorier général, sur la situation financière de l'Association Générale à la fin de l'exercice 1907-1908 ;

4° Rapport de la Commission de vérification des comptes (MM. PÉRIER et HALLOPEAU rapporteurs) sur la gestion financière du Trésorier pendant l'exercice 1907-1908 ;

5° Approbation des comptes de l'exercice 1906-1907 (publiés dans le *Bulletin* n° 29, pages 201 à 226) ;

6° Compte rendu général sur la situation et les actes de l'Association Générale pendant l'exercice 1907-1908, et rapport sur les vœux présentés par les Sociétés locales, par M. G. LEPAGE, Secrétaire général.

7° Élection de deux Vice-Présidents et de sept membres du Conseil Général. (*Les membres du Bureau et du Conseil sont immédiatement rééligibles* (Statuts, art. 9).

Vice-Présidents : M. CORNIL, vice-président sortant, arrivé au terme de son mandat ; M. GROSS, de Nancy, membre du Conseil Général, président de la Société de Meurthe-et-Moselle, est candidat à la place de Vice-Président, vacante par suite du décès de M. DOUVRE, de Rouen.

Membres du Conseil : MM. AMODRU, BLANQUINQUE, BOULOUMIÉ, MOTET et PAMARD, conseillers sortants, arrivés au terme de leur mandat ;

M. LUBET-BARBON, de Paris, membre de la Société des Landes, se présente en remplacement de M. LAGUESSE (de Dijon), arrivé au terme de son mandat et qui ne se représente pas ; M. MAUNOURY, président de la Société d'Eure-et-Loir, se présente en remplacement de M. GROSS, candidat à la Vice-Présidence.

8° Rapport de M. RIST, sur les pensions viagères demandées à l'Assemblée Générale (voir *Bulletin* n° 33, page 148), discussion et vote des propositions ;

9° Election de la Commission chargée d'examiner et de classer les demandes de pensions viagères en 1909 ;

10° Examen du Projet de Convention avec l'Association Amicale au sujet de la combinaison *D* (voir *Bulletin*, n° 31, pages 38 à 46) et le compte rendu de M. le Secrétaire Général ;

11° Délibérations des Sociétés locales au sujet des questions soumises à leur examen en 1907 (voir le rapport de M. L. SENTEX (*Bulletin* n° 33, pages 135) et le compte rendu de M. le Secrétaire Général ;

12° Discussion des vœux présentés par les Sociétés locales (voir le compte rendu de M. le Secrétaire général) ;

13° Questions diverses : Médecins chargés des certificats à délivrer aux nourrices. — Secret médical pour les indigents. — Changement de date des Assemblées Générales, etc.

ASSOCIATION AMICALE MALADIE

Réunion du Conseil du 2 avril 1908.

Présents : MM. Maurat, Lepage, Gassot, Cézilly, Mignon, Diverneresse, Jeanne.
Suivant sa bonne habitude, M. le Dr Mignon, secrétaire général, donne lecture de son petit rapport général trimestriel ainsi conçu :

Mes chers collègues,

Félicitons-nous tout d'abord de voir avec quelle parfaite régularité a marché l'administration de notre Association dans le cours de ce trimestre : Vous n'aurez aucune amende à prononcer, aucun rappel à l'ordre, et tous nos sociétaires, enfin convaincus que la stricte observation de nos règlements est une chose essentielle dans l'intérêt de tous, ont eu à cœur d'éviter la moindre négligence, la plus petite faute.

Nous avons encore enregistré un grand nombre de demandes de renseignements ; la propagande faite par l'Association générale grâce à la brochure Darras a porté ses fruits, puisque sur plus de 100 demandes, auxquelles nous avons répondu, 45 étaient accompagnées du bulletin vert bien connu.

Le reste nous vint par le Concours.

Quatre confrères seulement nous ont adressé le bulletin rose des correspondants. Nous croyons que ce chiffre modeste vient de ce que l'effort fait par nos correspondants est trop récent pour avoir donné son effet, et nous engageons vivement tous les camarades qui nous représentent dans les départements, à redoubler de zèle et d'ardeur.

Certes, la tâche leur est difficile, aujourd'hui plus que jamais, car si nous avons actuellement 1500 adhérents, c'est à eux que nous le devons ; ils ont fait chacun dans leur rayon tout ce qu'ils ont pu auprès des anciens, et le champ de la propagande ne leur est plus guère ouvert que près des jeunes confrères nouveau-venus dans la profession.

C'est d'ailleurs près de ceux-là que l'effort de prosélytisme doit surtout porter, car ils sont la jeunesse, ils sont l'avenir !

Nous devons d'ailleurs reconnaître que c'est parfois un rôle bien ingrat que de prêcher la prévoyance aux médecins, si quelques-uns réussissent merveilleusement, comme dans l'Ain et le Dijonnais, d'autres se trouvent obligés de lutter contre une obstination qu'il nous est d'autant plus pénible de constater qu'elle semble aveugle devant les dangers qui menacent matériellement notre profession.

Et que de mauvaises raisons pour excuser l'imprévoyance.

Un confrère du Midi nous écrivait naguère : « Certains médecins me répondent par un sourire sceptique; d'autres ajoutent : « Vous croyez que c'est solide, tout « ça ? », d'autres préfèrent s'assurer, disent-ils, aux toutes puissantes Compagnies pour offrir des dividendes à celles-ci en payant plus cher.......

Après cela, il n'y a qu'à tirer l'échelle ! »

Et quoi ! chers confrères, ne comptez-vous pour rien l'appui de la Caisse de l'Association générale, nos 300.000 francs dans notre propre caisse ? Les 80.000 francs payés tous les ans aux confrères malades, les services si précieux rendus chaque jour; les adhésions toujours plus nombreuses, ne sont-elles pas la preuve évidente, éclatante, non seulement de notre solidité, de notre succès, mais aussi de notre utilité, de notre indispensable nécessité ?

Ecoutez les lettres suivantes :

1° « Je suis mieux et mon moral se ressaisit ; je pourrai de nouveau exercer ma profession et arriver avec prudence à la terre promise, c'est-à-dire à l'heure où toutes les œuvres de prévoyance auxquelles j'ai adhéré pour ma vieillesse me mettront à l'abri du besoin. En attendant, merci pour l'Amicale, qui m'a si bien secouru en chemin ! »....

2° « Ainsi que je vous l'avais fait pressentir, j'ai l'intention de reprendre la médecine prochainement. Il me reste à vous remercier chaleureusement de la bonne grâce que vous avez mise à m'assurer le service des indemnités qui m'a rendu un si grand service pendant ces onze mois écoulés ...... »

« Je suis heureux d'être délivré de tous mes soucis; je vous remercie de tout mon cœur du succès de vos démarches ; je remercie aussi tous les membres du bureau de l'Amicale dont le dévouement et l'esprit de solidarité sont toujours en éveil pour soutenir et encourager les membres et la grande famille du Concours et de ses filiales....... »

Pour nous, des lettres de ce genre-là nous consolent de celles du genre de la première.

Puissent-elles ouvrir les yeux aux 60 confrères encore hésitants dont nous avons en vain tous les jours attendu les dossiers ! Puissent-ils enfin comprendre leur intérêt, et grossir dans trois mois de leur bataillon compact l'armée des 1500 prévoyants que nous sommes !

Le Conseil procède ensuite au vote des indemnités suivantes :

INDEMNITÉS :

5	2 mois + 23 jours chr.......	276	50
43	14 jours....................	140	»
49	1 jour à 10 fr. + 3 mois chr.	310	»
51	12 jours....................	120	»
62	3 mois......................	300	»
63	12 jours....................	120	»
66	30 jours....................	300	»
80	3 mois......................	300	»
101	5 jours.....................	50	»
137	3 mois......................	300	»
147	3 mois......................	300	»
154	3 mois......................	300	»
162	16 jours....................	160	»
164	1 jour......................	10	»
173	3 mois......................	300	»
179	3 mois......................	300	»
186	3 mois......................	300	»
205	9 jours.....................	90	»
213	52 jours....................	520	»
226	5 jours.....................	50	»
237	14 jours + 12 jours chr.....	179	95
238	3 mois......................	300	»
262	10 jours....................	100	»
271	49 jours....................	490	»
332	3 mois......................	300	»
334	3 mois......................	300	»
336	14 jours....................	140	»
341	6 mois......................	600	»
346	3 mois......................	300	»
372	3 mois......................	300	»
373	3 mois......................	300	»
406	5 jours.....................	50	»
412	6 jours.....................	60	»
421	3 mois......................	300	»
465	10 jours....................	100	»
480	6 jours chr.................	20	»
498	4 jours chr.................	13	30
509	3 mois......................	300	»
510	15 jours....................	150	»
549	25 jours....................	250	»
584	14 + 27 jours = 140 + 270 =	410	»
626	38 jours....................	380	»
694	13 jours....................	130	»
745	6 jours.....................	60	»
771	5 jours.....................	50	»
792	22 jours....................	220	»
807	16 jours....................	160	»
816	11 jours....................	110	»
846	15 jours....................	150	»

848	12 jours	120 »
867	13 jours	130 »
905	4 jours	40 »
924	11 jours	110 »
933	26 jours	260 »
957	3 mois	300 »
993	16 jours	160 »
1002	30 jours	300 »
1004	8 jours	80 »
1011	14 jours	140 »
1039	22 jours	220 »
1053	18 jours	180 »
1072	8 jours	80 »
1083	6 jours	60 »
1107	5 jours	50 »
1121	10 jours	100 »
1154	3 mois	300 »
1173	60 jours + 27 jours chr	689 90
1194	11 jours	110 »
1199	1 mois	100 »
1213	14 jours	140 »
1225	60 jours + 1 m. et 27 j. chr.	789 90
1251	7 jours	70 »
1259	17 jours	170 »
1275	3 mois	300 »
1282	10 jours	100 »
1283	54 jours	540 »
1294	8 jours	80 »
1304	59 jours	590 »
1308	5 jours	50 »
1310	14 jours	140 »
1318	7 jours	70 »
1342	4 jours	40 »

ADMISSIONS.

Sont admis à partir du 1er avril :

Combinaison A

Robert à Salens (Cantal) ; Ardillaux à Brienon (Yonne) ; Gravier aux Grandes-Ventes (Seine-Inférieure) ; Galimard à Verrey (Côte-d'Or) ; Poissonnier à Montluçon (Allier) ; De Beaumais à Vannes (Morbihan) ; Lemoyne à Valréas (Vaucluse) ; Mileff à Dolomieu (Isère) ; Naudet à Artenay (Loiret) ; Challamel à Paris ; Naudrot à Montargis (Loiret) ; Hornez à Crespin (Nord) ; Decobert à La Roche-Guyon (Seine-et-Oise) ; Coche à Banyuls (Pyrénées-Orientales) ; Balencie à Athis-Mons (Seine-et-Oise) ; Albarel à Névian (Aude) ; Demarque à Mauzé (Deux-Sèvres) ; Gonnand à Oyonnax (Ain) ; Gavaudan à Villeneuve-les-Béziers (Hérault) ; Mauvais à Brazey (Côte-d'Or) ; Tixier à Menton (Alpes-Maritimes) ; Grasset à Riom (Puy-de-Dôme) ; Poirel à Verdun (Meuse) ; Carillon à Pont-de-Pany (Côte-d'Or) ; Riory à Chabeuil (Drôme) ; Bégué à Saint-Soupplets (Seine-et-Marne) ; Creuzan à Floirac (Gironde) ; d'Œlnitz à Nice (Alpes-Maritimes).

Combinaison C

Vitet à Doudeville (Seine-Inférieure) ; Chevalier à Sains (Nord) ; Humery à Craon (Mayenne) ; Reymond à Saint-Claude (Jura) ; Avril à Soleymieux (Loire) ; Vaudey à Marseille (Bouches-du-Rhône) ; Legoff à Paris.

Le Conseil, après avoir examiné les arguments fournis dans certaines sociétés locales (et qui ont été soumis aux actuaires), contre le projet de création de la combinaison D sous la garantie de l'A. G., se sépare avec la conviction que l'Assemblée générale de celle-ci écartera sans peine tous les spectres agités d'une façon si imprévue pour arrêter ce nouveau progrès si désirable et si facile.

Le Président, Dr MAURAT. *Le secrétaire des séances,* Dr JEANNE.

Les risques probables de la combinaison D,

par le Dr A. GASSOT.
Trésorier de l'Amicale.

L'article 1er de la Convention dit que :

« L'Association générale des Médecins de France s'engage, jusqu'au moment où le nombre des membres de la combinaison D de l'Association Amicale mettra son fonctionnement à l'abri des écarts de mortalité, à faire, chaque année, à ladite combinaison D de l'Association Amicale, l'avance des sommes reconnues nécessaires pour assurer le service des pensions pour lesquelles l'Association Amicale n'aura pu constituer des réserves mathématiques ».

Il faut tout d'abord bien s'expliquer sur la signification de cet article.

Lorsqu'un membre de la combinaison D viendra à mourir, l'Association Amicale devra mettre en réserve une certaine somme variable avec l'âge de la veuve, pour assurer le service de la pension : c'est la réserve mathématique de la pension. D'autre part, à la fin de chaque année, pour chacun de ses membres vivants, la combinaison D devra mettre en réserve une certaine somme variable nécessaire au service de la pension éventuelle. C'est la réserve mathématique pour les membres vivants.

Le fonctionnement normal de la combinaison D doit permettre la constitution de ces doubles réserves, mais, au début surtout, un écart dans la mortalité moyenne peut mettre l'Amicale dans l'impossibilité de les constituer ; c'est dans ce cas qu'elle devra faire appel à la garantie de l'Association générale.

Prenons un exemple :

Supposons que la combinaison D compte cent membres, avec un âge moyen de 40 ans, pour le mari et 34 ans pour la femme ; les cotisations qu'elle encaissera seront de 24.100 francs. S'il meurt un membre, il lui faut, pour constituer la réserve de la pension pour la veuve, 12.241 fr. ; d'autre part, la réserve des 99 survivants doit être de 17.028 francs. La combinaison D n'a que 24.100 fr. et il lui faut 29.269 fr. de réserves : elle doit alors faire appel à l'Association générale pour les 600 francs qu'elle doit verser à la veuve.

Mais si, au lieu de prendre ainsi une année isolément, nous avions pris cette année succédant à une année semblable, c'est-à-dire formant la seconde année de fonctionnement et que le décès ne fût survenu que cette seconde année, les recettes auraient été de 48.200 francs (sans tenir compte des intérêts), la réserve pour la veuve à 35 ans serait de 12.084 francs et la réserve des 99 survivants de 27.918 francs ; le total des réserves se trouverait ainsi de 40.002 fr., les disponibilités étant de 48.200 francs, la combinaison D n'aura pas à recourir à la garantie de l'Association générale.

—

Quelle a été jusqu'à présent la mortalité dans l'Association Amicale ?

En 1894	167	memb.	partic.	donnent	0	décès	
— 1895	289	—	—	—	2	—	0,69 %
— 1896	375	—	—	—	2	—	0,53 %
— 1897	454	—	—	—	4	—	0,88 %
— 1898	514	—	—	—	7	—	0,36 %
— 1899	588	—	—	—	5	—	0,85 %
— 1900	664	—	—	—	7	—	1,05 %
— 1901	754	—	—	—	3	—	0,39 %
— 1902	849	—	—	—	9	—	1,06 %
— 1903	943	—	—	—	11	—	1,16 %
— 1904	1026	—	—	—	5	—	0,48 %
— 1905	1123	—	—	—	16	—	1,42 %
— 1906	1199	—	—	—	15	—	1,50 %

La moyenne générale est de 0,875 par an, or, à 40 ans, âge moyen des membres de l'Amicale, la

moyenne donnée par la table de mortalité est de 1 %.

Peut-on se figurer ce que pourrait être le fonctionnement de la combinaison D pendant ses premières années ?

Il est certain qu'au début le recrutement sera lent, mais il n'y a pas, ce semble, d'exagération à dire que le nombre des adhérents atteindra cent au bout de cinq années, soit une moyenne d'adhésions de 20 par an.

L'âge d'entrée oscillant entre 30 et 50 ans, on peut prendre comme moyenne l'âge de 40 ans pour le mari, avec 34 ans pour la femme.

La première année donnera comme recettes	241×20 =	4820 fr.
La seconde année donnera comme recettes	241×40 =	9640 »
La troisième année donnera comme recettes	241×60 =	14460 »
Soit un total de recettes de		28920 »

et avec les intérêts environ 29.500 francs.

On peut admettre que, pendant les deux premières années, il n'y aura pas de décès, et que le premier ne surviendra qu'au cours de cette troisième année, c'est une proportion de 1,66 %, qui n'a encore jamais été atteinte dans l'Amicale. Supposons que ce membre décédé fasse partie des adhérents de la première année.

La réserve mathématique de la pension pour la veuve à 36 ans est de 11.922 francs.

Pour les survivants, la réserve mathématique est :

Pour les 19 adhérents de la	première année	7.467 fr.	»
— 20 —	deuxième —	5.649	»
— 20 —	troisième —	3.440	»
		16.547 fr.	»

Les réserves totales sont de 11.922 + 16.547 = 28.469 francs ; les disponibilités de 29.500 fr., la combinaison D n'a donc rien à demander à l'Association générale.

Prenons une quatrième année avec 20 nouveaux adhérents.

Les recettes seront de 241 fr. × 79 = 19.039 francs pour les cotisations.

et.....	561 envir. p^r intér.
	19.600 fr.
Il faut ajouter l'avoir antérieur	28.900 fr.(29.500—600)
Total de l'avoir :	48.500 fr.

On peut admettre que, la mortalité ayant dépassé la moyenne pendant la troisième année, il n'y aura pas de décès dans cette quatrième année.

Les réserves seront alors pour la veuve :				11.757 fr.
Pour les survivants	19 de la	1re année	9.595	
	20	2^e	7.860	
	20	3^e	5.610	
	20	4^e	3.440	26.535 fr.
Total.............				38.292 fr.

La combinaison D fera face aux exigences et ne réclamera rien à l'Association générale.

Il est évident, par contre, que s'il survenait un décès au cours de cette quatrième année, la combinaison D ne pourrait constituer ses réserves mathématiques (il s'en faudrait de peu) et devrait demander à l'Association générale l'avance de la somme nécessaire au service de la pension, 600 francs maximum.

Arrivons à la cinquième année : il n'y a pas eu de décès pendant la quatrième, mais il y en a un au cours de cette cinquième.

Les recettes ser. de 241 fr.×99=23.859 fr. p^r les cotis.	
et......	1.641 fr. p^r intérêts
	25.500 fr.
Il faut ajout. l'avoir antérieur	47.900 fr.(48.500—600)
Total...	73.400 fr.

Les réserves seront pour la première veuve de............................	11.588 fr.	
Et pour la seconde, le mari étant adhérent de la troisième année, de..............	11.922 fr.	
	23.510 fr.	

Pour les survivants, les réserves seront :

19 adhérents de la	1re année	11.742 fr.	
20	2^e	10.100 fr.	
19	3^e	7.467 fr.	
20	4^e	5.640 fr.	
20	5^e	3.440 fr.	38.389 fr.
	Total		61.899 fr.

La combinaison D fera face aux exigences sans rien demander à l'Association générale.

Mais supposons qu'un décès se soit produit au cours de la quatrième année, cas auquel l'Association aurait dû faire l'avance de 600 francs. On peut admettre dès lors qu'il n'y aura pas eu de décès au cours de la cinquième année.

Les recettes auront été inférieures de 241 fr., soit 73.159 fr.

Les réserves seront pour la 1re veuve de.	11.588 fr.
pour la 2e de.........	11.757 fr.
	23.345 fr.
et pour les survivants les réserves restent les mêmes	38.389 fr.
Total............	61.734 fr.

Non seulement la combinaison D fera face à ses exigences, mais elle remboursera à l'Association générale les 600 francs que celle-ci lui aura avancés l'année précédente.

Et un décès fût-il survenu au cours de la cinquième année, il est vraisemblable que la combinaison D n'aurait rien à demander encore à l'Association générale.

Il est donc permis de dire que cent membres recrutés en cinq années et donnant 3 morts pendant cette période, ce qui représente pour les trois dernières années une mortalité respective de 1,66 %, 1,25 % et 1 %, auront permis à la Combinaison D de se suffire à elle même.

Sans doute, l'Association générale aura pu lui faire une avance de six cents francs, mais ces six cents francs lui auront été remboursés.

En mettant les choses au pire, elle n'aura pas été remboursée et restera créancière de 600 francs.

On objectera qu'il s'agit d'hypothèses, de moyennes que la pratique ne réalise jamais ; il n'en demeure pas moins que les risques de l'Association générale resteront limités à quelques centaines de francs. On est loin, on le voit, de six mille francs versés chaque année.

Et puis le temps de l'inventaire général de la Combinaison D sera arrivé et les actuaires verront si réellement elle peut marcher dans des conditions satisfaisantes.

Enfin la convention entre l'Association générale n'est conclue que pour dix ans et expirera dans sept ans : nous n'avons, je crois, ni les uns, ni les autres, aucune envie de la dénoncer — mais enfin la possibilité de la dénonciation subsisterait toujours.

Et c'est pourquoi nous pouvons conclure que la responsabilité de l'Association générale est, sinon absolument nulle, du moins à peu près insignifiante.

SOU MÉDICAL

Séance trimestrielle du Conseil d'Administration du 9 avril 1908.

Sont présents : MM. les Docteurs Maurat, Jeanne, Vimont, Gassot, de Grissac, H. Cézilly, Diverneresse, Levassort ; MM. Gatineau et Dumesny.

M. Gassot présente la liste des nouveaux adhérents, dont le Conseil prononce l'admission :

MM. les Docteurs :

1379 Testut, à Arcachon (Gironde).
1387 Audard, à Paris, 62, avenue des Ternes.
1388 Nollet, à Bougival, (Seine-et-Oise).
1389 Ramonet, à Heiltz-le-Maurupt (Marne).
1390 Saint-Maurice, à Liesse (Aisne).
1391 Giron, à Paris, 12, rue du Regard.
1392 Lebert, à Tréveray, (Meuse).
1393 Demarque, à Mauzé (Deux-Sèvres).
1394 Le Duigou, à Cherbourg (Manche).
1395 Saillant, à Montluçon (Allier).
1396 Bonnel, à La Sauvetat-de-Savères (Lot-et-Garonne).
1397 Biétrix, au Mont-Saint-Vincent (Saône-et-Loire).
1396 Vatin, au Val-d'Ajol (Vosges).
1399 Marette, à Châteauneuf-en-Thimerais (Eure-et-Loir).
1400 Woel, à St-Nicolas-du-Port (Meurthe-et-Moselle).
1 Catz, à Paris, 9, place des Ternes.
8 Richon, Louis, à Noisiel (Seine-et-Marne)
9 Dodinet, à Miassiac (Cantal).
10 Tronchon, à Treffort (Ain).
12 Larrodé, à Urt (Basses-Pyrénées).
13 Ducatte, à Saint-Mandé (Seine).
19 Lallemant, à Norges-le-Bas (Côte-d'Or).
22 Goudot, à Fresnes-St-Mamès (Haute-Saône).
23 Du Camp d'Orgas, à Bordeaux.
24 Richard, à Termignon, (Savoie).
25 Borreil, à Lyon, 349, Avenue de Saxe.
28 Vaudey, à Marseille, 15, rue Paradis.
31 Provenaz, à Wissous (Seine-et-Oise).
36 Pollet, à Sainghain-en-Mélantois (Nord).
40 Hervé, à Talence (Gironde).
41 Bouillet, à Saint-Eloy-les-Mines (Puy-de-Dôme).
45 Delporte, à Estaries (Nord).
49 Legros, à Rouen (Seine-Inférieure).
51 Rabere, à Pauillac (Gironde).
59 Pauly, aux Mureaux (Seine-et-Oise).
75 Godineau, à Angoulême (Charente).
81 Meurisse, à Cysoing (Nord).
84 Durozoy, à Villeneuve-St-Georges (Seine-et-Oise).
86 Goldenberg, à Bougival (Seine-et-Oise).
87 Millet, à Lyon, 157. rue Garibaldi.
5 Lambert, à Reims (Marne).
70 Durbec, à Marseille, 45, rue d'Aubagne.
89 Pourreyron, à Thiers (Puy-de-Dôme).
93 Deshusses, à Cruseilles (Haute-Savoie).
100 Recours, à Fumel (Lot-et-Garonne).
101 Gargam, à Saintes (Charente-Inférieure).
102 Mauny, à Saintes (Charente-Inférieure).
107 Jean, à Rouffiac (Charente-Infériure).
108 Leydier, à Montbrun-les-Bains (Drôme).
110 Aubert, à Lille (Nord).
111 Marion, à Arles (Bouches-du-Rhône).
115 Brunet, à Joigny (Yonne).
126 Merry, à Gien (Loiret).
127 Dezarnaulds, à Gien (Loiret).

M. Gassot se plaint qu'on lui envoie l'adhésion de confrères qui demandent le recouvrement postal de leur cotisation et qui refusent la quittance lorsqu'elle leur est présentée. Il rappelle que seuls seront inscrits les membres ayant versé leur cotisation et qu'il ne sera jamais fait de recouvrement postal pour la première cotisation.

Le Conseil ordonnance le versement à Me Mornard, avocat à la Cour de Cassation, à titre de provision, pour le pourvoi du Dr A., de B., décidé antérieurement, d'une somme de 800 francs.

Le Dr J. de G., demande l'appui du « Sou », contre le Syndic de la faillite d'un de ses clients, qui conteste l'admission privilégiée de sa note. Sur l'avis conforme de Me Gatineau, le Conseil accorde cet appui.

Le Dr Vimont, vice-président du « Sou », a écrit une brochure de propagande sur le service médical dans la Mutualité. Cette brochure sera tirée aux frais du « Sou », et répandue parmi les membres des S. S. M. La vente, s'il y a lieu, en sera faite au bénéfice du « Sou ».

Le Dr L., de R., a fait appeler en conciliation un client qui refusait de lui payer une note de 50 fr., qu'il lui réclamait pour supplément d'honoraires dans un accouchement. Le client a payé sans attendre la citation et l'huissier a prélevé 10 fr., à titre d'honoraires d'encaissement. Le « Sou »prendra cette somme à sa charge.

Un membre du « Sou » a adressé, cette année, sa cotisation au Trésorier après avoir négligé de le faire pendant deux ans à la suite d'une difficulté intervenue entre le« Sou » et lui, difficulté d'ailleurs, qui a été solutionnée au profit de ce confrère par voie d'arbitrage. Le Trésorier a refusé cette cotisation, le confrère en question ayant été rayé de la liste des membres.

Après délibération, le Conseil décide, conformément aux Statuts, que le demandeur sera réintégré en payant les cotisations des années écoulées et celle de l'année courante, mais, bien entendu, sans être couvert par le « Sou », pendant le temps où il avait cessé d'en faire partie. M. le président lui fera connaître cette décision.

Le Dr M., de H., dans une lettre adressée au Trésorier, proteste d'une façon générale contre les subventions données par le « Sou Médical » aux divers Congrès. Il estime que l'argent ainsi employé le serait plus utilement à la défense professionnelle, qui fait l'objet même du « Sou ».

Le Conseil, après discussion, est d'avis que, en subventionnant certains Congrès, tels que le Congrès des Praticiens, non seulement, il n'outrepasse pas les droits qui lui sont conférés par les statuts, mais encore il est utile aux intérêts généraux du corps médical que ces Congrès ont pour but de défendre.

Le Dr Diverneresse dépose sur le bureau deux petites brochures qu'il vient de publier et qui comportent des modèles d'assignation, de conclusions et des documents de jurisprudence susceptibles de guider les médecins dans le recouvrement des honoraires pour soins aux accidentés du travail.

Ces brochures seront tenues à la disposition des membres du « Sou » qui en feront la demande, moyennant un prix qui sera fixé de manière à couvrir leur prix de revient.

M. Vimont attire l'attention du Conseil sur l'intérêt qu'il y aurait, dans la discussion de la loi sur l'impôt sur le revenu, à faire appuyer auprès du Parlement le principe de la déduction, dans le calcul du revenu imposable, des charges constituées par les cotisations aux œuvres de prévoyance professionnelles, syndicats notamment.

Le Conseil prend communication et donne son approbation à un projet de protestation mis au point par Me Gatineau, que les médecins d'Aix

se proposent d'adresser au Procureur général contre les termes injurieux pour le corps médical de la ville de G., que le juge de paix de cette localité a cru devoir employer dans un jugement rendu dans une affaire d'accidents du travail.

Un confrère qui vient d'être l'objet d'une perquisition à la suite d'une plainte déposée contre lui par un patron, comme ayant délivré à des ouvriers, se prétendant victimes d'accidents du travail, des certificats de complaisance, est entendu par le Conseil.

Après avoir pris connaissance de la copie des certificats incriminés, le Conseil estime qu'ils ne sauraient constituer un fait délictueux, que l'un d'eux seulement peut-être critiqué comme conçu en termes insuffisamment pesés, et décide que le confrère sera soutenu très ouvertement par le « Sou », s'il est poursuivi. Le secrétaire général est dès maintenant chargé de procurer au confrère le ministère d'un avocat devant le Juge d'instruction.

M. Gassot, trésorier, demande à être couvert par une pièce susceptible de lui servir de justification auprès des commissaires contrôleurs spéciaux désignés par l'Assemblée générale du 17 novembre dernier, pour les dépenses faites au titre de fonds secrets.

A cet effet, il sera dressé un extrait du procès-verbal comportant l'indication de l'objet et du montant de ces dépenses, qui sera signé des membres du bureau et remis au trésorier comme pièce justificative.

Le Dr L., de Paris, qui a obtenu devant le Tribunal de la Seine le jugement publié dans le no 5 du *Concours*, qui admet, sur appel de justice de paix, le cumul du prix de la visite avec le prix des interventions, telles que massages, pansements, etc., dans les accidents du travail, a dû supporter, bien qu'ayant obtenu gain de cause sur ce point, une partie des frais, sa note ayant été réduite sur d'autres points. Il demande que le « Sou » supporte les frais ainsi mis à sa charge.

Le Conseil estime que le Dr L. a eu le tort d'engager l'affaire en dehors du « Sou » et sans lui demander son appui, ni même ses conseils, que peut-être, s'il avait eu recours au Sou, dont il est membre, il eût obtenu gain de cause sur toute la ligne et n'eût par conséquent, eu aucun frais de procès à supporter ; néanmoins, étant donné le résultat intéressant et le service ainsi rendu au corps médical, il accorde au Dr L., son aide pécuniaire à concurrence de 150 fr.

Le Dr P., de B., se voit refuser par une Compagnie d'assurances, au nom d'un patron, le paiement d'une note d'honoraires, accidents du travail, on lui conteste la légitimité de pansements faits au sinistré, dont on veut réduire le nombre, ainsi que la tarification conforme cependant au Tarif Dubief.

Sur sa demande, l'appui du « Sou », lui est accordé en justice de paix, à concurrence de 150 fr.

Me Gatineau a donné au Dr D., de St-C., des conseils pour le recouvrement d'honoraires qui lui sont dûs par une succession comportant un assez grand nombre d'héritiers, dont un mineur. Le confrère veut poursuivre, mais, il demande le concours pécuniaire du Sou.

Le Conseil bien qu'il s'agisse d'un recouvrement ne soulevant aucune question de principe, considérant que le nombre et la dissémination des débiteurs imposerait au confrère des débours supérieurs à ceux d'un simple recouvrement, qu'il y a cependant intérêt pour le corps médical à montrer aux débiteurs récalcitrants que de telles circonstances, qui les mettraient le plus souvent à l'abri des poursuites d'un médecin isolé, ne sont point, cependant, un obstacle infranchissable, surtout lorsqu'ils se trouvent en présence d'un groupement professionnel puissant comme le « Sou Médical », décide d'accorder au Dr D., son appui pécuniaire à concurrence de 50 fr.

Le Dr X., est assigné en 80.000 francs de dommages-intérêts sous prétexte qu'il aurait délivré un certificat mensonger.

Malgré l'exagération flagrante de la demande, et attendu que la délivrance du certificat incriminé est bien antérieure à l'adhésion du Dr X., au « Sou », le Conseil, en décidant que tous conseils utiles seront donnés à ce confrère, déclare que ce dernier n'est pas garanti par la caisse de responsabilité civile.

M. de Grissac expose que les bureaux des Sociétés de Secours Mutuels de Nanterre, qui admettaient autrefois le libre choix, ayant voulu rétablir le service médical assuré par le médecin nommé par la Société, les Médecins de cette ville ont consulté par voie de referendum, les membres de ces Mutualités. Sur 360 réponses environ, 320 mutualistes se sont prononcés pour le libre choix, et lors des Assemblées générales des Sociétés, les bureaux contraires à la liberté du choix du médecin ont été remplacés.

Le Conseil délibère très longuement sur la question capitale qui intéresse actuellement le corps médical : la révision du Tarif Dubief, et sur toutes celles qui s'y rattachent : campagne des assureurs, plaintes contre les soi-disant médecins marrons, etc. Etant donné la délicatesse de ces questions et comme, d'autre part, le *Concours, médical* tient ses lecteurs, c'est-à-dire notamment presque tous les membres du « Sou », au courant de tous les événements susceptibles de les intéresser dans cet ordre d'idées, désireux, au surplus, de ne point nuire par une publicité peut-être intempestive, à l'exécution de quelques-unes des désicions prises, le Conseil décide que la publication du compte rendu de sa séance ne comportera ni les délibérations tenues, ni les décisions prises sur cette question.

CHRONIQUE JUDICIAIRE DU SOU MEDICAL

Le racolage des blessés par les Compagnies d'assurances devant la Justice.

Un enlèvement en automobile.

La 3e Chambre du tribunal de la Seine, à ses audiences du 11 mars et du 8 avril, sous la présidence de M. Allaire, vice-président du tribunal, a retenti du récit des exploits d'une Cie et d'un médecin d'assurances spécialiste, qui lui était affilié, et, comme on le verra, ces exploits qui sortent de l'ordinaire, méritent de rester dans la mémoire des hommes. Il s'agit d'un acte de racolage de blessé, exécuté à 130 kilomètres de Paris au moyen d'une automobile, instrument d'enlèvement plus spécialement réservé aux amoureux dont les sentiments sont contrariés par des parents barbares.

Les faits remontent à novembre 1905 et l'instance par laquelle la justice a été appelée à se prononcer sur leur moralité a été introduite en juillet 1906. L'encombrement du rôle du tribunal de la Seine n'a pas permis à cette affaire de venir à l'audience avant ces jours derniers, mais le corps médical ne saurait se plaindre de ce retard, puisque les débats suggestifs dont nous allons rendre compte, se sont produits à l'heure même où les assureurs et leurs médecins attitrés, comme le sénateur docteur Petitjean, font dans les grands journaux cette bruyante campagne, au moyen de procédés de généralisation

perfides, contre l'art. 4 de la loi sur les accidents et le droit au libre choix du médecin par le blessé. Que sont les actes de racolage dont les Cies accusent les médecins libres, à côté de ce racolage permanent, dont elles veulent se réserver le monopole, et consistant à faire remettre par les patrons à leurs ouvriers des Bulletins, avec leur en-tête, portant l'injonction de se faire soigner par leur médecin délégué, accompagnés de menaces verbales et d'actes de pression échappant à toute preuve en justice, mais suffisamment intelligibles pour que l'ouvrier sache à quelles brimades il s'exposerait au cas où il userait de son droit.

MM. les Drs Bernadicou, de Songeons (Oise) et Pauchet, chirurgien de l'hôpital d'Amiens, furent appelés à donner des soins, en septembre 1905, à un charretier blessé par un coup de pied de cheval. Les lésions intestinales étaient telles qu'on dut pratiquer d'urgence une laparotomie et créer un anus artificiel. Le blessé fut sauvé par l'opération pratiquée de nuit par le Dr Pauchet, venu d'Amiens. Mais six semaines après, il fallut parachever la cure chirurgicale, en fermant l'anus artificiel, et le blessé réclamait avec instance cette opération libératrice pour laquelle il avait fait choix du chirurgien qui avait si bien réussi la première opération.

Or le patron était assuré à la Cie *La Prévoyance* qui s'était fait tirer l'oreille pour régler le prix de la première intervention, dont elle prétendit même faire supporter la moitié à son assuré. Elle fut avisée par le médecin traitant de la nécessité de l'opération terminale, du choix qu'avait fait l'ouvrier du chirurgien auquel il s'était déjà confié, et du prix, d'ailleurs fort modéré (300 fr.), que celui-ci demandait pour l'opération après transport du malade à Amiens. Avant même d'avoir reçu l'indication des conditions proposées par le chirurgien à son confrère, la Cie d'assurance répondit par le télégramme ci-après.

« *Refusons quant à nous absolument opération par chirurgien que désignez, et que connaissons pas comme délégué.* Pouvez envoyer immédiatement blessé siège compagnie ou clinique 177 rue de Courcelles, pour être confié à professeur agrégé à Faculté de Paris qui fera le nécessaire. »

Le patron, prévenu également par télégramme de la prétention de la Cie, répondit que le blessé était intransportable en chemin de fer. Un second télégramme lui fut expédié par la Cie, ainsi qu'au médecin traitant : « Docteurs envoyés pour faire nécessaire arriveront automobile vers dix heures ce soir chez blessé. »

En pleine nuit, arrive dans l'automobile annoncée, en compagnie de deux aides et d'un représentant de la Prévoyance, le Dr Remy, agrégé, bien connu par ses fameuses conférences aux médecins d'assurances où il préconise le système du traitement intensif dans des maisons de santé spéciales. Le blessé, désireux de voir fermer le plus tôt possible l'organe artificiel qui le gênait, et se trouvant en présence du refus de la Cie d'accepter le chirurgien choisi par lui, se laissa enlever et transporter à Paris à la clinique Remy. Il y resta trois mois, rapporta à ce chirurgien 1.049 fr. au lieu des 300 fr. plus 200 fr. pour frais de séjour dans la maison de santé qu'avait demandés le chirurgien d'Amiens.

Les médecins, mis en œuvre par le blessé et son patron, pensèrent que de semblables actes de racolage dépassaient toutes les bornes. Bien que le blessé, ouvrier agricole, ne fût pas assujetti à la loi de 1898 et que, par suite, les dispositions des art. 4 et 30 de cette loi ne pussent être invoqués, les faits ci-dessus constituaient à n'en pas douter des actes de concurrence déloyale et de détournement de clientèle accomplis par un médecin avec la complicité d'une Cie d'assurances. Nos confrères s'adressèrent au « Sou médical » qui leur prêta son entier appui pécuniaire pour saisir les tribunaux de leur revendication.

Me Gatineau, qui fut leur porte-parole, après avoir exposé et analysé les faits, soutint que si les lois de la concurrence sont assez élastiques pour permettre même l'emploi de moyens peu scrupuleux et si la violation des règles de la déontologie, entre médecins, ne suffit pas pour qu'une action en dommages-intérêts puisse être accueillie, il doit en être autrement lorsque comme, dans l'espèce, alors que le chirurgien et le médecin étaient déjà chargés par le malade de parachever une cure chirurgicale commencée, il a été fait emploi de la violence morale pour obtenir de ce dernier qu'il se laissât enlever et soustraire aux soins de ses médecins, antérieurement investis par lui du mandat d'achever sa guérison. Il démontra qu'il y avait eu non seulement préjudice, mais atteinte à un droit acquis, condition nécessaire pour l'admissibilité de l'action en concurrence déloyale. Le but poursuivi par les Cies d'assurances en soustrayant les blessés aux soins de médecins choisis par eux et les dangers matériels, pécuniaires et moraux que présentent pour les blessés le traitement intensif et les certificats de guérison prématurés ou incomplets, furent exposés au tribunal.

Le rôle que sont susceptibles de jouer certains médecins d'assurances fut mis en lumière par la lecture des passages ci-après de l'étude sur le *Diagnostic de la simulation*, dans les accidents du travail, publié précisément par le Dr Remy dans le *Recueil des accidents du travail* (1902-1903 p. 161).

« *Recherche de la sensibilité à la douleur*

« 2e expérience : (M. Remy indique comment il faut placer les deux réophores d'une machine électrique sur un point déclaré normal, et sur un autre prétendu insensible et déplacer puis soulever l'un d'eux).

« Le courant passera par la *place insensible.* Si le « blessé perçoit le courant il est convaincu de tromperie. *Quelquefois il se sauve* EN HURLANT DE RAGE « ET DE DOULEUR.

3e expérience. Piquez-le fortement à la place insensible et examinez sa figure et son pouls..... *Il arrive aussi que la sueur coule à ce moment de sa face ou de ses aisselles.*

Après cette description de torture, digne de figurer dans un traité rédigé par un Grand Inquisiteur du Moyen âge, voici d'autres procédés de recherches préconisés par M. Remy qui, ne l'oublions pas, est médecin et professeur agrégé de la Faculté de Paris.

« Cette surveillance occulte est du reste ce qui se pratique officiellement en Allemagne pour arriver à la solution des cas embarrassants. Il existe des maisons d'observation..... Les blessés suspects y restent cinq ou six semaines. Ils ont pour distraction des travaux manuels, des jeux. *Ils sont observés sans qu'ils s'en doutent par des ouvertures cachées. Ils sont confiés à des* SURVEILLANTS DÉGUISÉS EN CAMARADES CHARGÉS DE SONDER LEUR CONSCIENCE ET DE LES AMENER AUX AVEUX. Chaque jour a sa feuille de notes et il est rare qu'ils résistent à cette épreuve. POUR MA PART, J'APPROUVE FORT CES PROCÉDÉS D'OBSERVATION CACHÉE ».

On conçoit que M. le préfet de la Seine ait, le 10 novembre 1903, demandé à M. Remy sa démission de chirurgien de la maison départemen-

ASSOCIATION AMICALE DES MÉDECINS FRANÇAIS

pour la délivrance de l'indemnité maladie.

Le Docteur (noms et prénoms) ____________________

résidant à ____________________ *Département de* ____________________

né à ____________________ *Département de* __________ *le* __________

*prie M. le Docteur Mignon, secrétaire général de l'***Association Amicale**, *de vouloir bien lui adresser tous documents concernant cette Association sur laquelle il désire être éclairé.*

A ____________________ *le* ____________________ *190* .

SIGNATURE

Détacher et envoyer ce bulletin affranchi à M. le Dr Mignon, secrétaire général de l'**Association Amicale**, Villa des Pages, au Vésinet (Seine-et-Oise).

LE SOU MÉDICAL

LIGUE DE PROTECTION & DE DÉFENSE PROFESSIONNELLES

BULLETIN D'ADHÉSION

Je soussigné (nom, prénoms, qualités) ....

médecin à .... *arrond*t *de* .... *dép*t *de* ....

né le .... *à* ....

reçu devant la Faculté de .... *le* ....

membre de(1) ....

ou présenté par MM.(2) ....

déclare adhérer à la Ligue de protection et de défense professionnelles **LE SOU MÉDICAL** *et envoie au Trésorier la somme de*(3) ....

montant de ma cotisation pour l'année courante.

A ...., *le* ....

SIGNATURE :

(1) Syndicat médical ou Association médicale.
(2) Deux confrères, membres du Sou Médical.
(3) Du 1er Janvier au 1er Juillet : **Vingt francs.**
Du 1er Juillet au 1er Décembre : **Onze francs.**
Au delà du 1er Décembre, pour l'année suivante : **Vingt francs.**

ENVOYER CE BULLETIN AFFRANCHI, AVEC LE MANDAT INCLUS, AU TRÉSORIER DU **Sou Médical** : Dr GASSOT, A CHEVILLY (LOIRET)

tale de Nanterre, et lecture a été donnée à l'audience d'une lettre de M. Viollette, député, publiée en son temps dans la *Petite République*, à la suite d'un fait de détention arbitraire dans cet établissement public d'un blessé du travail que M. Remy y avait amené et conservé malgré lui pour le tenir en observation.

Me Thorp, plaidant pour M. Remy, chercha à démontrer que la jalousie professionnelle avait seule inspiré ce procès et il chercha à voiler les actes de son client sous l'exposé de ses titres scientifiques qui atteignirent à un tel éclat, d'après l'honorable avocat, que des voix se portèrent sur le nom de M. Rémy lors d'une élection à l'Académie de médecine. Me Bertrou, avocat de la Cie « la Prévoyance » invoqua le droit qui résultait, d'après lui, pour la Cie, des clauses de la police d'assurances consentie au patron et par lesquelles celle-ci ne s'engageait à payer les frais médicaux et pharmaceutiques que s'ils étaient donnés par les médecins et pharmaciens, ses *délégués*. Il soutint que le blessé n'étant pas assujetti à la loi de 1898, ces clauses étaient valables et que d'ailleurs lorsque la Cie envoya son chirurgien avec une automobile pour opérer ou ramener à Paris le blessé, le chirurgien choisi par ce dernier n'avait pas accepté de lui continuer ses soins, ayant mis comme condition d'être réglé d'abord de la première opération. L'avocat de la Cie, au sujet de l'art. 4, qui donne à l'ouvrier le droit de choisir son médecin, a prétendu que la campagne actuelle était menée *par les médecins* qui voulaient obtenir l'extension de cette « malheureuse disposition de la Loi ».

Nous ferons connaître à nos lecteurs la solution de ce procès qui a eu pour résultat, quant à présent, d'éclairer les magistrats et le public sur l'audace des procédés de racolage employés en faveur des médecins d'assurances au moment même où les assureurs se plaignent de ce que les cliniques libres pratiquent le racolage.

« Hypocrite, dit Saint-Mathieu l'Evangéliste, (VII 5) ôtez premièrement la poutre de votre œil et alors vous verrez comment vous pourrez tirer la paille de l'œil de votre frère ».

Les débats dont nous rendons compte ont eu tout au moins cette utilité de faire entendre, en dehors des grands journaux qui, sauf un, n'ont ouvert leurs colonnes qu'au son argentin de la cloche des assureurs, un autre son de cloche, celui des médecins libres, indemnes de toute solidarité avec ceux de leurs confrères qui, pour le compte des Cies d'assurances ou contre elles, ont pu oublier leurs devoirs professionnels.

P. S. — Nous apprenons au dernier moment et alors que l'impression de notre numéro contenant le compte rendu était achevé, que le tribunal a rendu son jugement le 15 avril, déboutant nos confrères de leur demande et allouant à la Compagnie La Prévoyance et à M. Rémy, le franc de dommages-intérêts qu'ils demandaient en leur refusant les insertions du jugement qui étaient aussi sollicitées. Le tribunal reconnaît l'exactitude des faits que nos confrères ont reproché aux défendeurs, mais il déclare qu'il n'y a pas eu concurrence déloyale, par détournement de clientèle, en se basant sur la lettre du Dr Pauchet écrivant au médecin traitant qu'il désirait être réglé de la première opération avant de revoir le malade, lettre transmise à la Compagnie d'assurances, qui la versa aux débats. Il résulterait donc du jugement que la concurrence déloyale aurait existé si le chirurgien choisi par le blessé avait accepté sans conditions d'opérer celui-ci. Les agissements trop connus des Compagnies obligent les médecins à exiger d'elles leur paiement, et à formuler ces réclamations dans des termes qu'ils n'emploieraient point à l'égard de leurs clients ordinaires. C'est donc, pour une question tout à fait accessoire et à raison de la correspondance engagée entre nos confrères et la Compagnie, correspondance que, d'ailleurs le « Sou médical » n'a connue qu'après l'introduction du procès, que la question de principe soumise au tribunal n'a pu être tranchée directement. Nous le regrettons et nous saisirons, s'il y a lieu, toutes les occasions favorables qui pourront se présenter pour faire fixer par les tribunaux les limites dans lesquelles peut se mouvoir la concurrence entre médecins et pour dénoncer au public, lorsque faire se pourra, les actes de *racolage* dont se rendent coupables chaque jour, les Compagnies d'assurances.

LA RÉFORME DES ÉTUDES MÉDICALES

Ministère de l'instruction publique et des Beaux-Arts.

(Extrait du *Journal officiel* du 13 avril 1908.)

COMMISSION DE RÉFORME DES ÉTUDES MÉDICALES

Un arrêté en date du 4 mars 1907 a institué au ministère de l'instruction publique une commission chargée de rechercher quelles modifications il y avait lieu d'apporter dans l'organisation des études médicales. Cet arrêté, qui portait en outre composition de la commission, a été publié au *Journal officiel* du 5 mars 1907.

La commission s'est réunie la première fois le vendredi 15 mars sous la présidence de M. Liard, vice-recteur de l'Académie de Paris, membre de l'Institut.

Dans cette première séance, elle a constitué une sous-commission avec mandat d'élaborer un projet et de lui en faire rapport.

Cette sous-commission a tenu quatorze séances et a désigné comme rapporteur M. le docteur Pierre Teissier, agrégé près de la faculté de médecine de l'université de Paris, médecin des hôpitaux.

La commission plénière s'est réunie à nouveau pour la discussion du rapport le 11 décembre 1907 ; cette seconde session s'est prolongée jusqu'au 19 décembre. Elle a repris ses travaux le 9 mars 1908 pour les terminer le 21 du même mois.

Durant ces deux sessions, elle a formulé les avis et les vœux suivants :

SESSION DE DÉCEMBRE 1907.

Présidence de M. LIARD.

Instruction prémédicale.

Le futur étudiant en médecine doit avoir une éducation intellectuelle, littéraire et philosophique à cause de la nature même des études qu'il va entreprendre et surtout à cause de la profession dont ces études lui donneront le monopole, profession qui nécessite avant tout un niveau moral extrêmement élevé.

L'examen prémédical des sciences doit être plus spécialement orienté vers l'étude ultérieure des applications médicales de ces sciences.

La commission émet le vœu que le comité consultatif se montre très sévère dans l'examen des demandes de dispenses.

Enseignement médical proprement dit.

Fixation des matières d'enseignement. — La commission maintient toutes les matières d'enseignement déterminées par le décret du 24 juillet 1899.

Elle est d'avis qu'il y a lieu d'y ajouter les cliniques spéciales suivantes avec stage obligatoire :

Les accouchements.

La dermatologie et les maladies vénériennes.

Les voies urinaires.

Les maladies nerveuses.

✦

Les maladies mentales.
La médecine infantile.
L'ophtalmologie.
L'oto-rhino-laryngologie.
La gynécologie ne figurera pas parmi les stages spéciaux obligatoires.

La commission ajoute aux enseignements la stomatologie.

Elle remplace « la médecine sociale,(médecine professionnelle et déontologie) proposée par la sous-commission » par un enseignement de législation et de déontotogie.

Durée de la scolarité. — La commission la fixe à cinq ans non compris le P. C. N.

Inscriptions. — Elle est d'avis que les étudiants en médecine ne puissent prendre d'inscriptions au cours de leur service militaire.

Il ne pourra être accordé d'inscriptions rétroactives ou cumulatives, dans les conditions fixées par le décret du 21 juillet 1897, que sur justification du stage et des travaux pratiques.

Propositions générales concernant l'enseignement médical.

La commission est d'avis qu'il convient de maintenir à la faculté la double fonction d'enseignement supérieur et d'enseignement professionnel et qu'il est nécessaire d'établir un programme de l'enseignement professionnel.

Il y a lieu d'organiser un enseignement complémentaire et de perfectionnement destiné plus particulièrement à l'étudiant qui veut compléter son instruction, au praticien qui désire se tenir au courant des acquisitions récentes de la science et de la pratique médicales. Cet enseignement sera facultatif ; on recommandera aux facultés de l'organiser ; les facultés seront invitées à faire l'appel le plus large à des concours extérieurs dont la compétence est reconnue.

L'enseignement professionnel est assuré à la faculté : 1° par les enseignements théoriques dont le maintien est nécessaire, mais dont il y a lieu de poursuivre la transformation complète ; 2° par l'enseignement technique assuré dans des laboratoires pourvus du personnel et du matériel nécessaires, conformément à l'organisation des travaux pratiques ; à l'hôpital, par l'enseignement clinique donné dans les laboratoires et les services hospitaliers conformément à l'organisation du stage hospitalier.

La commission émet le vœu que le Gouvernement recherche les voies et moyens d'assurer aux facultés et écoles de médecine les matériaux d'enseignement pratique et technique indispensables aux études médicales afin de provoquer, s'il y a lieu, des dispositions législatives appropriées et, dans tous les cas, une entente entre les ministères compétents.

Programmes d'enseignement.

La commission propose d'établir pour les diverses branches d'enseignement théorique se rapportant aux parties obligatoires de l'enseignement professionnel des programmes précis définis, qui permettent de passer en revue, dans le temps strictement nécessaire et dans la limite de la scolarité, toutes les matières d'enseignement, sans sacrifier les choses essentielles, sans donner trop de place aux choses accessoires.

Les programmes imposés au personnel enseignant sont préparés par le professeur titulaire, délibérés et arrêtés en assemblée de la faculté ou école conformément au décret du 18 décembre 1885.

Ils assureront à l'enseignement la cohésion nécessaire, guideront constamment le maître dans son enseignement, l'élève dans ses études, le juge dans ses interrogations.

Les programmes sont imprimés et publiés au début de l'année scolaire.

Le doyen est chargé d'assurer l'exécution des programmes ; il peut s'y faire aider par une commission composée d'un professeur titulaire désigné par les professeurs titulaires, d'un autre professeur titulaire désigné par les agrégés en exercice.

Composition des enseignements théoriques.

Il est fait dans chaque faculté ou école, au début de l'année scolaire, aux élèves de première année, un exposé succinct et précis de l'organisation générale des études médicales.

L'enseignement théorique comprend :

1° L'enseignement des sciences biologiques :
Anatomie,
Histologie,
Notions d'embryologie,
Physiologie,
Notions de physique et de chimie médicales.

Il convient de maintenir aux sciences physico-chimiques une orientation exclusivement médicale et conformément à l'organisation officielle de certaines facultés de province, officieuse de certains services de clinique de Paris, d'adapter étroitement l'enseignement de ces sciences à la clinique pour permettre à l'étudiant de poursuivre, parallèlement à l'étude des maladies, l'étude des applications des sciences biologiques au diagnostic et au traitement des maladies.

2° Les enseignements annexés à la chirurgie, à la médecine et à l'obstétricie :
Physique médicale.
Chimie médicale.
Anatomie pathologique.
Anatomie topographique.
Médecine opératoire.
Pathologie expérimentée.
Bactériologie.
Parasitologie.
Pharmacologie.
Hygiène.
Thérapeutique.
Médecine légale.

3° Les enseignements :
De la pathologie interne.
De la pathologie externe
De l'obstétricie.
De législation et déontologie.

Tous ces enseignements sont complétés, quand leur nature l'exige, par des démonstrations et travaux pratiques qui doivent être étroitement coordonnés avec eux et en être le complément effectif.

La commission émet l'avis que l'enseignement de l'anatomie pathologique avec les autopsies soit organisé dans les services hospitaliers, réserve étant faite que l'organisation de cet enseignement appartiendra à chaque faculté.

De l'enseignement de la pathologie expérimentale qui représente un enseignement de haute culture scientifique ne doivent être retenues pour l'enseignement professionnel que les notions générales élémentaires.

Il est nécessaire que le personnel chargé des enseignements professionnels soit suffisamment nombreux ; qu'il soit pourvu du matériel de dessins, d'instruments, de pièces conservées, de moulages permettant de compléter l'enseignement par de véritables démonstrations pratiques.

Travaux pratiques.

Les travaux pratiques se font à la faculté, ils sont obligatoires. Ils ont lieu sous la direction du personnel compétent durant les cinq années de scolarité, suivant les enseignements auxquels ils sont attachés. Afin que tous les étudiants puissent voir et réellement agir, la répartition est faite en groupes limités. Des interrogations donnant lieu à des notes inscrites

au livret scolaire permettront de s'assurer du travail de l'étudiant, de son assiduité.

Tout enseignement donnant lieu à des travaux pratiques aura sa sanction dans un examen placé à la fin des travaux pratiques. Cet examen comprendra une épreuve pratique et des interrogations.

En cas d'échec, l'étudiant sera tenu de faire une nouvelle série d'exercices avant de prendre l'inscription suivante. En cas de succès ultérieur, l'inscription lui est accordée rétroactivement. Pour les travaux pratiques ne dépassant pas trois mois, les facultés seront tenues d'organiser des séries d'épreuves complémentaires.

La commission scolaire pourra admettre à l'examen des élèves qui justifieront avoir suivi des travaux pratiques, hors de la faculté de médecine.

Enseignement clinique.

L'enseignement clinique comprend :

1° L'enseignement élémentaire et pratique de séméiologie et technique séméiotique pour les stagiaires de 1re année :

2° L'enseignement clinique avec tous les exercices pratiques qui s'y rapportent ;

3° L'enseignement élémentaire des cliniques spéciales.

Stage.

En raison des régimes différents qui dans les divers centres universitaires relient les hôpitaux et les facultés, chaque faculté ou école aura la liberté d'organiser dans ses détails le stage hospitalier.

Cette organisation devra toutefois satisfaire à un certain nombre de règles :

Le stage est obligatoire pendant toute la durée de la 1re année.

Il est également obligatoire pendant toute la durée des 2e, 3e et 4e années.

Pendant la 5e année, le stage sera de même obligatoire pour l'étudiant, avec la faculté, pour celui-ci, de le faire où il le voudra, en France ou à l'étranger, sous réserve de fournir la preuve du stage accompli.

Chaque année le stage a une durée de neuf mois.

En cas d'empêchement légitime au cours de l'année, une partie peut en être faite pendant la durée des vacances sur la demande et avec l'autorisation du doyen.

Le service de l'internat et de l'externat est tenu pour équivalent du stage de médecine et de chirurgie dans les conditions déterminées par chaque faculté.

Les plus grandes facilités seront accordées par les facultés aux internes pour l'accomplissement des stages spéciaux.

Les stagiaires de 1re année doivent être groupés dans des services qui leur seront exclusivement consacrés, en dehors des internes et des externes.

Chaque faculté est tenue d'assurer le service des stagiaires avec les moyens dont elle dispose dans son personnel et avec le concours des médecins, des chirurgiens et des accoucheurs des hôpitaux.

Pour chaque service de clinique, annexe ou autre, il y aura un nombre maximum de stagiaires.

Ce nombre ne doit pas être le même dans tous les services.

Chaque faculté détermine elle-même après accord s'il y a lieu, avec l'assistance publique, le nombre maximum de stagiaires qui doit être admis dans chaque service suivant sa nature.

Il n'y a pas lieu de fixer un minimum de stagiaires dans chaque service.

Les chargés de cours de cliniques annexes seront rétribués par l'Etat ou la faculté, proportionnellement au nombre des stagiaires admis dans leur service.

Un service hospitalier ne recevra des stagiaires que s'il est constaté qu'il présente les conditions et les ressources nécessaires pour que les stagiaires y reçoivent un enseignement suffisant.

Les demandes à l'effet de recevoir des stagiaires sont adressées au doyen. Elles sont examinées, après visite des services par une commission mixte nommée par chaque faculté après accord avec l'administration de l'assistance publique et présidée par le doyen ou son assesseur. Sur l'avis de cette commission les autorisations de recevoir des stagiaires sont accordées pour deux ans.

Lorsqu'un service a reçu des stagiaires et que le directeur de ce service n'a pas rempli ou n'a pas suffisamment rempli ses engagements vis-à-vis des stagiaires, l'autorisation d'en recevoir lui sera retirée. Cette autorisation pourra être retirée par le doyen, après avis de la commission mixte, le chef de service intéressé entendu par elle.

Des mesures seront prises par chaque faculté avec le concours de l'assistance publique, pour associer tous les stagiaires, à partir de la 3e année, aux consultations et aux gardes d'hôpital.

Au cours et à la fin de chaque stage, l'étudiant est interrogé par le maître dans le service duquel il est stagiaire. Il lui est délivré un certificat comprenant deux notes, l'une d'assiduité, l'autre d'interrogation. Ces notes sont inscrites au livret scolaire. La note d'assiduité peut entraîner la suspension de l'inscription suivante : il est tenu compte de la note d'interrogation dans le résultat des examens.

Répartition des enseignements.

L'anatomie sera enseignée dans les facultés et écoles de médecine pendant deux années, à raison d'un semestre d'hiver, chaque année.

La répartition de l'enseignement de la physiologie est réservée.

La commission émet le vœu que les démonstrations élémentaires de dessin appliqué à la médecine soient organisées par les facultés au cours des travaux pratiques d'anatomie.

La première année, le stage hospitalier a lieu toutes les matinées conformément à l'organisation du stage de 1re année, dans les services généraux de médecine et de chirurgie.

La deuxième année, le stage a lieu le matin dans les services généraux de médecine et de chirurgie.

3e année. — Enseignement de la pathologie interne et de la pathologie externe. Quelques leçons de tératologie sont annexées à la pathologie externe ;

Cours complet d'accouchements avec manœuvres obstétricales. Quelques leçons de tératologie sont annexées à ce cours ;

Enseignement de la bactériologie avec travaux pratiques complémentaires ;

Enseignement élémentaire, en quelques leçons, de pathologie expérimentale ;

Enseignement de la parasitologie avec travaux pratiques.

Suivant les convenances et les possibilités propres à chaque établissement, les stages spéciaux seront organisés dans la 3e et la 4e année.

4e année. — Enseignement de la pathologie interne et de la pathologie externe.

Enseignement de la pathologie générale ;

Enseignement de l'anatomie pathologique avec travaux pratiques ;

Notions élémentaires de matière médicale (médicaments simples et composés) ;

Eléments de pharmacologie (action physiologique des substances toxiques et médicamenteuses).

5e année. — Enseignement de la thérapeutique.

Enseignement de l'hygiène avec travaux pratiques ;

Enseignement de la médecine légale avec démonstrations et travaux pratiques ;

Notions de législation et de déontologie.

Examens.

Les examens à matières multiples sont supprimés. Deux sortes d'examens sont institués :

Les examens de travaux pratiques ;

Le examens de doctorat ou de fin d'année.

Chaque enseignement donnant lieu à des travaux pratiques a sa sanction dans un examen placé à la fin des travaux pratiques.

Cet examen comprend :

L'épreuve pratique,

Des interrogations.

Seront l'objet des examens de travaux pratiques les matières suivantes :

1° Celles qui comportent des travaux pratiques et sont également l'objet d'examens de fin d'année ;

2° L'histologie, la physique et la chimie médicales ; la parasitologie ; la bactériologie ; l'anatomie pathologique ; la matière médicale et la pharmacologie.

Chaque année d'études, indépendamment des épreuves ci-dessus, se terminera par un examen définitif de doctorat portant sur les matières enseignées dans l'année.

Seront l'objet des examens de fin d'année les matières suivantes : anatomie et histologie, physiologie avec la physique et la chimie médicales ; pathologie interne ; pathologie externe ; obstétricie ; pathologie générale ; thérapeutique ; hygiène ; médecine légale et les cliniques.

Ces examens ont lieu en deux sessions, l'une en juillet, l'autre en octobre. Cette dernière est réservée aux candidats refusés à la session de juillet. Aucun candidat ne pourra s'y présenter pour la première fois, sauf empêchement légitime.

Le candidat refusé à la session d'octobre sera tenu de renouveler son année et ajourné à la session de juillet qui suivra.

Le candidat ajourné en juillet et en octobre pourra obtenir le transfert de son dossier.

Il y a lieu de distinguer entre les examens de travaux pratiques portant sur les matières qui font en outre l'objet d'un examen de fin d'année et les examens de travaux pratiques portant sur une matière qui n'est pas l'objet d'un examen de fin d'année.

En conséquence, pour les matières qui ne font pas l'objet d'un examen de fin d'année, l'interrogation pourra porter sur l'ensemble du programme ; pour les matières qui feront l'objet d'un examen de fin d'année, l'interrogation sera limitée au programme des travaux pratiques .

SESSION DE MARS 1908.

Présidence de M. LIARD.

La commission propose d'organiser ainsi qu'il suit les enseignements et les examens de 1re et de 2e années.

Enseignements.

1re année.

Semestre d'hiver. — Notions d'embryologie parallèlement à l'enseignement de l'ostéologie. — Anatomie descriptive (y compris le système nerveux périphérique) splanchnologie exceptée.

Semestre d'été. — Histologie. Physiologie.

(L'enseignement et les travaux pratiques devront être faits d'après un programme déterminé.)

2e année.

Semestre d'hiver. — Anatomie topographique et splanchnologie, y compris le système nerveux central.

Semestre d'été. — Physiologie avec physique et chimie médicales.

(L'enseignement et les travaux pratiques devront être faits d'après un programme déterminé).

3e année.

La médecine opératoire est placée en 3e année et fera l'objet d'un examen de travaux pratiques.

Examens.

1re et 2e années.

A la fin de la 1re année. — Un examen de doctorat pour l'anatomie et l'histologie conformément au programme d'enseignement de la 1re année, avec un seul jury.

A la fin de la 2e année. — Deux examens indépendants l'un de l'autre et passés chacun devant un jury spécial ; ces examens pourront être subis dans l'ordre choisi par le candidat et porteront, l'un sur l'anatomie, l'autre sur la physiologie avec physique et chimie médicales.

L'étudiant ajourné à la session d'octobre à l'un de ces deux examens est tenu de renouveler son année d'études.

Examens de travaux pratiques.

Il y aura avant le début de l'année scolaire une nouvelle session d'examens de travaux pratiques pour les candidats ajournés à la session précédente, quel que soit l'endroit où, pendant les vacances, ils auront fait leurs travaux pratiques.

L'étudiant de nouveau ajourné à cette session supplémentaire sera tenu de recommencer son année d'études.

Les examens de travaux pratiques sont subis devant des commissions spéciales de trois membres.

Peuvent faire partie de ces commissions les professeurs titulaires, les agrégés, les chefs de travaux et assimilés pourvus soit du grade de docteur en médecine, soit du grade de docteur ès sciences, soit du titre de pharmacien de 1re classe.

Sauf le cas de force majeure, chaque commission d'examens de travaux pratiques comprendra le chef des travaux pratiques correspondants ou l'assimilé.

Examens de fin d'année. — Jurys.

Les examens de fin d'année sont passés devant un jury de trois membres.

Les questions posées aux examens de fin d'année sont prises dans les programmes des enseignements correspondants. — Ces questions sont tirées au sort.

Le candidat tire un bulletin de l'urne ; ce bulletin contient trois questions différentes ; le candidat est interrogé sur l'une de ces trois questions.

L'examen est public, il est subi devant le jury complet ; les interrogations simultanées sont interdites.

Chaque candidat est interrogé successivement par chacun des trois juges en présence des deux autres.

Notation.

La notation par boules est supprimée.

La note est attribuée, après délibération, par le jury.

La notation suivante est adoptée :

Extrêmement satisfait ;

Très satisfait ;

Bien satisfait ;

Satisfait ;

Mal ;

Nul.

Les notes *mal* et *nul* sont éliminatoires.

Dans les examens cliniques, la note *mal* entraîne l'ajournement à trois mois, la note *nul* l'ajournement à six mois.

Après deux échecs successifs, l'ajournement est fixé à six mois.

Examens de pathologie.

Les examens de pathologie interne et de pathologie externe sont placés à la fin de la 4e année, alors que l'enseignement aura été complet.

Correspondance hebdomadaire

(*Suite*).

que je juge inutile pour lever un appareil qu'il a consenti à me laisser poser en dehors du susdit confrère ?

R. — Vous ne pouvez logiquement être responsable du traitement d'un blessé qui se refuse à tout examen de votre part.

Pour prouver, le cas échéant, ce refus, vous pourriez le faire constater par deux témoins ne faisant pas partie de la famille de votre client.

Dr B., à C. à « Sou médical ». — J'ai, ces jours-ci, présenté au Directeur régional de la Compagnie « la Prévoyance » ma note d'honoraires concernant deux sinistres où j'avais été appelé à donner mes soins. Cette note qui, pour chaque accident, comportait trois vises à domicile, était ainsi libellée :

Note concernant M. A :

Constatation et établissement de certificats : 10 fr. 3 visites à domicile à 7 kilomètres : 21 fr.

Note concernant M. B.

Constatation et établissement de certificats ; 10 fr. 3 visites à domicile à 7 kilomètres ; 21 fr.

A cette demande la Compagnie répond : « Pour vos notes nous ne retenons que celle de M. A, et non celle de M. B. que le patron doit régler personnellement. Quant à la première, la seule qui nous intéresse, veuillez ne nous donner que les honoraires qui vous sont dus pour les soins médicaux, défalqués des frais de transport, ces derniers étant à la charge des assurés ou des blessés.

La Compagnie, sous le nom de laquelle le patron m'a sollicité, est-elle dans son droit en agissant de la sorte ?

Puisqu'elle accepte, pour une note du moins, de payer les soins médicaux, est-elle dans son droit de ne payer qu'une partie en se déchargeant sur le patron ou le blessé des frais de déplacement ?

Ayez donc l'amabilité de m'indiquer ce je que dois faire devant cette attitude ?

R. — Nous croyons que votre mécompte provient de ce que vous avez adressé vos notes d'honoraires à la Compagnie d'Assurances et non pas au patron, comme nous ne cessons de le recommander. Vous auriez évité ainsi, pour le moins, la réponse qui vous a été faite au sujet de l'une des deux notes. C'eût été affaire aux patrons de s'arranger avec l'assurance.

Quant aux frais de déplacement, ils sont aussi bien à la charge du patron que les soins médicaux proprement dits, s'ils ont été comp-

Suite page X.

Correspondance hebdomadaire
(*Suite*).

—

tés suivant le tarif applicable savoir : Tarif ouvrier si vous avez été choisi par le patron. — Tarif Dubief si vous avez été choisi par l'ouvrier.

Dr R., de B., à *Concours*. — En m'installant, comme beaucoup de jeunes confrères, je me suis laissé aller à signer avec une Compagnie d'assurances-accidents agricoles, un contrat, dont je reconnais maintenant toute la mauvaise foi. Puis-je résilier ce contrat, quand bon me semblera, étant donné qu'il ne porte pas de date ni de conditions de résiliation ?

Je lis toujours avec beaucoup d'intérêt la petite correspondance du *Concours*, mais, je ne peux m'empêcher parfois de trouver que vous n'êtes pas très pratiques. Ainsi, en cas de litige du médecin avec une Compagnie d'assurances, vous ne cessez de crier : « Laissez l'assurance, poursuivez le patron devant le juge de paix ». Eh bien, et si ce patron est de vos bons clients habituels, s'il est influent, s'il vous lâche et vous fait perdre le plus de clients qu'il pourra, vous allez, pour rattrapper 40 à 50 fr., peut-être moins, perdre une rente en clientèle de peut-être 2 à 300 francs. Ah ! les assurances savent bien ça, allez, et elles en abusent.

Réponse. — Il vous suffira d'avertir la Compagnie d'Assurances *par lettre recommandée*, que vous entendez ne plus continuer, à compter du..... (la date de votre choix), à assurer son service médical et de cesser effectivement ce service à partir de cette date.

Vous nous reprochez de ne pas être très pratiques dans nos conseils. Nous ne pouvons, cependant, tenir compte des multiples circonstances, presque toujours ignorées de nous d'ailleurs, qui peuvent en fait empêcher un médecin d'exiger la plénitude de son droit. Nous ne pouvons, tout au moins dans celles de nos lettres que nous publions à titre d'exemples, qu'indiquer les moyens légaux d'obtenir le paiement de ce qui est légitimement dû au médecin.

D'ailleurs, la difficulté que vous nous citez n'est pas, la plupart du temps, insurmontable. Une démarche personnelle auprès d'un patron suffira souvent pour lui faire comprendre que la citation en justice de paix n'est qu'en apparence dirigée contre lui et que son amour-propre et sa considération ne peuvent s'en trouver atteints.

Dr M., à F., à *Concours*.— 1° Dans les interventions de

Suite page XII.



Examens cliniques.

Les examens cliniques ont lieu à la fin de la cinquième année d'études, après validation de tous les stages obligatoires.

Ils comprennent :

1° Examen de clinique chirurgicale et de thérapeutique chirurgicale avec revision générale de la pathologie externe ;

2° Examen de clinique obstétricale et de thérapeutique obstétricale et revision générale de l'obstétricie ;

3° Examen de clinique médicale et de thérapeutique médicale avec revision générale de la pathologie interne.

Pour les examens cliniques, le jury est composé de trois juges.

Chaque série d'examens comprend au maximum :

Trois candidats pour la clinique chirurgicale ;

Quatre candidats pour la clinique médicale.

Six candidats pour la clinique obstétricale.

L'épreuve consiste dans l'examen d'un ou de deux malades.

Pour les examens de clinique médicale et de clinique chirurgicale, il est accordé à chacun des candidats quinze minutes au maximum pour l'examen de chaque malade.

Pour l'examen de clinique obstétricale, il est accordé à chaque candidat vingt minutes au maximum pour l'examen de chaque malade.

Pendant cet examen, le candidat est surveillé par le jury.

L'interrogation est faite d'abord par un des juges en présence de ses deux collègues qui interrogent à leur tour le candidat sur le ou les malades examinés ou sur les connaissances nécessaires à la pratique médicale. Le candidat ne devra pas connaître à l'avance le service où il aura à subir l'examen.

La thèse est maintenue.

L'article 20 du décret du 30 juillet 1883 relatif aux formalités de présentation et d'acceptation de la thèse est maintenu avec la modification suivante : « Pour chaque thèse de doctorat le doyen désigne un ou plusieurs professeurs ou agrégés de la faculté ».

Il est institué un livret scolaire.

Le livret tenu à jour est communiqué aux juges à tous les examens.

Une fois la scolarité terminée, le livret scolaire est remis à l'étudiant avec le diplôme.

Il y a lieu de rappeler par une instruction les dispositions de l'article 24 du décret du 21 juillet 1897 concernant le bulletin scolaire à adresser aux familles des étudiants.

Titres universitaires.

La commission admettant le principe des titres universitaires, tels qu'ils ont été définis par l'article 15 du décret du 21 juillet 1907, émet le vœu :

1° Que dans les facultés de médecine ces titres ne reçoivent pas le nom de diplômes ;

2° Qu'il soit rappelé par le ministre de l'instruction publique à ses collègues que ces titres ne confèrent aucun droit à ceux qui les possèdent.

La commission émet le vœu que les certificats universitaires d'hygiène ne soient délivrés qu'à des docteurs en médecine.

La commission émet le vœu que, dans l'examen des propositions tendant à la création de titres universitaires dans les facultés de médecine, la section permanente exige des conditions d'études suffisantes.

Agrégation.

La commission émet le vœu :

Que les facultés de médecine ouvrent plus largement leurs portes, soit aux professeurs libres qui pourront être nommés chargés de cours, soit aux docteurs à qui la notoriété légitime que leur auront acquis leur travaux scientifiques donnera des titres au professorat officiel.

L'agrégation des facultés de médecine est maintenue.

Est également maintenu le principe du concours avec deux séries indépendantes d'épreuves : épreuves d'admissibilité et épreuves d'admission (arrêté du 20 février 1907).

Les modifications suivantes sont proposées à l'arrêté du 20 février 1907 :

Les épreuves d'admissibilité comportent trois sections :

1° Sciences anatomiques, physiologiques, physiques et chimiques.

2° Sciences médicales.

3° Sciences chirurgicales et obstétricales.

Chaque concours d'admissibilité comporte les épreuves suivantes :

Une composition d'anatomie, d'histologie et de physiologie ;

2° Un exposé oral de trois quarts d'heure au maximum sur une question de pathologie générale.

3° Une épreuve de clinique.

4° Une épreuve pratique d'anatomie pathologique, y compris les divers procédés d'exploration des tissus et des humeurs morbides.

Dans les 1re et 3e sections, les sujets des épreuves sont différents suivant les spécialités pour lesquelles sont inscrits les candidats.

La commission émet le vœu que, pour le cas où la mesure pourrait être légalement réalisée, au concours, qui sera ouvert en 1908, pour l'admissibilité à l'agrégation des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie, suivant l'arrêté du 20 février 1907, par disposition transitoire, à l'épreuve écrite, il soit mis, dans chaque enveloppe, trois sujets différents d'anatomie, d'histologie et de physiologie, se rapportant plus particulièrement :

Le 1er aux sciences anatomo-physiologiques et physico-chimiques ;

Le 2e aux sciences médicales ;

Le 3e aux sciences chirurgicales et obstétricales.

Chaque candidat aura le droit de choisir entre les trois sujets contenus dans l'enveloppe tirée par lui.

Sages-femmes. — Maternité de Paris.

La commission émet le vœu que le diplôme de sage-femme de 2e classe soit supprimé.

Toute aspirante doit subir un examen d'entrée, si elle n'est pourvue du brevet de capacité élémentaire de l'enseignement primaire.

Les élèves candidates à la maternité de Paris, non pourvues du brevet, subissent un examen d'entrée conforme aux programmes arrêtés par l'autorité universitaire devant une commission spéciale siégeant à la maternité et nommée par le recteur.

Durée des études. — La durée des études en vue de l'obtention du diplôme de sage-femme est de deux années.

Programme d'études. — Les matières enseignées seront les mêmes pour toutes les sages-femmes de France.

1re année. — Etudes pratiques ; stage dans une maternité pendant dix mois au moins.

Etudes théoriques élémentaires. — Anatomie, physiologie, pathologie. Anatomie et physiologie de l'appareil génital de la femme.

Anatomie et physiologie du fœtus.

Leçons élémentaires sur la grossesse et l'accouchement.

2e année. — Etudes pratiques ; stage dans une maternité pendant dix mois au moins.

Etudes théoriques. — Tout ce qui concerne la fonction de reproduction, et spécialement grossesse, accouchement, suite de couches, allaitement, vaccination, saignée.

Physiologie et pathologie du nouveau-né.

Maladies vénériennes.

Examens. — Un premier examen est subi à la fin de la première année, soit dans une faculté, soit dans une école de médecine.

Un deuxième et dernier examen a lieu à la fin de la deuxième année. Cet examen peut être subi à la fin de la deuxième année soit dans une faculté, soit dans une école de médecine ; mais, dans ce dernier cas, le jury est présidé par un professeur ou un agrégé d'obstétricie des facultés de France délégué par le ministre.

Les élèves de la maternité de Paris subissent les examens de première et de deuxième année devant un jury de cinq juges dont deux membres de la faculté, y compris le président.

A la suite de ces examens, le ministre pourra, s'il y a lieu, après rapport du président, prononcer l'échange du certificat délivré par ce jury contre le diplôme de sage-femme.

La commission émet le vœu que : « A Paris, l'hôpital de l'Hôtel-Dieu soit entièrement affecté aux cliniques de la faculté, avec les installations et annexes qu'exige l'état présent de la science. »

Agrégation (*suite*).

Concours d'admission.

La section d'anatomie humaine et comparée est remplacée par la section d'anatomie et embryologie.

Une section nouvelle est proposée : la section de médecine infantile.

L'épreuve théorique consiste en une leçon orale d'une heure, après trois heures de préparation dans une salle fermée.

Aucun livre n'est mis à la disposition du candidat.

Les jurys d'admissibilité seront composés de neuf juges. Aucune faculté ne peut être représentée par plus de trois membres dans le jury.

Jurys d'admission. — La commission propose de nommer des jurys de sept juges titulaires pour la section de pathologie générale et de médecine interne et pour la section de chirurgie générale ; et des jurys de cinq juges pour toutes les autres sections.

Le professeur d'histoire de la médecine de la faculté de médecine de l'université de Paris peut être appelé à siéger dans tel ou tel jury suivant sa compétence.

Aux épreuves d'admissibilité et aux épreuves d'admission, une note en chiffre est attribuée, après délibération du jury, à chaque candidat pour chacune de ses épreuves. Cette note est publiée à la fin de chaque séance du concours.

Pourront être appelés, au même titre que les professeurs, les agrégés et les chargés de cours des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie, à faire partie des jurys, mais seulement pour une place, les membres de l'institut et de l'académie de médecine, les professeurs du collège de France, du muséum d'histoire naturelle, des facultés des sciences et les professeurs honoraires des facultés mixtes de médecine et de pharmacie.

Aucune faculté ne peut être représentée dans les jurys par plus de deux membres, quand ils sont composés de cinq juges ; par plus de trois membres quand ils sont composés de sept juges.

Les jurys (admissibilité et admission) seront désignés par voie de tirage au sort.

La commission, considérant que les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie réorganisées conformément aux décrets des 1er août 1883 et 31 juillet 1893 possèdent toutes une clinique obstétricale ;

Qu'elles sont autorisées, dès maintenant, à préparer les élèves à la première partie du 3e examen de doctorat, qui comprend la pathologie obstétricale, puisqu'elles font faire la 3e année d'études médicales ;

Exprime le vœu que « ces établissements soient autorisés, par suite d'une modification apportée à la loi du 30 novembre 1893, à faire subir à leurs élèves l'examen d'obstétricie, après la liste de la 12e inscription, dans les conditions où ils font déjà subir les examens d'anatomie, de physiologie et d'histologie. »

Fonctions des agrégés. — Pérennité.

Le personnel de la faculté, professeurs titulaires et agrégés, concourt à l'enseignement supérieur et à l'enseignement professionnel, conformément aux programmes.

L'agrégé devra recevoir :

1° Un traitement fixe réduit par rapport au traitement actuel et pour un minimum déterminé d'examens ;

2° Un traitement soit comme chargé de cours, soit comme chef de travaux, soit comme chef de laboratoire.

Le principe de la pérennité est admis.

Les concours auront lieu tous les trois ans pour les places vacantes ou les places nouvelles créées pour répondre aux besoins de l'enseignement.

Les agrégés actuellement en exercice et les agrégés libres seront maintenus ou rappelés à l'exercice jusqu'à l'âge prévu par la loi du 9 juin 1853 sur les pensions civiles, aux conditions du nouveau statut, sur leur demande et après avis de la faculté et du comité consultatif de l'enseignement public.

Ils devront s'engager à remplir toutes les fonctions qui incombent aux agrégés.

Il y a lieu, le traitement fixe alloué à l'agrégé pour sa participation aux examens étant le même pour tous, de rémunérer davantage les fonctions d'enseignement et de direction d'exercices pratiques remplies par certains agrégés dans les facultés de médecine.

Recevront seuls ces traitements supérieurs les fonctionnaires de la faculté ne payant pas patente de médecin.

Service militaire.

La commission émet le vœu suivant :

En vue des obligations qu'ils auront ultérieurement à remplir dans leur carrière vis-à-vis de l'armée, la commission émet le vœu que les étudiants en médecine soient traités au point de vue de leur service militaire comme les élèves des grandes écoles de l'Etat.

Conformément à l'article 23 de la loi du 21 mars 1905 sur le recrutement de l'armée, les étudiants en médecine, pourvus du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles seront autorisés à faire consécutivement ou en deux périodes séparées, leurs deux années de service militaire.

1re année. — Premier semestre, dans un corps de troupe ;

Second semestre, comme infirmier régimentaire.

2e année. — La seconde année sera accomplie comme officier (médecin aide-major de 2e classe de réserve), s'ils justifient du titre de docteur en médecine ou s'ils sont internes titulaires des hôpitaux nommés au concours dans les villes où existe une faculté ou une école de médecine de plein exercice et s'ils ont subi avec succès les épreuves d'un examen pour l'obtention de ce grade.

Cette 2e année s'accomplit :

Le premier semestre, dans un corps de troupe.

Le second semestre, dans un hôpital militaire régional d'instruction.

Les étudiants en médecine qui ne voudraient pas attendre d'avoir obtenu le titre de docteur en médecine ou celui d'interne des hôpitaux, pour accomplir leur seconde année de service seront autorisés à la faire immédiatement après la première, soit dans les conditions communes, soit dans une infirmerie régimentaire ou dans un service hospitalier suivant les

besoins des corps de troupes et du service de santé de l'armée.

Les dispositions de la loi du 21 mars 1905 relatives aux étudiants en médecine munis de douze inscriptions sont abrogées.

La commission, considérant qu'en raison du régime nouveau qu'elle propose d'instituer il est impossible à un étudiant, sauf dans des circonstances tout à fait exceptionnelles, d'être reçu docteur en médecine à vingt-cinq ans ; considérant qu'il est de l'intérêt de l'armée d'avoir des médecins aides-majors aussi bien formés que possible, émet le vœu que la limite à laquelle les étudiants en médecine devront justifier soit du grade de docteur soit du titre d'interne des hôpitaux, soit fixée à vingt-sept ans comme elle l'était sous le régime de la loi de 1889.

Si cette disposition paraît impossible aux pouvoirs publics, la commission demande qu'elle soit, conformément à l'esprit, et en même temps à la lettre de la loi de 1905, fixée à vingt-six ans.

Agrégation.

La commission émet le vœu « que la spécialisation dans les concours d'admission à l'agrégation ayant été appuyée par la commission, les matières sur lesquelles porteront les épreuves des candidats, au moins dans certaines sections dont les délimitations ne sont établies ni par la tradition ni par la nature même des matières pouvant former le domaine de ces sections, soient déterminées après avis d'une commission compétente ».

La commission émet le vœu que :

« 1° Deux ans avant chaque concours d'admission à l'agrégation, le ministre arrête, sur la proposition des facultés, et publie le nombre et la nature des places qui seront mises au concours suivant, dans chaque section ;

« 2° Que, pour le prochain concours (fin 1909), le ministre veuille bien faire cette publication le plus tôt possible ;

« 3° Que si, dans le courant des deux années comprises entre la publication du tableau des places mises au concours et la date d'ouverture de ce concours, il se produisait des vacances imprévues, le ministre puisse, après avis de la faculté intéressée, combler, par l'addition au tableau de places nouvelles, les vides créés par les vacances. »

Permutation de chaires

La commission émet le vœu « que les permutations de chaires ne soient autorisées :

« 1° Qu'entre les chaires de pathologie interne, de pathologie générale et de clinique médicale ;

« 2° Entre les chaires de pathologie externe, de médecine opératoire et de clinique chirurgicale ;

« 3° A Paris, entre les chaires de thérapeutique et de clinique thérapeutique ».

La commission émet le vœu « que le Gouvernement constitue et organise une commission spéciale, qui ne comprendrait pas seulement des professeurs de faculté, mais des médecins et chirurgiens des hôpitaux, des médecins praticiens et des représentants des administrations hospitalières. Cette commission se réunirait périodiquement pour examiner les questions relatives à la médecine en France, enseignement et exercice ».

Chirurgiens dentistes.

La commission émet le vœu qu' « un enseignement complet, théorique et pratique de l'art dentaire soit créé obligatoirement dans les facultés de médecine ».

La commission, comme corollaire de ses débats,

Convaincue que l'application des réformes des études médicales exige impérieusement :

1° Un enseignement clinique plus complet que celui qui est actuellement fourni à l'étudiant ;

2° L'augmentation du personnel enseignant réclamée depuis longtemps déjà ;

3° Un matériel d'enseignement qui réponde aux exigences de l'éducation professionnelle du futur praticien.

Estimant que les dépenses faites pour la science comme pour la formation des futurs médecins sont des dépenses productives ; que l'insuffisance budgétaire ne saurait être opposée comme obstacle à la réalisation des réformes,

Emet le vœu « qu'un appel pressant soit fait au Parlement pour obtenir les augmentations de crédit nécessaires ».

CHRONIQUE DE L'EXERCICE ILLÉGAL

Exercice illégal de la médecine par un rebouteur ; blessures par imprudence ; plainte de la victime. — Rapport médico-légal. — Condamnation.

Par le Dr Ch. FAGUET (de Périgueux)

I.— Si la grande fréquence de l'exercice illégal de la médecine par les rebouteurs n'est mise en doute par personne, il faut bien reconnaître qu'il est encore relativement rare — pour ne pas dire exceptionnel — de voir les victimes se plaindre des suites fâcheuses d'un traitement intempestif ou mal surveillé. Ces faits indiscutables, dont les causes sont nombreuses et variées, justifient tout l'intérêt qu'il y a, pour le Corps médical et pour les malades, à faire connaître les cas où nos ennemis communs ont pu être poursuivis et condamnés : c'est un des meilleurs moyens de diminuer le prestige vraiment extraordinaire de rebouteurs dangereux qui trop souvent font une concurrence malhonnête à des confrères honorables. « Le charlatanisme réussit parce que l'opinion publique n'est pas assez éclairée », a dit avec raison M. le Professeur Lacassagne (de Lyon).

Voici un cas récent ; il est important en raison du dommage causé, de la notoriété (?) du rebouteur, des poursuites engagées et enfin de la condamnation infligée par le Tribunal correctionnel de Périgueux.

II. — RAPPORT MÉDICO-LÉGAL. — Je, soussigné, Charles Faguet, médecin légiste agréé par la Cour de Bordeaux, sur la réquisition de M. Bruguière, substitut du Procureur de la République près le Tribunal de première instance de Périgueux, en date du 24 juillet 1907 ;

Serment préalablement prêté ;

Certifie m'être rendu à l'hôpital de Périgueux pour examiner la nommée Rose C..., épouse L..., âgée de quarante et un ans, demeurant à Larivière, commune de Thenon, afin de déterminer :

1° La nature et la gravité de l'accident dont elle a été victime ;

2° Son état actuel ;

3° Les suites et les conséquences probables de cet accident ;

4° Si elle a reçu tous les soins que nécessitait son état ;

5° Quelles aggravations ont pu résulter d'interventions thérapeutiques antérieures ;

Et avoir constaté ce qui suit :

Cette femme est entrée à l'hôpital de Périgueux le 10 juillet 1907 et a été placée dans la salle Sainte-Marie, lit n° 20, où je l'ai examinée dès son arrivée.

Il n'y a rien à signaler dans ses antécédents

personnels ; elle n'a jamais été malade ; ses urines ne renferment ni albumine ni sucre.

Des dires de cette femme, il résulte que, le 19 février 1907, vers deux heures et demie de l'après-midi, se trouvant sur le champ de foire de Thenon, elle reçut un coup de pied de bœuf sur la jambe droite et tomba sans pouvoir se relever. Elle fut transportée chez un voisin, M. D..., et reçut la visite de Labrugère, qui, après l'avoir examinée, déclara qu'elle avait la jambe cassée et qu'il l'arrangerait le surlendemain.

Le 21 février 1907, Labrugère se rendit chez Rose C... épouse L..., l'examina de nouveau et appliqua un appareil constitué par des planchettes et des bandes de toile. Cet appareil devait être laissé en place quarante jours et, au bout de ce laps de temps, la guérison devait être obtenue,

Le quarante-deuxième jour, l'appareil fut enlevé et on constata au niveau de la fracture l'existence d'une plaie qui fut pansée avec de la charpie imprégnée d'un mélange de jaunes d'œufs, d'huile de noix et de vin rouge. On s'aperçut aussi à ce moment que la fracture n'était pas consolidée et que le pied se déviait de nouveau s'il n'était pas maintenu.

Labrugère fut appelé de nouveau et se rendit pour la troisième fois auprès de la malade, exerça des pressions sur la jambe, « fit sortir le mauvais sang qui s'était porté dans la cassure » et replaça le membre dans un appareil analogue au premier : l'immobilisation prescrite fut de trois semaines.

Labrugère revint une quatrième, puis une cinquième fois, et, en présence de cette fracture qui ne se consolidait pas, déclara qu'il se trouvait avoir affaire à un cas extraordinaire et qu'il n'en avait pas encore observé de semblable dans sa pratique. Il affirma cependant que la malade serait guérie au bout de quinze jours et pourrait marcher.

Ce n'est qu'après la cinquième visite de Labrugère que M. le Dr Florentin (de Thenon) fut appelé, parce que Rose L... souffrait de l'estomac ; il revit plus tard la malade avec M. le Dr Delsoulier (de Montignac) et le transport à l'hôpital de Périgueux fut décidé.

Examinée à son entrée à la salle Sainte-Marie (10 juillet 1907), on constate une déformation de la jambe caractérisée par : 1° un renversement du pied en dehors tel que le bord externe en entier repose sur le plan horizontal du lit ; 2° une saillie angulaire à sommet en haut et en avant, *située à 19 centimètres au-dessous* de la tubérosité antérieure du tibia. On voit aussi, au niveau de cette saillie pathologique, deux plaies par lesquelles s'écoulent du sang et du pus ; en outre, la peau est amincie et violacée.

Si on promène le doigt sur la crête du tibia de haut en bas, on rencontre une saillie, puis une dépression, à 8 centimètres au-dessous de la tubérosité antérieure de cet os, qui correspond à une déviation de l'axe normal. Il n'y a pas de mouvements anormaux en ce point. Ce sont là les signes d'une fracture du tibia consolidée sans avoir été réduite ou maintenue réduite.

Continuant l'exploration, le doigt est arrêté par la saillie angulaire déjà indiquée environ à 19 centimètres au-dessous de la tubérosité antérieure du tibia. Il y a là une solution de continuité du tibia, des mouvements anormaux et passifs qui mettent en évidence une fracture non consolidée.

L'extrémité inférieure du tibia est saine.

Le péroné présente également des signes de fracture à 18 centimètres au-dessous de son extrémité supérieure.

L'impotence fonctionnelle de la jambe droite est complète.

Il n'existe pas sur le membre inférieur droit de troubles de la sensibilité ni de la circulation.

Ces divers symptômes cliniques sont les signes des fractures : deux fractures du tibia et une fracture du péroné. La fracture supérieure du tibia est consolidée dans une mauvaise position ; la fracture inférieure de cet os et celle du péroné sont sensiblement au même niveau ; elles ne sont pas consolidées ; il y a pseudarthrose. En outre, ces fractures sont compliquées, puisqu'il y a deux plaies qui font communiquer le foyer de la fracture avec l'air extérieur.

Il existe enfin une plaie par compression au niveau du talon.

Ces diverses fractures n'ont pas été réduites et l'immobilisation sans réduction dans un appareil a eu pour conséquences :

1° Pour l'une, la consolidation dans une mauvaise position ; pour les autres, la non-consolidation ;

2° Des troubles de compression qui ont amené des ulcérations secondaires de la peau et des parties molles, ce qui constitue une complication grave.

Il est donc permis d'affirmer que cette femme n'a pas reçu les soins nécessaires, car il est certain que si les fractures avaient été traitées comme elles auraient dû l'être, elles se seraient normalement consolidées et les complications actuelles ne se seraient pas produites. Rien dans l'état général de Rose L... ne peut expliquer le retard de la consolidation.

Le pronostic est très grave et il est difficile de se prononcer actuellement d'une façon précise ; une intervention chirurgicale est nécessaire pour réparer, dans la mesure du possible, les désordres qui existent. Si l'on ne peut obtenir la réduction et la consolidation dans une bonne position, on sera obligé d'avoir recours à une résection, et peut-être même à une amputation..

Cette femme, depuis son entrée à l'hôpital, dans mon service, a été examinée sur ma demande par plusieurs de mes confrères, et notamment par MM. les Drs Montané, Laroche, Gapaud, de Laurière, Duponchel, etc., qui ont constaté les lésions décrites ci-dessus.

Enfin la radiographie, jointe à ce rapport et faite par M. Dorsène sur mes indications, montre d'une façon évidente et indiscutable la réalité de la non-réduction des fractures.

Conclusions. — 1° Rose C..., épouse L , est atteinte de fractures de la jambe droite : l'une de ces fractures est consolidée vicieusement ; les deux autres ne sont pas consolidées et sont compliquées de plaies ;

2° Il n'est pas possible de dire actuellement quelles seront les suites de cet accident, mais on peut affirmer qu'il entraînera une incapacité permanente partielle ;

3° Cette femme n'a pas reçu les soins nécessaires à son état ;

4° Ceux qui lui ont été donnés ont été nuisibles et ont amené une aggravation notable ;

5° Ils ont compromis d'une façon peut-être définitive les fonctions de la jambe droite.

En foi de quoi, j'ai dressé le présent rapport médico-légal, dont j'atteste le contenu sincère et véritable

Dr Ch. FAGUET.

Périgueux, le 24 juillet 1907.

III — JUGEMENT DU 27 NOVEMBRE 1907 CONTRE HAUTEFORT (FRANÇOIS), DIT LABRUGÈRE, DE ROUFFIGNAC — Attendu que le prévenu, qui n'est pas médecin, a donné à plusieurs repri-

ses, des consultations médicales à Thenon, dans une chambre louée par lui ;

Attendu qu'il a appliqué un traitement, à Thenon, à la dame Rose C..., épouse L..., qui avait été atteinte de fractures de la jambe droite le 19 février 1907 ;

Attendu que le prévenu a ainsi commis des actes d'exercice illégal de la médecine ; qu'il le reconnaît ;

Attendu, en outre, qu'il a commis un délit grave de blessures par imprudence, en tentant de soigner la femme L.., que, le 19 février 1907, cette femme avait eu la jambe brisée par un coup de pied de bœuf ; que le prévenu s'est chargé d'arranger cette jambe ; qu'il était tout à fait incapable de remplir la tâche qu'il avait assumée ; que le prévenu a appliqué sur la jambe des planchettes et des bandes de toile ; que pendant le premier trimestre qui a suivi l'accident il est venu voir cinq fois la femme L..., lui faisant espérer la guérison ; qu'au bout de six mois, la fracture n'était pas réduite, deux plaies s'étaient formées, laissant couler du pus et du sang ; qu'une compression malencontreuse du talon, exercée par le prévenu, avait également produit des désordres graves : que, transportée à l'hôpital, la femme L... a évité à grand'peine l'amputation de la jambe qui, au premier moment, paraissait indispensable, s'est remise difficilement de ses plaies et reste, par la faute du prévenu, estropiée et atteinte d'une incapacité partielle et permanente de travail, après une longue période de souffrance ; que cependant, au début, la femme L..., avait été atteinte d'une fracture qui aurait été facilement réduite et n'aurait amené aucune complication si elle avait été bien soignée ;

Attendu qu'il faut tenir compte des circonstances atténuantes qui existent dans la cause; mais qu'il faut tenir compte aussi de ce que le prévenu est en récidive en ce qui concerne les délits d'exercice illégal de la médecine ; qu'il a subi pour des faits analogues cinq condamnations dont deux à l'emprisonnement, le 27 juin 1903 et le 23 avril 1904 ;

Par ces motifs,

Condamne Hautefort (François), dit Labrugère, à un mois de prison, aux dépens, et fixe au minimum la durée de la contrainte par corps.

LA SEMAINE MEDICALE

Tabès et crises gastriques.

M. le Dr Cauvy, de la Malou, a insisté au Congrès international de médecine de Rome, sur l'origine tabétique d'un grand nombre de crises gastriques et l'efficacité très nette du traitement de ces crises aux eaux de La Malou.

L'auteur décrit l'allure toute spéciale de ces crises, caractérisées par des douleurs lancinantes, pongitives, revêtant la forme de crampes et suivies de vomissements incoercibles et périodiques. Il insiste aussi sur l'attaque parfois brusque et sur le rapide changement qui s'opère à la fin, en attirant l'attention sur l'impuissance de toute thérapeutique interne, les tabétiques rejetant à ce moment-là, tout médicament et toute boisson.

En présence de pareilles crises, on ne devra pas oublier, s'il n'existe pas d'autre symptôme apparent, d'examiner les réflexes. Suivant l'abolition ou la conservation partielle ou complète des réflexes, le diagnostic sera confirmé ou paraîtra douteux. Dans ce dernier cas, il faudra s'inspirer surtout de l'allure clinique des crises.

La thérapeutique la plus efficace paraît être réalisée par l'emploi judicieux des Eaux thermales de La Malou.

Ces eaux peuvent, en effet, suivant la variété des cas, apporter une modification intense et méritent une mention toute spéciale, soit par la sédation qu'elles donnent, soit encore par la stimulation contre toute dépression organique.

Appareil pour certaines fractures de la rotule.

M. le Dr M. Marx, de Paris, a imaginé pour les fractures transversales de la rotule, lors même que les fragments supérieur et inférieur sont divisés en fragments multiples, pour peu que l'écartement des fragments supérieurs et inférieurs soit assez facilement réductible, M. Marx a imaginé, dis-je, un appareil facile à placer qui peut rendre de réels services.

« Nous disposons tout de suite le membre dans une gouttière plâtrée très épaisse remontant en haut au tiers supérieur de la cuisse; en bas, descendant à égale distance du creux poplité et de l'articulation tibio-tarsienne. Cette gouttière s'arrête sur les côtés à 2 centimètres des bords rotuliens.

Nous la laissons sécher complètement et les bandes qui servent à l'appliquer fortement sur le membre servent en même temps à faire compression sur une ouate, qui est placée sur la face antérieure du membre, de façon à faire résorber l'épanchement, qui se produit au siège de toute fracture et particulièrement dans les cas de fracture de la rotule.

Quand la gouttière est bien sèche, nous retirons les bandes et l'ouate et nous réduisons les fractures avec le bord externe des mains mises à plat sur le membre et rapprochant tout doucement par traction continue à plat les fragments l'un de l'autre.

Quand la réduction maxima est obtenue, nous plaçons tout autour du membre, au-dessus du fragment supérieur et au-dessous de l'inférieur deux rouleaux épais de gaze trempés dans un bain de plâtre délayé selon l'ancienne méthode.

Ces rouleaux ont été préparés d'avance et très serrés. Ils doivent avoir, étant mouillés et serrés, 3 centimètres environ d'épaisseur.

Quand ces rouleaux sont placés, ils doivent, étant encore tout à fait humides, entourer complètement le membre et la gouttière, et la distance entre eux doit être moins grande sous la gouttière qu'en avant.

Avec les mains, nous cherchons à rapprocher ces rouleaux l'un de l'autre en avant du membre tout en les comprimant bien, de façon à ce qu'aucun des fragments osseux ne puisse être sous ces rouleaux, et quand nous jugeons que le rapprochement maximum est obtenu, nous laissons sécher les rouleaux, tout en les maintenant avec les mains jusqu'à dessiccation suffisante pour qu'ils ne puissent s'écarter en avant.

Quand l'appareil est sec, nos fragments sont maintenus en contact en haut et en bas par nos rouleaux qui sont intimement soudés à la gouttière.

Il nous reste à les maintenir en contact dans le sens de l'épaisseur et latéralement. Notre gouttière étant épaisse, nous insinuons entre ses bords et les bords de la rotule reconstituée des rouleaux d'agaric de chêne et sur la face anté-

rieure de la rotule, nous plaçons des rondelles d'agaric.

Des bandes de toile maintiennent le tout en place. Si l'épanchement se résorbe difficilement nous les remplaçons par des bandes de caoutchouc feuille anglaise. Dans ce cas, la gouttière empêche la compression des artères et veines et évite le gonflement du pied.

Les jours suivants, nous pouvons augmenter le rapprochement des fragments en insinuant de nouveaux rouleaux d'agaric entre nos rouleaux plâtrés inamovibles qui leur servent de points d'appui et les bords supérieurs de la rotule.

Cet appareil offre plusieurs avantages.

Il est facile à placer. Il permet la compression progressive. Il permet de surveiller facilement la peau et de corriger chaque jour au moyen de nouveaux rouleaux et plaques d'agaric tous les déplacements des fragments.

Il évite les griffes de Malgaigne et le cerclage Il est très bien supporté par les malades.

Enfin, il permet de faire de la compression graduée tout en permettant le massage du triceps fémoral et les séances d'électricité sur ce muscle.

Comment doit-on appliquer la salicylate de méthyle.

D'après M. le Dr Lemoine, de Lille, le salicylate de méthyle est un corps excessivement volatil, et pour l'appliquer la méthode qui paraît la meilleure est la suivante ; on verse dans un récipient la quantité de salicylate nécessaire, soit une cuillerée à bouche qui contient 11 gr. de ce corps. Un morceau de gaze à pansement de 10 ou 15 cent. carré, légèrement froissée, est plongé dans le liquide qu'il absorbe en totalité. On frictionne alors doucement la région, puis le morceau de gaze déployé est étendu de suite sur la surface cutanée, on le recouvre d'une toile imperméable de 30 à 40 centimètres de côté, *de façon à dépasser largement avec celle-ci les limites de la gaze.* La toile imperméable doit être excessivement souple et solide. D'une façon générale, jamais le salicylate de méthyle ne doit être incorporé à un corps quelconque, on doit l'utiliser à l'état absolument pur. Le pansement doit être hermétiquement fermé. (*J. des Prat.*).

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Traitement de l'onycophagie.

M. Galippe lit un rapport sur un travail de M. Didsbury ayant pour titre : Traitement de l'onycophagie par les appareils de prothèse dentaire.

M. Didsbury propose d'adapter sur les grosses molaires inférieures des enfants onycophages un appareil amovible dont le rôle est d'empêcher les incisives supérieures de se rencontrer avec les inférieures. Grâce à ce dispositif, le tiqueur se trouve dans l'impossibilité matérielle de réaliser son geste automatique et inconscient.

Tout en reconnaissant les services que peut rendre cette méthode, M. Galippe pense qu'il sera toujours utile de la compléter en s'adressant à la cause même de l'habitude vicieuse, c'est-à-dire de pratiquer la rééducation de la volonté, ou, si ce moyen échoue, dans les cas les plus graves, de recourir, comme l'a conseillé M. Bérillon, à la suggestion hypnotique.

Traitement thyroïdien du rhumatisme chronique.

M. Lancereaux présente un rapport sur un mémoire de MM. Léopold Levi et H. de Rothschild, intitulé : Contribution au traitement thyroïdien du rhumatisme chronique. MM. Lévi et de Rothschild ajoutent aux faits observés antérieurement 39 observations nouvelles de malades atteints de rhumatisme déformant qu'ils ont soumis à la médication thyroïdienne. Celle-ci, que l'on doit toujours manier avec prudence, a consisté en ingestion de 1 à 3 cachets par jour de 0 gr. 10 de poudre desséchée de corps thyroïde de mouton. Les résultats ont été assez satisfaisants.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Le lait homogénéisé.

A propos d'un cas, relaté par M. Comby, de scorbut infantile dû à l'usage du lait homogénéisé, M. Variot rappelle qu'il a, le premier en France, établi les propriétés scorbutigènes de ce lait. Toutefois, ajoute-t-il, le lait homogénéisé offre des avantages incontestables dans l'allaitement artificiel, chez les débiles, les atrophiques, les nouveau-nés dont les fonctions digestives sont troublées, et il serait abusif d'abandonner son emploi sous prétexte d'accidents scorbutiques possibles. Il est facile, d'ailleurs, en ne prolongeant pas trop l'usage du lait homogénéisé, d'éviter les accidents en question, dont on a fait, à tort, un épouvantail.

Origine syphilitique de l'ictère splénomégalique chronique.

En 1898, M. Hayem a attiré l'attention sur un type morbide spécial (qu'il a nommé « ictère chronique splénomégalique », caractérisé essentiellement par les trois symptômes principaux suivants : 1° ictère chronique de durée pour ainsi dire indéfinie ; 2° anémie plus ou moins intense ; 3° hypertension notable, parfois considérable, de la rate.

Il y a quelques mois, à la suite des travaux de MM. Chauffard, Widal, et Vaquez, on a voulu englober cette affection dans un groupe pathologique nouveau : les ictères par hémolyse.

M. Hayem présente aujourd'hui des considérations nouvelles sur ce sujet. Il pense que l'ictère splénomégalique chronique, dont il a donné la description, est une des formes cliniques de l'hérédo-syphilis et il incline à rattacher l'hémolyse (pour lui simplement concomitante et non causale) à la même origine. M. Léon Bernard signale, à son tour, une observation favorable à l'interprétation de M. Hayem, qui entraînerait, comme conclusion, le traitement spécifique de cette forme d'ictère.

Diagnostic radioscopique du cancer de l'estomac.

M. Galliard lit, au nom de MM. Levenet et Barret, une étude sur le diagnostic radioscopique du cancer de l'estomac. Ces auteurs ont pu,

avec la radioscopie, faire le diagnostic de cancer gastrique dans des cas où tout signe clinique manquait, et éliminer, d'autres fois, ce diagnostic alors que la clinique le laissait affirmer.

Traitement des dermatoses pigmentaires (éphélides, chloasma, etc.) par les scarifications et l'eau oxygénée.

M. Balzer signale un travail de M. Masotti intitulé : « Traitement du chloasma, des éphélides, et de diverses autres pigmentations cutanées, par l'emploi combiné des scarifications et de l'eau oxygénée ».

L'auteur emploie le manuel opératoire suivant : tous les cinq jours, on pratique des scarifications (avec l'instrument de Vidal, par exemple) très fines et très rapprochées, sur la tache qu'il s'agit de faire disparaître. On lave ensuite à l'eau tiède ; puis, l'on badigeonne avec un tampon imbibé d'eau oxygénée. Le lendemain, il se produit un érythème, suivi, au bout de quelques jours, d'une légère desquamation. Trois ou quatre séances suffisent pour déterminer la disparition complète de la tache. On évitera, dans la mesure du possible, les récidives, en soignant parallèlement l'état général (anémie, tuberculose, troubles utérins, etc.).

Ce traitement n'offrirait pas les inconvénients inhérents aux autres méthodes (lait antéphélique, solution de sublimé à 1 p. 100 préconisée par Kaposi, acide salicylique, savon noir, « écorchement », préconisé par Unna, etc.), qui sont, ou irritantes ou difficiles à appliquer.

Un cas de grande dilatation de l'œsophage.

MM. Albert Mathieu et A. Laboulais relatent une observation de grande dilatation œsophagienne attribuée à un spasme chronique du cardia. Comme dans le cas rapporté dernièrement par MM. Thiroloix et Bensaude, on avait cru au début à une dilatation stomacale par sténose pylorique. Le diagnostic exact fut posé grâce à l'examen radioscopique et à la radiographie qui ont montré l'existence d'une poche œsophagienne de dimensions considérables : la capacité de la poche dépassait 600 centimètres cubes.

L'ectasie œsophagienne provoqua, chez ce malade, outre les troubles de l'alimentation, d'autres accidents graves. On vit survenir successivement des vertiges, une rétinite avec amblyopie, des crises syncopales avec ralentissement du pouls, et finalement une aortite : ces complications ont paru relever de résorptions toxiques d'origine œsophagienne et d'une propagation du processus inflammatoire de l'œsophage à l'aorte.

Le cathétérisme et la dilatation du cardia étant impossibles par les moyens ordinaires et l'œsophagoscopie offrant des inconvénients en égard à l'état cardiaque du malade, M. Mathieu conseilla la gastrostomie, qui fut pratiquée par M. Souligoux, et amena une amélioration notable de l'état du patient.

L'œsophagoscopie, procédé de diagnostic et de traitement des spasmes graves de l'œsophage.

L'observation précédente de M. Mathieu et celle rapportée il y a quelque temps par M. Thiroloix montrent les difficultés rencontrées parfois en clinique lorsqu'il s'agit d'établir un diagnostic de sténose spasmodique du cardia et de dilatation consécutive de l'œsophage. M. Guisez vient à nouveau d'insister sur l'utilité de l'œsophagoscopie, en pareil cas.

Si l'on explore l'œsophage avec le tube œsophagoscopique, dit M. Guisez, cet organe se présente de la manière suivante : on trouve, d'abord, une première partie, longue de plusieurs centimètres, qui est fermée, les parois étant accolées l'une à l'autre ; une seconde partie, comprenant toute la portion thoracique de l'œsophage, qui est béante et représente une cavité allongée ; puis, une troisième partie, courte — le cardia — qui est fermée.

Les deux parties fermées, sortes de sphincters œsophagiens, l'un supérieur (bouche de l'œsophage, de Killian), l'autre inférieur (cardia), sont les lieux d'élection des sténoses spasmodiques.

Le cardiospasme, assez rare d'ailleurs, peut être confondu avec toutes les autres sténoses du cardia. Lorsqu'il a entraîné une dilatation œsophagienne au-dessus de lui, le diagnostic devient plus délicat encore. L'œsophagoscopie apporte des données précises à ce diagnostic. Elle est également utile au traitement en permettant de guider les instruments dilatateurs qui, sans cela, sont exposés à se perdre dans les diverticules de la dilatation sus-jacente.

P. L.

THÉRAPEUTIQUE

Dangers des antiseptiques minéraux.

Le nombre des sujets fâcheusement influencés par l'action secondaire locale des antiseptiques est réellement considérable. Le sublimé, par exemple, même en solution faible (1 p. 4.000), désorganise les tissus dans plus de 30 % des cas. La toxicité du remède s'observe peu dans la pratique, mais sa causticité, est fréquente, et personnellement, nous l'avons observée un grand nombre de fois.

Il y a peu de temps encore, des compresses de sublimé à 0.25 centigrammes p. 1.000, placées par une malade sur un furoncle de la fesse, déterminèrent en 24 heures, de l'œdème, de l'acné, une tension douloureuse de la région. Sur notre avis, la solution d'anios à 2 % remplaça le sublimé, et les troubles cutanés disparurent rapidement.

Un homme de 32 ans, avait placé lui-même, des compresses de sublimé à 0.25 p. 1000, sur une éruption furonculeuse de la face, survenue au déclin d'une grippe, et bientôt apparurent des éruptions cutanées, une sensation de picotements douloureux, de brûlure avec un œdème qui s'étendit rapidement à la paupière inférieure d'un côté. Dans ce cas encore, des compresses d'anios à 1 %, substituées au précédent antiseptique, eurent raison de ces accidents et guérirent les furoncles en quelques jours, avec une suppuration insignifiante.

Méfions-nous donc du sublimé ! Il est plus dangereux qu'utile, il complique les plaies, il est un obstacle à la cicatrisation.

On a donc raison, aujourd'hui, de négliger de plus en plus les antiseptiques minéraux pour recourir à l'oxygène. On les abandonne d'autant mieux que l'utilisation chirurgicale et gynécologique de la *fermentation oxygénée* fournit sans inconvénients, des résultats germicides, désodorisants et kératoplastiques supérieurs à ceux que l'on attendait des agents minéraux.

Sur un grand nombre de plaies suppurantes, nous avons remarqué nous-même, que les lavages d'anios à 2 % et les compresses de cet antiseptique laissées à demeure, enlèvent toute odeur, diminuent et fluidifient la purulence sans qu'il en résulte la moindre action causti-

que. Quand la plaie est ainsi nettoyée, et que les phénomènes inflammatoires aigus ont diminué on obtient une cicatrisation rapide et complète en utilisant la seule poudre d'anios. Pas de rougeurs, pas de douleurs, pas d'œdème ; rien d'anormal à signaler.

En gynécologie médicale, nous avons constaté aussi que l'emploi de la solution à 1 et 2 %, en injections vaginales, désodorise les secrétions, change leur aspect, leur consistance et diminue leur abondance. Les malades s'en trouvent aussi bien que de la solution de permanganate à 0.50 p. 1000, et la préfèrent même parce qu'elle est incolore. Pour les lavages de la bouche, et du nez, dans les angines, les stomatites, le coryza, la solution d'anios a 1 % est, à notre avis, fort pratique. Elle détruit en peu de temps les germes infectieux et leurs sécrétions malodorantes.

Il faut remarquer, en effet, que cet antiseptique (trioxychlorométhyle de vanadium) est un *ferment* producteur sans arrêt d'oxygène, et que partout où on le porte, il abandonne aux tissus et aux germes de l'oxygène naissant sans interruption. Ainsi se trouvent multipliées les propriétés germicides, désodorisantes et kératoplastiques de l'oxygène, et c'est pourquoi nous obtenons des résultats supérieurs à ceux fournis par l'eau oxygénée elle-même.

Depuis que nous avons observé souvent les effets secondaires du sublimé et de l'acide phénique, nous avons adopté dans notre pratique l'anios à 1 et 2 %. Nous parvenons ainsi à tarir la purulence des plaies et surtout à les cicatriser correctement sans avoir à redouter d'action irritante. Nous voudrions bien savoir si quelque praticien, utilisant cet antiseptique, en a jamais constaté.

Il y a cette différence entre la fermentation oxygénée et les antiseptiques minéraux que ceux-ci ne peuvent agir sans causticité, tandis que celle-là stimule la vitalité des tissus, les rend plus résistants à l'infection, tout en produisant localement une atmosphère oxygénée impropre à la vie des germes.

Il existe ainsi en médecine quelques bons agents thérapeutiques. Ils sont si rares qu'il est bon de les signaler.

Dr J. DONNAREL.

REPORTAGE MÉDICAL

Hôpital de la Pitié. — Le Dr Louis Rénon commencera, le lundi 4 mai 1908, à 10 heures du matin, dans l'amphithéâtre des cours de l'hôpital, une série de six conférences sur l'Opothérapie pratique, dans l'ordre suivant :

Lundi 4 mai. — Les principes généraux de l'opothérapie.

Lundi 11 mai. — L'opothérapie digestive (gastrique, intestinale, pancréatique, hépatique, biliaire).

Lundi 18 mai. — L'opothérapie génito-urinaire (testiculaire, ovarienne, rénale).

Lundi 25 mai. — L'opothérapie vasculaire sanguine (thyroïdienne, parathyroïdienne, surrénale, hypophysaire, thymique).

Lundi 2 juin. — Les opothérapies diverses (mammaire, placentaire, pulmonaire, cérébrale, médullaire, musculaire, sanguine, splénique).

Lundi 15 juin. — L'opothérapie associée.

Ces conférences seront suivies, le lundi 22 juin, d'une conférence professionnelle sur : *Le médecin dans la pratique médicale.*

— Le Dr Babinski reprendra ses conférences cliniques sur les maladies du système nerveux le samedi 2 mai 1908 à 10 h. 1/4 et les continuera les samedis suivants à la même heure.

Repos hebdomadaire relatif du médecin. — Le syndicat des médecins de l'arrondissement de Meaux a fait tenir à la presse régionale la communication suivante :

Le syndicat des médecins de l'arrondissement de Meaux,

S'inspirant des principes de la loi sur le repos hebdomadaire,

Et se conformant aux décisions du congrès des médecins praticiens de France qui dans ses séances, à Paris, des 12, 13 et 14 avril 1907 — considérant que, comme tous les travailleurs, le médecin praticien a le droit de se reposer le dimanche et que seul un cas *urgent* de maladie ou de blessure lui crée un devoir social et humanitaire d'interrompre ce repos légitime — a assimilé les visites faites le dimanche à des *visites d'urgence* et a décidé qu'elles seraient payées double,

A l'honneur d'informer le public qu'à partir du 1er janvier 1908, le prix de toute visite *demandée* à ses membres pour être effectuée le dimanche, sera le double de celui de la visite ordinaire.

Le Syndicat rappelle aux malades que les visites du soir, demandées après 7 heures, sont comptées le double du tarif habituel, la visite de nuit, à partir de 10 heures étant de 10 francs (minimum).

Le Syndicat rappelle en outre aux malades que dans leur intérêt ils doivent toujours faire demander le médecin pour la matinée avant 8 heures et pour l'après-midi avant 2 heures.

Anciens médecins et pharmaciens de la marine. — Le 53e dîner aura lieu le mardi 5 mai 1908, à 7 h. 1/2 du soir, au Cercle militaire, 49, avenue de l'Opéra, à Paris.

Cotisation : 12 francs. Tenue de ville.

En cas d'adhésion, l'avant-veille au plus tard, prière d'adresser la réponse au Dr DEDET, 25, rue Marignan, Paris (8e).

Faculté et Hôpitaux.

Hôpital Saint-Antoine. — *Enseignement pratique des maladies de l'oreille, du pharynx et du larynx.* — Sous la direction du Dr M. LERMOYEZ, médecin des hôpitaux, chef du service oto-rhino-laryngologique de l'hôpital St-Antoine, les Drs PAUL-LAURENS et HAUTANT, assistants, commenceront, le mardi 28 avril 1908, un cours pratique de technique et de thérapeutique oto-rhino-laryngologiques. — Ce cours aura lieu tous les jours à 8 h. 1/2 du matin. Il sera complet en 30 leçons. — Les élèves seront individuellement exercés au maniement des instruments. Le nombre des places étant limité, prière de s'inscrire d'avance, dans le service, auprès du Dr PAUL-LAURENS.

NÉCROLOGIE

Nous apprenons la mort de M. le Professeur CORNIL. Ce fut un des amis du *Concours médical* et nous n'oublions pas l'appui qu'il nous a prêté au Parlement en diverses circonstances. C'est certainement à son intervention que nous devons le vote par le Sénat de la légalité des syndicats médicaux. Si, depuis un certain temps, M. Cornil s'était tenu un peu à l'écart du mouvement professionnel, ce n'est pas une raison pour que nous puissions oublier les services rendus jadis et ne pas lui envoyer un dernier témoignage de gratitude.

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trentième année N° 17 Dimanche 26 AVRIL 1908

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

IIe CONGRÈS DES PRATICIENS

(*Lille* 1908).

COMITÉ RÉGIONAL D'ORGANISATION

Secrétaire Général: Dr Aubert, 5, rue Thiers, Lille.
Trésorier: Dr Deroy, 222, rue Gambetta, Lille.

Lille, le 20 avril 1908.

Les membres du Comité d'organisation du Congrès de Lille ont l'honneur d'informer leurs Confrères que :

1° Le nombre des adhésions au 2e Congrès des Praticiens de France et aux Excursions qui en suivront la clôture, dépasse à l'heure actuelle toutes leurs espérances, assurant ainsi au Congrès un succès éclatant.

2° Les adhésions au voyage à Londres et à Bruxelles doivent être adressées d'urgence au Comité, pour lui permettre de prendre les mesures nécessaires.

3° Ces adhésions n'ont qu'une valeur indicative et ne deviennent définitives que lors du versement de la somme de 130 fr. qui doit avoir lieu avant le 15 mai au plus tard.

4° En cas d'empêchement imprévu, dénoncé avant le 25 juin, une somme de 100 fr. sera remboursée aux souscripteurs, 30 fr. restant acquis aux frais généraux d'agence.

5° Le titre de congressiste est acquis par tout médecin ayant versé une cotisation individuelle de 5 francs.

6° Chacun des membres de la famille des Médecins désirant prendre part au voyage Bruxelles-Londres versera également une cotisation individuelle de 5 fr., afin de pouvoir, à titre de *Congressiste*, bénéficier des réductions obtenues par le Comité d'organisation du Congrès.

7° Les Congressistes jouiront d'une réduction de 50 %, accordée par les différents réseaux, pour se rendre de leur lieu de résidence à Lille et retour.

8° Des bons de réductions et tickets de voyage seront adressés en temps utile à tous les Congressistes.

9° Les Syndicats (qui ne l'ont pas encore fait) sont priés de nommer au plus tôt leurs délégués et d'envoyer leurs noms et adresses au Secrétariat de Lille, pour que toutes indications nécessaires leur soient fournies en temps utile.

VÆ SOLIS !!!

Tout Médecin a le devoir :

— De s'affilier au *Syndicat Médical de sa région* groupement de défense professionnelle.

— De poursuivre le rattachement de celui-ci, à l'*Union des Syndicats Médicaux de France* (Dr Noir, secrétaire général, 28, rue Serpente, Paris), soit directement, soit par l'intermédiaire des Fédérations régionales.

— De faire partie de l'*Association générale des Médecins de France* (5, rue de Surène, à Paris).

— Pour cela, il suffit de se faire admettre dans la

société locale de son département. Les médecins qui résident dans les départements suivants : Basses-Alpes, Hautes-Alpes, Ariège, Cantal, Corrèze, Indre-et-Loire, Lozère et Rhône, peuvent demander leur admission dans la société d'un département voisin ou dans la *Société centrale*, à Paris.

Tout Médecin a intérêt :

— A faire partie du «*Concours Médical*», 23, rue de Dunkerque, à Paris, et du «*Sou Médical*» (renseignements: Dr DE GRISSAC à Argenteuil), puissants groupements de défense inter-confraternelle.

— A adhérer aux *Œuvres de Prévoyance* (indemnité-maladie, retraite, etc.), patronnées par ces groupements et par l'Association Générale des Médecins de France. Renseignements au *Concours Médical*, 23, rue de Dunkerque, à Paris.

Nous nous ferons un plaisir et un devoir de mettre ceux de nos Confrères qui le désireraient en rapport avec ces diverses œuvres de solidarité médicale.

N. D. L. R.

LA SEMAINE MEDICALE

Valeur diagnostique de la leucocytose en cas de suppuration pelvienne.

MM. Paul PETIT et J. ARACTINGI ont publié dans *La Gynécologie* un très intéressant travail sur la valeur diagnostique et pronostique de la leucocytose dans les cas de suppuration pelvienne.

« En chirurgie abdominale et particulièrement en ce qui concerne l'appendicite et les infections génitales, la leucocytose a une valeur diagnostique certainement supérieure à celle de la température et l'on peut dire que si le pouls permet de pronostiquer de façon incomparable le danger actuel, c'est surtout à la leucocytose qu'il faut s'en remettre pour prévoir le danger encore latent.

« La courbe leucocytaire devrait donc toujours, surtout en chirurgie abdominale, accompagner les courbes de la température et du pouls ; et pourtant, il s'en faut que cette précaution soit encore passée dans les usages courants. Sans doute, faut-il se l'expliquer par l'insuffisante vulgarisation de nos connaissances actuelles sur la leucocytose, mais aussi par les difficultés, les longueurs de la technique ordinairement suivie. Nous croyons donc être utiles en contribuant à cette vulgarisation et en insistant sur un procédé de recherche qui permet d'établir très rapidement la formule de l'équilibre leucocytaire.

« Mais rappelons d'abord, pour les non initiés, quelques données élémentaires.

« A l'état normal, le sang de l'homme adulte contient environ 7.000 globules blancs par millimètre cube. Sur 100 leucocytes on trouve environ : 60 à 70 polynucléaires neutrophiles, 28 à 38 mononucléaires, 20 à 30 lymphocytes, 1 à 4 polynucléaires éosinophiles, 0,25 à 0.40 basophiles.

« On dit qu'il y a hyperleucocytose quand le nombre total des leucocytes s'élève notablement au-dessus de la normale, au-dessus de 9 à 10 mille ; hypoleucocytose, quand il s'abaisse notablement au-dessous de la normale. D'autre part, d'après Leredde et Bezançon, « on peut estimer qu'il existe un état pathologique toutes les fois qu'il y a eu circulation, chez l'adulte, plus de 70 % ou moins de 60 % de polynucléaires neutrophiles, plus de 40 ou moins de 30 % de mononucléaires, pas d'éosinophiles ou plus de 3 à 4 % d'éosinophiles. »

« Mais ces chiffres ne sont exacts que si l'on tient compte de toutes les causes de variations physiologiques de la leucocytose : âge, menstruation, grossesse, accouchement, digestion, agents physiques (chaleur, froid, révulsion cutanée, etc.), narcose, dont l'action se prolonge un ou deux jours, traumatisme opératoire, dont l'action se prolonge deux ou trois jours.

« L'hyperleucocytose avec polynucléose neutrophile est commune à toutes les inflammations dues aux saprophytes aérobies. L'hyperleucocytose, varie en général de 10.000 à 25.000, mais peut atteindre 70.000 et plus. La polynucléose peut atteindre 90 % ou davantage. »

Les auteurs indiquent avec détail la technique qu'ils emploient pour la numération globulaire. Ils rejettent absolument la méthode qui consiste à énumérer les globules blancs en même temps que les globules rouges, les causes d'erreur qui lui sont inhérents, malgré une coloration différente des leucocytes, étant colossales. Tous les résultats obtenus avec cette méthode devraient être revisés. Ils se servent de l'hématimètre de Thomas. Cet instrument se compose d'une épaisse lame de verre, au milieu de laquelle est la chambre à compter qui porte un quadrillé tracé au diamant, et de deux pipettes, l'une réservée aux hématies, l'autre aux leucocytes.

Voici comment l'on doit opérer :

Préparer le liquide suivant, qui servira à la dilution du sang, et qui, tout en conservant intacts les leucocytes, détruira complètement les hématies : de telle sorte que les leucocytes se détacheront isolés, légèrement colorés en bleu, et très aisément énumérables.

Acide acétique......	2 cent. cubes.
Eau................	100 cent. cubes.
Bleu de méthylène..	0 gr. 50 ctg.

Après avoir lavé la face dorsale de la phalangette d'un doigt avec de l'eau savonneuse, bien sécher la région avec une compresse stérilisée puis sans nulle compression, la ponctionner d'un coup sec avec une lancette. La première goutte de sang qui sourd est essuyée. La deuxième est aspirée lentement dans la pipette qui, autant que possible, ne doit pas toucher la peau du doigt mais seulement la goutte sanguine. On continue à aspirer jusqu'au trait 1 du tube capillaire ; à ce moment on s'arrête, et l'on essuie avec la compresse le sang adhérent à la pointe de la pipette aussitôt plongée dans le liquide acétique qu'on fait monter par aspiration avec le sang jusqu'au trait 11 marqué au-dessus de l'ampoule de l'instrument. La dilution est ainsi au *dixième*. Secouer soigneusement l'ampoule pour bien brasser la goutte de sang et le liquide acétique. Puis porter horizontalement l'appareil du lit du malade au laboratoire. On peut, si l'on veut, remettre l'examen au lendemain et même au surlendemain.

Ne pas oublier, avant de le pratiquer, de bien secouer à nouveau le mélange. Puis souffler doucement par le tube en caoutchouc de la pipette pour se débarrasser des quatre premières gouttes retenues dans le tube capillaire et qui ne sont formées que de liquide acétique non mélangé avec le sang remonté dans l'ampoule avec le reste du liquide aspiré. Déposer la cinquième goutte sur la chambre à compter de l'appareil et recouvrir immédiatement du couvre-objet. On laisse reposer quelques instants et on place le tout sur la platine du microscope. L'objectif

5 et l'oculaire 2 (Nachet) sont parfaits pour cet examen.

Voici maintenant le calcul à faire :

La chambre à compter où l'on a déposé la goutte de sang diluée est divisée en petits carrés ayant chacun une surface de 1/400 de millimètre carré. Et comme l'espace entre ce carré et la face inférieure du couvre-objet est de 1/10me de millimètre, il se trouve que chaque carré correspond à 1/4000me de millimètre cube. De plus le sang étant dilué au dixième, il suffit de compter les leucocytes contenues dans un carré, de multiplier par 10 la dilution et par 4000 pour passer au millimètre cube.

En pratique on compte dans les 256 carrés et on prend la moyenne. Ex : Supposons que l'on ait trouvé 100 leucocytes dans les 256 carrés, on aura :

$$\frac{100 \times 10 \times 4000}{256} = 15.625$$

Causes d'erreur. — Il est évident que la plus petite cause d'erreur au cours des manœuvres préliminaires et de la numération peut devenir fabuleuse en fin de compte.

Bien veiller à ce que le bout de la pipette ne soit pas ébréché, ce qui fausserait l'opération.

Eviter de poser un lien à la racine du doigt pour augmenter la masse sanguine à son extrémité, car la stase provoque l'hyperleucocytose.

Si donc le sang ne coule pas suffisamment de la piqûre, faire exécuter au malade quelques mouvements des doigts ; mais jamais de lien constricteur.

Quand la deuxième goutte de sang est sortie, il faut sans perdre un instant l'aspirer dans la pipette pour éviter son évaporation, partant sa concentration, et aussi pour éviter le dépôt des leucocytes sur la peau du doigt.

Si la colonne sanguine se trouve interrompue dans le tube capillaire par des bulles d'air, chasser en soufflant ce chapelet de sang, laver la pipette et recommencer l'aspiration.

Bien choisir la lamelle couvre-objet ; il faut qu'elle ait des surfaces absolument planes pour fermer exactement la petite chambre à compter et la rendre égale en tout point.

Pour compter dans un carré, commencer par compter les globules qui sont à cheval sur les limites de ce carré et ajouter la moitié du chiffre trouvé au nombre des globules contenus dans le carré lui-même.

Surtout ne jamais être de parti pris et ne pas arriver sur le microscope, hypnotisé par l'idée d'hyperleucocytose et de suppuration et disposé à compter deux fois le même leucocyte ou à voir des leucocytes là où il n'y en a pas.

Inutile d'insister sur les soins jaloux de propreté que l'on doit à ses pipettes, à la chambre à compter et au couvre-objet.

L'ophtalmo-réaction à la tuberculine.

D'une nouvelle série d'études et d'observations qu'il vient de recueillir, M. le Dr AUSSET, de Lille, conclut que l'ophtalmo-réaction est un procédé parfait pour le diagnostic des tuberculoses en évolution. « Chaque fois qu'un individu présentera une réaction positive, on peut affirmer, négligeant les quelques exceptions qui peuvent se présenter, car en médecine il n'existe pas de lois infaillibles, on peut affirmer, dis-je, que cet individu est tuberculeux.

« La clinique doit toujours rester maîtresse du débat. Ce sera à la sagacité du médecin de déterminer si les accidents qu'il observe sont bien de nature tuberculeuse où s'ils évoluent, étant d'autre nature, sur un terrain par ailleurs tuberculisé.

« On peut dire qu'en pratique l'ophtalmo-réaction est absolument inoffensive. Les quelques accidents relatés, absolument exceptionnels, si on les compare aux milliers de cas publiés, auraient pu être évités par des soins de propreté et d'antisepsie, et, dans tous les cas, ne semblent s'être produits que chez des malades porteurs de lésions cornéennes en évolution ou trop récemment éteintes. On devra toujours éviter de pratiquer l'instillation dans des yeux présentant de telles lésions.

« Si l'ophtalmo-réaction ne nous semble pas devoir être imposée systématiquement dans les écoles et dans l'armée, il nous paraît, au contraire, tout à fait admissible que des mutualités ou des sociétés diverses ayant à protéger leur caisse contre l'entrée d'individus tarés physiquement, fassent pratiquer systématiquement l'ophtalmo-réaction à leurs proposants, ou plutôt en conseillent l'emploi à leurs médecins dans certains cas déterminés à trancher. »

Le sérum marin contre l'entérite muco-membraneuse et contre la constipation.

Le sérum marin, dont l'action sur la tuberculose paraît plus que douteuse, est très certainement efficace contre l'entérite et contre la constipation.

Que l'on ait affaire à des formes diarrhéiques à des entérites muco-membraneuses, à des constipations invétérées ou à des constipations avec débâcles, les résultats sont également favorables.

Cette intensité d'action de l'eau de mer sur l'intestin prend d'ailleurs une importance capitale, si l'on considère l'extrême fréquence des maladies de cet organe et leur retentissement profond sur toute l'économie.

Dans l'entérite muco-membraneuse, même dans les formes graves que des années de régime n'ont pas améliorées, les glaires et les fausses membranes disparaissent rapidement, dans la plupart des cas; les selles se régularisent et les douleurs cèdent en même temps. Peu à peu, le malade peut abandonner tout régime et revenir à une alimentation normale.

Dans la constipation, le sérum marin est assez puissant pour triompher des cas même les plus invétérés.

Le traitement devra commencer dans tous les cas par quatre injections de 50 centimètres cubes à des intervalles de trois jours; si, comme il arrive fréquemment, un résultat satisfaisant est obtenu dès ces premières injections, il n'y aura pas intérêt à augmenter la dose, et l'on continuera les injections de 50 centimètres cubes. Si, au contraire, celles-ci sont restées sans effet, on montera, pour les dix injections suivantes, à 100 centimètres cubes.

Dans quelques cas enfin (5 pour 100 environ) ces dernières doses se montrent encore insuffisantes. Si les six premières injections de 100 centimètres cubes sont pratiquées sans résultats, il sera nécessaire de passer à 200 centimètres cubes. Dans ces conditions, on ne devra donc pas considérer comme un insuccès un cas rebelle aux doses de 100 centimètres cubes et dans lequel quatre injections, au moins, de 200 centimètres cubes n'auront pas été essayées.

Le traitement comprend une série d'au moins quatorze piqûres. Dans les cas assez fréquents où l'apparence de la guérison est obtenue dès la première injection, on pourrait être tenté de

cesser immédiatement le traitement; en agissant ainsi, on s'exposerait à assister à une rechute certaine, et à perdre tout le bénéfice déjà obtenu. Il est nécessaire, au contraire, pour avoir un résultat durable, de continuer jusqu'à la quatorzième injection. Si la guérison n'est obtenue qu'après la huitième ou dixième piqûre, il sera même bon de continuer le traitement jusqu'à la vingtième.

Enfin, il est important de ne pas augmenter les doses sans raison. Lorsqu'une dose se sera montrée efficace (celle de 50 ou celle de 100 centimètres cubes par exemple), le malade devra s'y tenir, et ne pas passer à une injection plus forte, qui serait susceptible d'avoir une action inhibitoire sur l'intestin.

Le traitement marin doit être, en principe, isolé. Il convient, en particulier, de renoncer à l'usage de tout laxatif ou de toute irrigation intestinale. On n'y aura recours que tous les trois jours environ, pour débarrasser l'intestin, et dans les cas seulement où les effets du traitement se font attendre. (*Journal de Biologie* de Carrion.)

On cessera de même peu à peu tout régime alimentaire, même si celui-ci a été suivi très sévèrement et depuis très longtemps.

La motricité stomacale dans les conditions normales et pathologiques.

M. le Dr ANTOINE SATRE, de Lyon, a consacré sa très remarquable thèse à l'étude de la motricité stomacale dans les conditions normales et pathologiques et à l'examen du rôle de certains agents physiques et chimiques.

D'après cet auteur, le rôle prépondérant que joue le pylore dans l'éclosion des maladies de l'estomac s'explique très bien depuis les travaux récents qui tendent à localiser le pouvoir moteur de l'estomac exclusivement dans la partie voisine du pylore, *l'antre pylorique.* Il existe probablement une sorte de sphincter spécial qui sépare l'antre pylorique du corps de l'estomac : pour cette raison, la dilatation de l'estomac à droite de la ligne médiane indique une altération plus considérable de la motilité que l'abaissement de la grande courbure à gauche de l'ombilic. Il semble que le pylore ne s'ouvre que devant les substances suffisamment liquéfiées : il paraît donc y avoir une relation intime entre les fonctions de brassage et d'évacuation de l'estomac. Le triage mécanique des aliments paraît constituer non pas la loi unique, mais une des lois fondamentales du fonctionnement pylorique: elle explique nettement les premières phases de la digestion. L'élimination du contenu stomacal est réglée de telle sorte que la surcharge intestinale en amène l'interruption momentanée.

Les contractions péristaltiques ne provoquent pas le mélange des repas successifs : les aliments quittent l'estomac dans l'ordre de leur introduction.

Les excitations psychiques ont une influence remarquable sur le jeu du pylore, partant sur la vitesse de l'évacuation gastrique et la durée du travail stomacal ; les contractions de l'estomac subissent, d'ailleurs, constamment l'influence du système nerveux, qui augmente ou diminue l'énergie de ses mouvements.

Les affections motrices de l'estomac amènent généralement des troubles de la nutrition, qui sont perceptibles par l'examen analytique des urines.

Toutes les variétés de troubles gastriques peuvent avoir une influence sur l'évacuation intestinale ; mais les fonctions motrices de l'estomac ont, sous ce rapport, une action bien plus considérable, et leurs altérations sont celles qui sont le plus souvent suivies de troubles de la défécation.

Le régime alimentaire varie dans de larges limites pour chaque cas particulier. Pour le déterminer, il faut connaître l'état fonctionnel de l'estomac malade et sa tolérance, de même qu'il faut tenir compte de l'état général et de l'état de la nutrition.

Il importe aussi de se rappeler que les éléments de composition chimique différente, introduits dans l'estomac en quantité égale et sous la même forme, passent dans le duodénum dans des conditions dissemblables : une quantité égale d'aliments albuminoïdes, hydrocarbonés et gras, se présentant sous une forme identique et ingérés séparément, ne s'évacuent pas de la même manière.

Le massage de l'estomac paraît augmenter l'activité des médicaments qu'on vient d'ingérer, ce qui laisse supposer une action favorable du massage sur la motilité de l'estomac et sur la résorption intestinale.

Les substances susceptibles de produire sur l'estomac une action *excito-motrice* sont extrêmement nombreuses.

1° *a*) Les *alcalins*, administrés à haute dose, exagèrent le péristaltisme gastrique ;

b) L'*acide chlorhydrique* favorise la production des peptones et semble agir indirectement sur la motilité par ce mécanisme ;

c) L'*extrait de viande*, le *condurango*, la *strychnine*, l'*orexine*, abrègent la durée du transit stomacal ;

d) De petites quantités d'*alcool* activent l'élimination gastrique, alors que des quantités élevées l'entravent ;

e) Le *persulfate de soude*, l'*ipéca*, l'*acide carbonique* sont aussi des excitants énergiques de la motricité.

2° *a*) La *belladone* et l'*atropine* calment le péristaltisme exagéré de l'estomac, mais seulement au début : elles exaltent plus tard la motricité ;

b) L'*extrait de jusquiame* modère nettement les contractions ;

c) L'*extrait de chanvre indien* émousse l'activité motrice ;

d) Les *opiacés*, à petites doses, excitent d'abord inhibent ensuite les mouvements ; si l'opium a des effets plus marqués que la morphine dans toutes les affections de l'intestin, il n'est pas certain qu'il en soit de même pour l'estomac ;

e) L'*eau chloroformée*, l'*eau bromoformée*, retardent l'élimination ;

f) Le *chloral*, les *préparations de coca* dépriment nettement la motilité ;

g) L'*éther*, le *pyramidon*, le *menthol*, peuvent rendre des services dans certaines gastropathies motrices douloureuses.

L'action des médicaments nervins a paru, en général, très irrégulière : aucun n'est absolument radical ; souvent, il faut tâtonner pour arriver à trouver la substance utile au malade ; encore s'use-t-elle assez vite et doit-on en changer fréquemment.

L'Ibogaïne médicament « coup de collier »

Quique l'Ibogaïne soit un corps de composition chimique bien définie [$C^{26} H^{33} Az^{3} O$] et toujours identique à lui-même, il ne faut pas oublier que ce n'est pas un corps de synthèse sorti du creuset des chimistes et assimilable aux phosphates, glycérophosphates, formiates, cacodylates.

C'est un alcaloïde, substance extrêmement ac-

tive tirée d'un organisme vivant, l'Iboga, plante du Congo (famille des Apocynacées, genre Tubernanthe, et comme tous les alcaloïdes elle jouit de propriétés énergiques sous un très petit volume.

Ces propriétés ne sont pas d'ordre toxique comme celles de l'aconitine ou de la strychnine, elles se rapprochent plutôt de celles de la caféine, ce qui fait que l'Ibogaïne est un agent tonique puissant pour le cœur et le système nerveux auxquels elle permet des efforts considérables L'Iboga est le médicament du « coup de collier » dans toutes les manifestations de l'énergie vitale : musculaire, cérébrale ou génitale.

De plus. elle ne cause pas d'accidents et s'absorbe facilement lorsqu'on la prend sous forme de dragées Nyrdahl (chlorhydrate d'Ibogaïne 0,005 milligrammes) à la dose de 2 à 6 de ces dragées par jour.

M. Landrin, qui les a préparées et expérimentées, a reconnu que c'était là la dose la plus communément nécessaire dans tous les états dépressifs et asthéniques; cependant elle pourrait être modifiée sur les indications du médecin traitant.

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La puériculture avant la procréation et pendant la gestation.

M. le professeur Pinard vient de présenter à l'Académie de médecine sa statistique obstétricale de la Clinique Baudelocque, accompagnée d'intéressantes considérations, qui constituent une véritable profession de foi.

Après avoir montré les heureux résultats obtenus au point de vue des mères, grâce aux moyens thérapeutiques actuels (surveillance de la grossesse, correction des présentations vicieuses, antisepsie) — résultats qui, pour le bilan 1907 de la Clinique Baudelocque se sont traduits par un seul décès sur plus de 3000 femmes accouchées—M. Pinard fait une revue semblable à l'égard des enfants.

Certaines maladies infantiles (sclérème, érysipèle de l'ombilic) ont totalement disparu, aujourd'hui, de nos maternités. L'ophtalmie purulente se fait, de même, chaque année, plus rare. Remarquons, à ce propos, que M. Pinard, après avoir pendant plusieurs années employé l'instillation préventive d'acide citrique, préfère et conseille actuellement la méthode de Crédé, l'instillation d'une goutte de solution de nitrate d'argent à 2 pour 100, dans les deux yeux du tout nouveau-né, aussitôt après la naissance, et même avant la section du cordon.

Toutefois, la médaille comporte un revers. Pour ce qui concerne la morti-natalité, aucun progrès ne s'est dessiné. Les mort-nés et les malformés sont aussi nombreux, de nos jours, qu'ils l'étaient à l'époque de Mme Lachapelle. Et cependant, ajoute M. Pinard, cette calamité n'est pas sans remède. Non que l'accoucheur puisse jamais avoir la puissance de ressusciter un macéré ou de rendre normal un enfant hydrocéphale, mais, en tant que *puériculteur*, il peut intervenir et donner des conseils avant la procréation et pendant la gestation, en s'inspirant des travaux faits sur l'hérédité pathologique et de l'étiologie déjà connue des malformations et de la morti-natalité.

« Chose étrange, de tous les instincts de l'être humain, l'instinct de la reproduction est le seul qui soit resté à l'état primitif et n'ait reçu aucune éducation. On procrée aujourd'hui comme on procréait à l'âge de pierre. L'acte le plus important de la vie de l'homme, l'acte sublime par excellence, puisqu'il doit aboutir à la reproduction, est accompli avec autant d'inconscience qu'à l'époque de l'âge des cavernes. »

Il faut dire aux parents : vous voulez des enfants sains et vigoureux, procréez dans des conditions de santé suffisantes.

Il faut dire aux malades, aux débiles (syphilitiques, alcooliques, goutteux, rhumatisants, convalescents, etc,) : attendez une amélioration de votre état avant de procréer, sous peine de voir votre progéniture appartenir à la classe des dégénérés.

Ce n'est pas tout. Le puériculteur doit agir pendant la gestation pour que la grossesse soit conduite à terme : n'est-il pas prouvé par tous les observateurs consciencieux que les prématurés sont plus exposés à la maladie et aux infirmités que les enfants nés à terme.

A quoi est due la prématuration le plus souvent ? A la fatigue, au surmenage de la mère, au traumatisme sexuel pendant la grossesse : autant de causes qu'il conviendra d'éviter.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Le phagédénisme.

Le phagédénisme, complication observée au cours d'affections cutanées diverses (syphilides, lupus, épithélioma, chancres simples, etc.), n'est pas encore bien connu dans ses conditions pathogéniques. Ainsi, tandis que M. Fournier trouve la raison d'être du phagédénisme des syphilides dans la qualité syphilitique de la lésion, M. Julien pense que ce phagédénisme relève d'une *infection surajoutée au processus* spécifique. La première opinion conduit au traitement antisyphilitique intensif, alors que la seconde mène à la médication antiseptique.

Dans une étude clinique de la question, MM. Brocq et Simon font judicieusement la part de ces deux opinions. Ces auteurs distinguent, en matière de phagédénisme, deux grandes séries de faits :

1° Des lésions à marche rapidement destructive, dans lesquelles il semble que le processus premier (syphilitique, le plus souvent) et l'état général du sujet jouent le principal rôle. En tonifiant le patient, et en faisant une médication intensive de l'affection première, on peut arriver à enrayer l'évolution du mal.

2° Des lésions destructives à marche non moins rapide, mais à physionomie spéciale et pour ainsi dire identique, quelle qu'ait été la maladie primitive : elles sont caractérisées par des ulcérations envahissantes, à bords infiltrés, souvent criblés de petits abcès en caverne, avec une zone d'infiltration étendue.

Les allures cliniques de cette deuxième catégorie de faits éveillent l'idée d'une infection microbienne, greffée sur la lésion première (chancre simple, ecthyma, syphilis surtout). Il faut

instituer contre elle une médication locale des plus énergiques, en utilisant les divers antiseptiques connus (lavages à l'eau oxygénée, badigeonnages au bleu de méthylène, cautérisation avec le tartrate ferrico-potassique à 1/10, avec le nitrate d'argent à 1[5, le chlorure de zinc, en ayant soin de pénétrer dans toutes les anfractuosités, cautérisations ignées, pansements à l'iodoforme).On ne doit pas oublier que, dans les cas graves, on a obtenu d'excellents résultats en détruisant largement les bordures extensives avec le thermocautère ou avec le cautère actuel. Dans un cas, M. Brocq n'a pas hésité à faire pratiquer l'exérèse chirurgicale d'une large lésion phagédénique résistant aux autres moyens, et le malade a guéri rapidement.

Une nouvelle préparation mercurielle : le mercure colloïdal électrique.

Les métaux à l'état colloïdal (argent, platine, palladium...), sont des médicaments à l'étude et à l'ordre du jour. Il était logique dès lors de préparer le mercure sous cette forme et d'en essayer l'action dans le traitement de la syphilis.

Déjà, quelques observations favorables à ce nouveau produit mercuriel ont été présentées à la Société médicale des hôpitaux. Telles : celle de MM. Claisse et Joltrain concernant un malade, atteint de méningite syphilitique, qui guérit à la suite d'injections intra-rachidiennes de mercure colloïdal ; celle de MM. Galup et Stodel, concernant une femme atteinte de syphilide ulcéreuse rebelle du poignet, qui céda à des injections intra-veineuses de ce même mercure.

Le mercure colloïdal utilisé dans ces deux cas a été obtenu par M. Stodel à l'aide de la méthode habituellement employée pour la préparation des métaux colloïdaux électriques : en faisant jaillir l'arc voltaïque entre deux électrodes de mercure plongées dans l'eau distillée. La solution est ensuite rendue isotonique, ce qui permet l'injection intra-musculaire sans douleur et met à l'abri de tout accident lorsqu'on injecte le liquide directement dans le torrent circulatoire, d'autant plus que le mercure colloïdal n'a aucune propriété précipitante sur les albumines. La préparation contient 0 gr. 50 de mercure par litre,soit 0 gr.0005 par cent. cube. Les doses ont été de 10 cent.cubes, par injection.

Rapports du goitre et de la tuberculose

Plusieurs auteurs ont signalé des observations, inexpliquées au point de vue pathogénique, mais intéressantes néanmoins pour le clinicien, dans lesquelles une tuberculose pulmonaire s'est aggravée ou est apparue à la suite de la régression d'un goitre. Parlant des rapports du goitre et de la tuberculose, Hamburger dit catégoriquement : « Le goitreux ne devient tuberculeux que quand son affection thyroïdienne guérit spontanément ou sous l'influence du traitement. Le goitre chez un tuberculeux doit être un *noli me tangere* ».

Un cas récent de MM. Claisse et F. du Castel semble venir appuyer l'opinion de Hamburger. Il s'agit d'une femme atteinte d'un goitre qui disparut d'une manière inattendue quelques jours après qu'on l'eût opérée d'ovariotomie. Six mois plus tard, la malade, qui jusque-là n'avait pas présenté de signes nets de bacillose, succombait à une tuberculose pulmonaire à marche rapide.

P. L.

PRATIQUE CHIRURGICALE

De l'ectopie testiculaire et de son traitement par la fixation cutanée prépubienne du testicule,

Par le Dr Paul Delbet, de Paris.

L'ectopie testiculaire est, en dépit de son apparence bénigne, une affection sérieuse : le testicule ectopié est un organe de valeur fonctionnelle nulle ou limitée, souvent gênant, parfois douloureux et exposé à des dégénérescences variées : cancer ou tuberculose.

La dégénérescence tuberculeuse est rare si j'en crois mes lectures et nos rapporteurs : les classiques la signalent à peine ; un de nos rapporteurs la passe sous silence, l'autre ne fait que la mentionner accidentellement : elle existe cependant, et sur 9 cas d'ectopie testiculaire que j'ai observés je l'ai rencontrée une fois. Je tiens à rappeler la possibilité de cette complication en rapportant un cas qui m'a paru typique.

Observation. — Le malade est un homme de quarante ans : il vient me consulter en mai 1906. Il y a six mois, le malade a vu peu à peu grossir la partie gauche du scrotum ; puis un jour, ayant pressé sur la partie, il a constaté que la tumeur diminuait peu à peu, et a remarqué à la même époque que le testicule (ou plutôt ce qu'il appelle son testicule), qui, insuffisamment descendu, était toujours resté fort petit, avait augmenté et atteignait le volume d'une grosse amande. Depuis cette époque, le malade a remarqué que ses parties sont grosses le soir, quand il est fatigué ou dans la journée, après une course, un effort. Un médecin consulté diagnostique un varicocèle. Le malade, voyant les accidents s'aggraver, vient consulter à Paris un médecin qui me l'adresse. L'examen me permet de diagnostiquer hydrocèle dans une vaginale en communication par un conduit vagino-péritonéal perméable avec la grande cavité abdominale. Le liquide réduit, je trouve une paroi légèrement épaissie et une petite masse du volume d'une amande, légèrement douloureuse, placée dans la partie moyenne du scrotum que je diagnostique testicule, enfin dans le pli périnéo-scrotal une masse du volume d'une grosse bille que je considère comme un ganglion engorgé, malgré ce renseignement donné par le malade que cette grosseur existe depuis la naissance.

Le malade refuse d'abord l'opération, puis se ravise et vient prendre un lit dans ma maison de santé le 21 juillet 1906. J'opère le 3 août. Je fends la bourse du côté gauche et constate que la tumeur inguinale prise pour un ganglion est le testicule atrophié en ectopie inguino-scrotale ; la masse scrotale n'est autre que la partie inférieure de l'épididyme partiellement déroulée et occupée par un gros noyau de tuberculose caséeuse. La vaginale, épaisse de 1 centimètre, est rouge, hérissée de granulations tuberculeuses. Je la dissèque jusqu'à sa partie supérieure ; au moment où j'arrive sur la séreuse péritonéale il s'écoule du ventre un litre environ de liquide ascitique et mon doigt introduit dans le ventre sent le péritoine recouvert de granulations analogues à celles de la vaginale.

L'évolution clinique, l'âge réciproque des lésions ne peuvent laisser de doutes sur la filiation des accidents; le malade atteint d'ectopie congénitale a vu la tuberculose envahir son épididyme anormal, de l'épididyme la tuberculose a gagné la vaginale, puis la séreuse péritonéale. Le malade a succombé, peu après l'intervention, à la granulie.

Je ferai remarquer que, sur le trajet précédent, la vaginale était complètement développée malgré l'absence de testicule et d'épididyme au fond des bourses. Le fait vient donc à l'encontre des

conclusions de Souligoux et confirme la théorie de Bramman sur l'indépendance du développement du cul-de-sac péritonéal et du testicule.

Les inconvénients, les dangers de l'ectopie testiculaire constituent une indication opératoire formelle. L'opération s'impose : elle aura d'autant plus de chances de sauvegarder l'intégrité du testicule qu'elle sera plus précoce. Souligoux nous a démontré qu'un testicule ectopié n'est pas toujours infécond. Un sujet, même porteur d'un testicule anormal, a intérêt à se préparer pour l'avenir un testicule de suppléance. J'ai traité autrefois un jeune homme de seize ans atteint d'ectopie inguino-crurale du testicule droit. Le testicule avait le volume, la consistance et la sensibilité d'un testicule normal. On pouvait espérer que, replacé dans les bourses, ce testicule se développerait normalement. Je ne pus décider les parents à consentir à l'opération. Or, à vingt-quatre ans, le malade a contracté la blennorrhagie et a fait une orchite du côté gauche. Il s'est marié, n'a pas d'enfants et on ne trouve pas de spermatozoïdes dans le sperme.

La *cure opératoire d'une ectopie* comporte : la libération du testicule, sa descente, sa réintégration dans les bourses et sa fixation en place normale.

Dans les opérations que j'ai faites, la libération du testicule et du cordon a toujours été facile, et il en est toujours ainsi si l'on a le soin d'ouvrir largement le trajet inguinal et de sectionner les brides et les enveloppes du cordon.

La descente du testicule est plus malaisée à obtenir, et j'ai dû recourir plusieurs fois à la vieille manœuvre qui consiste à désinsérer la queue de l'épididyme. Quant aux vaisseaux, leur brièveté a été souvent une gêne, mais une gêne que leur élasticité permet de surmonter. Quant aux bourses, je les ai trouvées deux fois fort petites et fermées par le diaphragme décrit par Jalaguier, diaphragme que je considère comme le fond remonté de la fibreuse commune : mais ce diaphragme est facile à fendre, les bourses sont lâches et aisées à distendre ; il n'y a donc pas là d'obstacle à la cure de l'ectopie.

Le point délicat est de trouver au testicule abaissé, pendant l'opération, un point d'appui qui évite la réascension. Comme Souligoux, après avoir abaissé autant que possible le testicule et l'avoir confié à un aide, je fixe d'abord la partie supérieure et la partie inférieure du cordon aux piliers du trajet inguinal, fixation plus simple que la fixation au pubis avec ou sans échancrure osseuse. J'ai toujours trouvé assez de débris de la fibreuse commune pour y passer mes fils.

Mais la fixation du cordon n'est qu'un élément accessoire et, pour obtenir un bon résultat, il faut encore de toute nécessité trouver un point d'appui pour fixer le testicule. Les chirurgiens sont d'accord sur le principe, divisés sur le mode de la réalisation. En fait, on a proposé : la fixation au scrotum, la greffe ou la fixation au testicule opposé, la fixation aux régions voisines.

La *fixation au scrotum* est notoirement insuffisante. Le *greffe au testicule opposé* telle que la propose Mauclaire ne me séduit pas, car cette greffe exige des manipulations du testicule sain, l'incision de son albuginée et la mise à nu des tubes spermatiques ; or ce ne sont pas des manœuvres innocentes ; le testicule est un organe fragile ; l'infection n'est pas toujours facile à éviter quand on opère dans la région scrotale ; on expose donc gravement le testicule sain. Comme, d'autre part, la glande interstitielle est seule conservée dans le testicule ectopique, que la greffe est faite après section des vaisseaux et du déférent, que le passage des problématiques spermatozoïdes du testicule ectopié au testicule sain n'est pas démontré, je vois bien ce que le malade risque à cette intervention, sans y découvrir ce qu'il y gagne.

Je n'ai jamais pratiqué la fixation au testicule opposé. Il me paraît fort peu logique de choisir comme point d'appui un organe mobile ; mais je crains surtout que les testicules maintenus comme une sangle sous la racine de la verge ne soient bien mal placés ; exposés à être ramenés brusquement contre les corps caverneux par les contractions violentes du crémaster, et gênants au cours de certains exercices comme la bicyclette et le cheval.

Des points d'appui plus solides ne manquent pas ; on les trouve dans *la peau et les aponévroses* des régions voisines du pli de l'aine. C'est une méthode que j'ai exposée dès 1903 dans une communication au Congrès d'Urologie (page 494). La méthode présente des variantes sur lesquelles je m'expliquerai dans un instant, mais réduite à ses grandes lignes, elle peut s'exposer ainsi. Après libération soignée du testicule et des éléments du cordon passer un fil d'argent moyen, en anse, dans l'albuginée du pôle inférieur du testicule, creuser ensuite une loge dans le scrotum ; perforer le point infime de cette loge de dehors en dedans avec une aiguille de Reverdin, engager dans le chas de l'aiguille les deux extrémités de l'anse sans les nouer, et les ramener en dehors. On attire alors scrotum et testicule aussi loin que possible contre la peau d'une des régions péri-inguinales, on passe une des branches de l'anse sous la peau et l'aponévrose et on la lie à sa congénère par-dessus la peau. Un pansement maintient et protège le tout. Si l'on a soin, en libérant le cordon, de faire une incision cutanée petite et de la placer un peu bas, l'opération ne laisse aucune trace et répond même aux besoins modernes d'esthétique.

Je ne comprends pas le dédain que mon ami Souligoux témoigne pour cette méthode ; elle est simple ; quant à son efficacité, je l'ai démontrée dans la communication citée plus haut. J'y ai rapporté, avec documents à l'appui, l'histoire d'un jeune homme de dix-neuf ans qui vint me consulter pour une ectopie inguinale externe. Ce jeune homme se faisait opérer afin de ne pas être réformé au service militaire. La guérison est à ce point parfaite que son infirmité n'a pas même été soupçonnée au conseil de revision, et qu'elle ne fut découverte qu'accidentellement pendant son séjour au corps.

Diverses techniques ont été proposées pour exécuter la fixation cutanée. Les variantes portent sur le mode et le point d'attache.

Pour le mode d'attache, on a conseillé la fixation par lambeaux cruentés ou par appareils de traction élastique. La *taille des lambeaux* me paraît une complication dont les avantages ne compensent pas les inconvénients. Je n'ai jamais eu besoin d'y avoir recours. La *traction élastique* suivant le procédé de Lambl me paraît au contraire excellente, et je me propose de l'employer dès que l'occasion se présentera.

Comme *lieu de fixation* j'ai employé deux fois la fixation crurale. Dans le premier cas, j'ai eu un malade énergique, le résultat a été parfait. Dans le second cas, le résultat, encore favorable, a été moins parfait. La traction exercée sur le cordon est un peu douloureuse. Le malade pusillanime n'a pas voulu la supporter et a trouvé un artifice pour l'éviter. Il a gardé la cuisse fléchie et, rapprochant ainsi le testicule de la région inguinale, empêché la traction de s'exercer sur l'organe.

Je me suis donc mis en demeure de chercher un autre point d'appui : j'ai essayé de la fixation au périnée, mais la fixation en ce point est gênante et le voisinage de l'anus expose aux pires infections. C'est pourquoi, actuellement, je ramène purement et simplement le testicule devant le bord supérieur de l'arcade pubienne et le fixe à la peau préalablement rasée.

L'opération s'exécute comme pour la fixation crurale, mais l'anse du fil doit être placée sur la face interne du testicule et perforer la peau scrotale, non au point déclive mais sur la face antérieure du scrotum, à 2 centimètres au moins au-dessus du fond. La verge est légèrement refoulée par ce procédé, mais, comme la fixation est temporaire, le fait n'a pas grand inconvénient.

THÉRAPEUTIQUE URINAIRE

Traitement des complications blennorragiques

La *cystite* et la *prostatite* sont les complications inflammatoires habituelles de la blennorrhagie. Certains auteurs tendent à considérer la cystite comme plus fréquente ; mais, d'après le Dr LE FUR, c'est la prostatite qui présenterait à la fois le plus de fréquence et de gravité. D'ailleurs les deux *affections sont souvent confondues, toutes* deux s'accompagnant de difficultés de la miction et d'urines troubles. Le vrai moyen de diagnostic, que nous enseigne le Dr LE FUR, est fourni par le toucher rectal qui, dans le cas de cystite, indique une douleur vive au niveau d'un ou deux lobes de la prostate.

Au point de vue du traitement, ces complications sont directement justiciables du Gomenol qui, de l'avis de tous les spécialistes, apparaît comme l'antiseptique le mieux approprié aux besoins de la pratique urologique. D'abord, il n'est point irritant pour les tissus et présente l'innocuité la plus absolue, puis il est doué d'un pouvoir microbicide extrêmement puissant, voire même d'une véritable action spécifique à l'égard du gonocoque ; enfin, il possède des effets analgésiques si marqués que les malades accusent, sous son influence, une disparition complète autant que rapide des phénomènes douloureux.

Aux observations déjà publiées de M. le Prof. Guyon et des Drs Pasteau, Cathelin, Haïm Duhot, etc., il faut joindre les deux suivantes qui nous sont adressées par le Dr Dubousquet-Laborderie (de Brive) et qui mettent bien en valeur les heureux résultats du traitement goménolé.

OBS. I. — *Prostatite blennorrhagique rapidement guérie par les injections uréthrales et les lavements d'huile gomenolée.*

Georges D., quartier-maître de la marine de l'Etat, 23 ans, a déjà eu une blennorrhagie qui a mis plusieurs mois à guérir. Séjournant à Saïgon, il a des rapports avec une fille publique et 5 jours après le coït apparaît un écoulement très abondant, jaunâtre, avec douleurs très vives pendant la miction et érections nocturnes très pénibles.

Pendant la traversée, pour revenir en France, il ne prend aucun soin, et il se présente dans mon cabinet deux mois 1/2 après le début de la maladie.

A ce moment, premiers jours d'avril 1906, les symptômes inflammatoires ont disparu, la miction n'est pas douloureuse, mais il a toujours un écoulement intermittent, filant, peu abondant, mais augmentant surtout le matin et redevenant plus épais au moindre excès, après l'ingestion de bière surtout.

Son linge est toujours plus ou moins taché.

Je prescris 3 capsules de goménol à chaque repas.

Après lavage de l'urèthre antérieur à l'eau gomenolée, j'introduis une bougie à boule qui provoque une douleur assez vive à la région prostatique et ressort avec des mucosités visqueuses à son talon. Au toucher rectal, je trouve une prostate un peu grosse et légèrement douloureuse.

Nous avons donc affaire à une uréthrite profonde avec complication de prostatite commençante.

Je commence par faire, avec la seringue de Guyon, des injections à l'huile à 10 %, qui sont bien supportées et continue avec l'huile à 20 %, puis à 33 %, toujours très bien tolérées aussi.

Les injections sont journalières et je fais 25 injections : 4 à 10 % et les autres à 20 % et 33 %. Après la 25e injection, l'écoulement a complètement disparu, même le matin, mais la prostate est restée grosse et un peu douloureuse. Je prescris le soir au lit une injection rectale d'un verre à madère d'huile à 20 % à garder le plus longtemps possible ; après le 8e lavement, la prostate avait diminué de volume et n'était plus douloureuse au toucher rectal.

OBS. II. — *Cystite blennorrhagique radicalement guérie après 17 injections d'huile goménolée.*

J. B..., professeur, 33 ans, est un de ces hommes dont Ricord disait : « *Plus on a eu de blennorrhagies*, plus on en aura de nouvelles ». C'est bien la 4e ou 5e fois qu'il est pris, et il est bien près de ne plus connaître le nombre de ses mésaventures.

Mais cette fois, le mal n'est pas resté cantonné à l'urèthre, il a atteint le col de la vessie et le patient est atteint de cystite très douloureuse.

Les mictions sont très fréquentes, 8 à 10 la nuit, douloureuses pendant et après ; l'analyse de l'urine démontre la présence du pus, et même quelquefois à la fin de la miction, le malade me dit qu'il a rendu quelques gouttes de sang.

En raison de ses écoulements invétérés, récidivants, il présente le long du canal une ligne dure avec saillies irrégulières.

Le toucher rectal montre une prostate un peu volumineuse mais non douloureuse.

Ce malade souffre beaucoup depuis une dizaine de jours, ne repose pas la nuit et il me demande instamment de le soulager.

Je prescris 4 capsules de goménol par jour, 2 à chaque repas, le repos et de grands bains chauds prolongés.

J'avais déjà depuis longtemps l'expérience du gomenol dans les cystites où il donne des résultats très remarquables comme l'a constaté l'Ecole de Necker, et je peux promettre au patient un soulagement certain.

Je pratique le 1er juillet 1906, une injection vésicale d'huile à 10 % (une pleine seringue de Guyon). Presqu'immédiatement après l'injection, le malade accuse une sensation de mieux-être et à sa grande satisfaction, dès cette première injection, les mictions sont moins fréquentes et moins douloureuses.

La nuit suivante, les mictions qui avaient été de 12 la nuit précédente et fort douloureuses, sont tombées à 5 et sont moins pénibles.

J'ai pratiqué 8 injections à 10 % et 9 à 20 %. Après ces 17 injections, le malade était absolument guéri de sa cystite et ne présentait plus qu'un écoulement matinal auquel il était habitué de vieille date.

De ces observations, il est permis de conclure que le Gomenol modifie et guérit les lésions urétérales, prostatiques ou vésicales de façon plus prompte et plus sûre qu'aucune autre médication ce qu'ont d'ailleurs prouvé en bien des cas les examens cystoscopiques. Sous son action, les suppurations se tarissent, les ulcérations cicatrisent, la vessie retrouve sa tolérance, son élasticité et sa capacité normales.

Correspondance hebdomadaire

(*Suite*).

précédé d'une légère *cocaïnisation* (sol. 1/10e) de la muqueuse nasale et de l'ouverture de la trompe. J'ai fait, de plus, lors de la première consultation, un examen complet au point de vue audition. J'ai établi 2 certificats que j'ai adressés à l'agent de la Compagnie accidents, l'un au début du traitement, l'autre lors de la guérison.

J'ai fait en tout, 4 pansements d'oreilles (4 à chaque oreille). Plus 4 séances de cathétérisme (4 à chaque oreille).

Le Tarif Dubief étant assez peu explicite sur les questions d'honoraires en spécialité otologique, et me trouvant à la veille d'être en désaccord avec l'agent de la Compagnie d'assurance je voudrais, avant de commencer une instance judiciaire, être fixé de façon compétente sur les points suivants :

1° Honoraires d'un pansements d'oreilles, tel que je vous le décris (O.D. et O.G).

2° Honoraires de chaque séance de cathétérisme précédée de cocaïnisation (O. D. et O. G.)

3° Honoraires de l'examen de l'audition.

4° Honoraires des 2 certificats.

Je vous serais infiniment obligé de vouloir bien me répondre par un prochain courrier ; vous n'ignorez pas les nombreuses difficultés que suscitent à chaque instant aux médecins, surtout en province, les mutualités et les Compagnies-accidents. Et il nous arrive fréquemment que nous nous défendrions de façon plus efficace, pour nous d'abord, et dans l'intérêt du corps médical aussi, *si nous étions utilement conseillés*.

Exerçant ma profession de façon très loyale et très digne, je ne suis pas prêt à me laisser mener par un agent d'une Compagnie ; mais auparavant, je *voudrais être fixé sur mes droits*.

Réponse. — Nous ne croyons pas que le tarif Dubief soit applicable au cas que vous voulez bien nous soumettre, soit parce que l'ouvrier vous a été envoyé par son patron, soit parce qu'il s'agit d'un accident agricole non garanti par la loi du 9 avril 1898, et celles qui y font suite. Il en serait autrement, cependant, si le choix, fait par le patron, n'était pas reconnu et qu'il vous fût impossible d'en faire la preuve, et si l'ouvrier était au service, non d'un agriculteur, mais d'un industriel ou d'un commerçant assujetti aux lois ci-dessus.

Quoiqu'il en soit, si vous avez des raisons pour adopter le Tarif Dubief, voici

Suite page IX.

CHRONIQUE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

De quel côté est le bon droit, la générosité, les bons sentiments, la courtoisie ? Simple leçon de choses !

En septembre 1906, un ouvrier maréchal-ferrant se présente chez moi avec une très récente coupure de l'index gauche, longue et profonde, nécessitant hémostase et sutures urgentes. Je continue mes soins 5 à 6 jours, et cet homme, au dernier pansement, me raconte que, en difficultés avec son patron, il voudrait un certificat, demandé par l'agent de l'assurance, pour toucher son indemnité, ayant l'intention de quitter la ville, de suite, sans attendre sa complète guérison.

En fin d'année, je remets ma note d'honoraires conforme au tarif Dubief. et s'élevant à 36 fr.

La Cie, me faisant régler en septembre 1907 d'autres notes par son agent, me fait avertir qu'elle ne paiera pas celle-ci... parce que trop exagérée !

J'écrivis à la Direction pour renseignements, et le 25, je reçus le poulet suivant : « Votre note n'est pas établie conformément au tarif Dubief, que seul, nous couvrons ; et, véritablement, 36 fr. d'honoraires pour 5 jours pendant lesquels vous avez vu, chez vous, le sieur X.. paraissent d'une exagération susceptible de démontrer que la résistance aux prétentions du corps médical est souvent imposée par les praticiens eux-mêmes.

« Ceci posé, nous restons dans les mêmes dispositions, et nous attendons les événements.

« En comptant largement, le tarif Dubief pourrait vous octroyer 20 fr., et nous irions jusqu'à cette somme pour éviter des difficultés, mais c'est un maximum que nous ne dépasserons pas.

« Si vous croyez pouvoir régler dans ces conditions, vous n'aurez qu'à nous en informer ; dans le cas contraire, chacun usera de ses droits.

« Votre bien dévoué, X..., directeur. »

Je confiais cette lettre au « Sou médical » en joignant les deux notes : la mienne et celle de l'assurance.. et sur constatation que j'avais bien appliqué le tarif, je répondis au directeur en maintenant purement et simplement le montant de mes honoraires à 36 fr., et en menaçant d'agir.

Le 4 janvier il m'écrivit : « La Société partage votre avis, et loin de se soustraire à une action judiciaire pour le règlement intégral de votre note, elle préfère, au contraire, laisser soumettre le cas aux tribunaux ».

Le 16, j'essayais une tentative de règlement amiable qui me valut la lettre suivante :

« Nous sommes bien d'accord avec vous sur la portée du litige qui nous divise : c'est une question de principe.

« Il nous paraît inadmissible que le législateur ait entendu imposer, par son tarif — (si critiqué comme insuffisant par beaucoup de vos collègues) — des honoraires médicaux de près de 10 fr. par jour, c'est-à-dire quintuples de ce que paierait un client ordinaire.

« Nous ne cherchons pas une difficulté, car nous les détestons. Nous voulons un fait à citer comme exemple de ce qu'on peut faire rendre à ce tarif qualifié de « ridicule » et onéreux pour le corps médical.

« Vous ne pouvez manquer de reconnaître que le cas X.. est bien choisi pour cela.

« Votre bien dévoué, X.., directeur ».

Le 25 janvier n'ayant rien reçu, et le « Sou » m'annonçant qu'il « participerait aux frais du procès inévitable maintenant », je me disposais à assigner, lorsque j'essayai une dernière tentative de règlement amiable, m'appuyant sur ce que, soutenu en toutes choses par le « Sou médical », je n'avais personnellement rien à perdre, laquelle réussit, car par retour du courrier je recevais mes honoraires.

« Cette fois encore, il est probable que « la crainte du feu fut le commencement de la sagesse » !

Mais, voyez par ces lettres intégrales de la Cie, comment nous sommes traités ! Et tout cela, parce que la somme réclamée par le médecin n'est pas proportionnelle à celle accordée au sinistré ! Faites d'énergiques interventions dont bénéficieront les assurances (puisque les blessés guérissant rapidement grâce à elles, l'indemnité à leur verser sera moins forte) !.. et on contestera vos honoraires.. non conformes à la loi des proportions !

Ce qu'on veut, c'est vous ennuyer et, si possible, vous conduire devant les juges, car plusieurs ont donné tort aux médecins et les 3 millions dont se compose, dit-on, le trésor de guerre des Cies pour combattre la loi de 1898 ne sont pas épuisés, malgré les prix élevés que doivent exiger les grands quotidiens — et aussi les périodiques de la province — pour insérer les articles tendancieux que nous voyons depuis quelques mois en bonne place et destinés à nuire aux médecins dans l'estime légitime de leurs clients.

Que nous réserve l'avenir ?

Le passé nous a appris que les groupements ont assuré le succès, car nous ne devons pas oublier que c'est grâce à la « Financière médicale du Concours » et sa fille la « Participation » que nous avons pu obtenir un tarif des Cies... jalouses.

Le présent confirme, lui aussi, cet axiome, car le nombre des adhérents du « Sou médical » rend ce dernier vigoureux.. et dangereux (parce que bien armé) pour ses ennemis... et il est regrettable que les médecins — tous appelés à bénéficier de ses services — ne lui permettent pas d'agir mieux encore par leurs adhésions unanimes et jamais différées.

Le « Sou » est un comité de défense professionnelle dont les conseils sont justes... et comme preuve, nous n'en donnons que la crainte inspirée par lui, se manifestant par le règlement immédiat d'une affaire... qu'on sait être bonne, puisqu'il la « prend en mains ».

Dr Levraud,
Correspondant du *Concours médical*.

L'enquête et la contre-enquête sur les abus médicaux en soins aux victimes du travail.

L'enquête Villemin, Petitjean et consorts (n'ajoutons pas d'autres noms, car ils sont ceux de médecins) et la contre-enquête Diverneresse sont enfin sous les yeux des pouvoirs : la justice a été saisie, et les nouvelles nous arrivent.

Quelles sont-elles ?

1) Un médecin de compagnie a été condamné pour avoir violé l'article 30 (voir numéro 14.)

2) D'autre part, à l'acquittement avec éloges de notre ami Goldenberg s'est ajouté un non lieu rendu dans le Midi, et le *Temps* du 4 avril nous apprend dans le filet ci-dessous que le pétard parisien commence à faire long feu.

A propos d'accident de travail. — Nous avons dit que, sur commission rogatoire de M. Barat, juge d'instruction, et à la suite d'une plainte du Syndi-

cat général de garantie du bâtiment, des perquisitions avaient été opérées par six commissaires de police de Paris chez des médecins, soupçonnés d'avoir délivré des certificats de complaisance à des ouvriers, au lendemain de la grève des terrassiers et tubistes qui suivit l'accident de la rue de Lutèce, et chez les rabatteurs.

L'un des médecins incriminés, le docteur R..., a fait la déclaration suivante au commissaire de police qui perquisitionnait chez lui :

Sans doute, il peut sembler étrange que des ouvriers dont le travail est interrompu le samedi, pour cas de force majeure, attendent au lundi pour se soumettre à un examen médical. Mais, s'il y a fraude en l'occurrence, la responsabilité en incombe aux seuls ouvriers. Quant aux médecins, mettez-vous à leur place.

Nous n'avons pas à constater, dans le cas qui nous occupe, une fracture, une blessure, ou même une ecchymose. Les ouvriers dont il s'agit travaillent, toute la journée, dans des caissons et sous une pression atmosphérique assez considérable. Soit par suite d'un séjour trop prolongé dans ces caissons, soit pour avoir été mis trop rapidement en communication avec l'air extérieur, ils se plaignent de douleurs lombaires, de maux de tête, de suffocation.

C'est ce qu'ils appellent d'une façon générale « un coup de pression». S'il s'agissait d'un mal extérieur, visible, et que nous délivrions à tort, dans ces conditions, des certificats d'incapacité de travail, on pourrait nous incriminer à bon droit. Mais il n'en va pas ainsi et nous sommes bien obligés de nous en rapporter dans une certaine mesure aux dires des plaignants. Il peut se faire que, de temps à autre, notre bonne foi soit surprise : c'est un peu comme au régiment lorsque les soldats « carottiers » essayent d'arracher au major des exemptions de service; mais laissez-moi vous dire que ce sont là des exceptions, et qu'en tout cas elles ne sauraient légitimer les investigations véritablement un peu draconiennes dont certains d'entre nous viennent d'être l'objet.

Les livres du praticien qui tenait ce langage ont été vérifiés soigneusement. Le commissaire a constaté qu'ils étaient tenus de façon parfaitement régulière.

Au cours de perquisitions opérées chez des docteurs ayant organisé des cliniques spéciales pour les divers accidents du travail, les commissaires ont saisi des prospectus où il est dit :

Le docteur X... se fait un devoir d'accompagner son client dans toutes les expertises et de faire valoir ses droits.

Le même docteur dit avoir créé une société à l'aide de laquelle « l'ouvrier blessé privé de son demi-salaire peut toucher des indemnités et trouver un appui au tribunal ». Il ajoute que les voyages sont remboursés aux ouvriers qui habitent loin.

Dans le quartier Clignancourt, M. Carpin a perquisitionné chez deux individus qui lui étaient signalés comme des rabatteurs de profession, partageant avec des médecins malhonnêtes les indemnités extorquées au syndicat. Cette opération n'a donné aucun résultat.

Nous connaissons, de plus, deux médecins qui ont été signalés comme marrons. Et par qui ? Par des confrères. Leurs crimes ? Le « Sou Médical » après les avoir bien recherchés, n'en aperçut pas et promit plein appui contre les conséquences des dénonciations.

Somme toute (et jusqu'à plus ample informé, car notre bonne foi veut rester entière) si *l'ordre des médecins* réclamé par M. Petitjean avait fonctionné ces jours-ci, il n'eût exercé ses foudres de carton que contre les gobeurs qui ont, si peu que ce soit, mais trop dans tous les cas, participé à la campagne du Syndicat de garantie.

Et, en face de cette volatilisation des documents de l'enquête, le bloc de ceux de la contre-enquête Diverneresse reste intact en une brochure que nous allons tenir à la disposition de ceux que n'offusque pas l'aspect de la Vérité toute nue.

Cette brave Vérité trouve d'ailleurs toujours sa revanche, et notre assureur de l'autre jour avait raison quand il disait : « Cette campagne ne tournera que contre nous. »

CHRONIQUE MÉDICO-MUTUALISTE

Le service médical des mutualités. Ses défectuosités. Le peu de garantie qu'il offre aux sociétaires au point de vue de l'efficacité des soins.

Par le Dr Vimont

Trésorier du Syndicat des médecins de la Seine,
Vice-Président du « Sou Médical »

I. — *Quels sont les médecins des mutualistes.*

Les médecins appartenant au service médical des mutualistes peuvent, d'une façon générale, se diviser en plusieurs catégories.

Ce sont ou bien des jeunes confrères venant de passer leur thèse, n'ayant pas encore de clientèle, très érudits, mais plutôt théoriciens que praticiens, qui désirent se faire la main et acquérir l'expérience que seule donne la pratique en soignant au rabais les mutualistes.

On bien encore, des médecins ayant une clientèle, mais ambitieux et désirant être attachés à une société mutuelle dans l'espoir de distinctions honorifiques (médailles, décorations, etc.).

D'autres sont pour ainsi dire des spécialistes de mutualités. Les sociétaires de nombreuses mutualités formant à peu près leur exclusive clientèle, ils sont donc obligés de voir un grand nombre de malades pour gagner leur vie.

J'ai personnellement remplacé un confrère qui était le médecin d'environ 40 sociétés mutuelles.

Enfin, il existe, en petit nombre, il faut le reconnaître, des médecins qui soignent les mutualistes par pure philantropie.

Disons, pour finir, qu'un certain nombre de confrères sont médecins mutualistes et souvent fondateurs de mutualités dans un but politique ; ils se font ainsi des électeurs. La mutualité pour eux est une forme de réclame électorale.

II. — *Comment sont nommés les médecins.*

Ils sont nommés au choix, autrement dit à la faveur, sans aucune sélection. Ils sont parents, alliés, amis d'un administrateur, auquel on ne peut rien refuser ; ou bien, ils soignent des sociétaires qui les paient et leur persuadent d'entrer comme médecin dans leur société, les appuient en leur faisant miroiter de grands avantages. Le plus réel est qu'ils perdent un client qui les honorait et qu'ils devront dorénavant soigner gratis.

Dans d'autres cas, la nomination fait partie des fixes assurés dans une cession de clientèle. C'est un moyen honorable de récompenser un vieux médecin obligé de cesser la vie active ou de venir en aide à sa veuve ; c'est un acte de reconnaissance de la Société.

Pour établir une sélection, certaines sociétés exigent que leurs médecins aient été internes des hôpitaux ayant fait quatre années d'internat. Il suffit de parcourir leurs annuaires, pour voir que souvent cette disposition est lettre morte.

D'autres sociétés ont établi un comité médical chargé d'examiner les demandes des médecins. Ces comités n'ont que voix consultative, sont réunis d'une façon irrégulière, et très souvent il n'est pas tenu compte de leur avis.

Un autre mode de nomination a été mis en honneur dans ces dernières années. Dans certains centres, las de l'exploitation des mutualistes, les confrères syndiqués avaient décidé de considérer les mutualistes comme des clients ordinaires et et de leur appliquer le tarif régional. Ne pouvant amener malgré leurs tentatives la désunion dans le corps médical, les sociétés ont fait venir des médecins inconnus à la région, souvent même des médecins de nationalité étrangère, à qui elles ont remis le service médical des mutualités groupées. Les seules conditions imposées étaient le rabais. Comme garanties morales, rien n'était exigé de ces confrères renégats mis à l'index par leurs pairs.

Je ne désespère pas de voir les médecins investis par l'adjudication au rabais, système déjà inauguré par l'Etat, pour les soins à donner au personnel d'une administration et qu'il s'efforce d'appliquer actuellement pour les soins à donner aux fonctionnaires des Eaux et Forêts.

D'une façon générale, les nominations se font en prenant pour base un tarif réduit. Les médecins ne sont pas nommés par les sociétaires qu'ils ont à soigner, mais par des administrateurs qui se garderaient bien de leur confier leur précieuse existence. Les médecins, en général, sont dupés. On fait miroiter à leurs yeux une clientèle rémunératrice dans la famille des sociétaires, mais, qui s'adressent pour les leurs ailleurs. Les médecins désabusés finissent par en donner pour l'argent qu'ils reçoivent.

III. — *Du paiement des médecins.*

Comment sont honorés les médecins mutualistes ?

Les uns ont un traitement fixe, les autres sont payés à l'abonnement, c'est-à-dire reçoivent une somme de tant par tête de sociétaires pour les soins à donner à eux et souvent aussi à leur famille. Un autre système est le paiement à la visite et à la consultation. Beaucoup de sociétés qui ont adopté ce mode de rétribution ne paient que les visites, les consultations étant gratuites. Il y a enfin un système mixte. Une somme de tant par tête est allouée au service médical, somme que les médecins se partagent au prorata de leurs visites et consultations.

Le paiement d'une indemnité fixe est calculé de telle sorte que les médecins n'aient comme honoraires qu'une somme qu'un employé n'accepterait pas comme pourboire. Une grande société de commerce de Paris donne à ses médecins un traitement fixe pour les consultations qui ressortissent l'une dans l'autre à 30 à 40 centimes.

Le système à l'abonnement est aussi préjudiciable aux intérêts de tous. Si le médecin fait peu de visites le taux de celles-ci est acceptable, il a donc intérêt à faire le moins de visites possible, et à envoyer son malade à l'hôpital, surtout s'il prévoit qu'il peut faire 40 ou 50 visites à un typhique pour 2 ou 3 francs. Moins il travaille plus il est payé.

Le sociétaire est négligé et abandonné par son médecin, mais, en revanche, la société sait d'avance ce que coûtera le service médical et son administration est moins compliquée.

Le système à la visite est le seul qui donne satisfaction au médecin, honoré d'après son travail, et au sociétaire qui, sachant le docteur payé pour chaque acte médical, le dérangera quand il sera nécessaire.

Mais, avec le système à la visite, les sociétés ne savent pas d'avance quel sera leur budget médical, elles craignent aussi des abus de visites faites par des praticiens peu consciencieux. Il serait facile de remédier à ces abus en faisant participer les sociétaires aux frais de visites et en organisant des commissions d'arbitrage médico-mutualistes.

Le paiement à la visite avec commission d'arbitrage a fait la base d'un accord entre les dirigeants de la mutualité et les représentants des syndicats médicaux sous la haute présidence de M. Loubet. C'est également le système préconisé à la fois par le Congrès des Praticiens de France (mars 1907), et le Congrès de la Mutualité de Nice (août 1907). Mais avec des restrictions pour ce dernier.

Le système mixte, abonnement par répartition, offre tous les inconvénients d'un système à forfait, c'est-à-dire que plus le médecin travaille moins il est payé.

D'une façon générale, quel que soit le mode de rétribution adopté, les honoraires accordés au médecin sont minimes, insuffisants, incompatibles avec sa dignité professionnelle, inférieurs au tarif ouvrier local, se rapprochant davantage du tarif de l'Assistance médicale gratuite que du tarif Dubief pour les accidents du travail, or, nous savons que la mutualité ne comprend pas que des indigents.

IV. — *De la médiocre valeur des soins qu'un médecin peut donner aux mutualistes.*

Les médecins nommés par l'Administration peuvent-ils donner aux sociétaires des soins utiles ? Je ne le pense pas.

Un des éléments les plus essentiels pour aboutir à la guérison d'un malade est la confiance que celui-ci peut avoir dans son médecin, confiance qui ne peut exister que s'il le choisit lui-même.

Le médecin doit être pour son client un ami et non un fonctionnaire. C'est le médecin qui connaît les peines de son malade, le console, l'encourage, lui remonte le moral, reçoit parfois des confidences sur sa vie privée, sa vie de garçon, son intimité conjugale, etc., toutes choses qu'il confiera à un ami, mais non au médecin de son patron ou de l'administration.

Cette confiance si nécessaire, personne ne la conteste : tout le monde parle de la foi qui fait des miracles.

L'homme de l'art, dans les cas difficiles, agit sur son malade par persuasion, par la suggestion que son autorité morale lui permet d'exercer.

Dans les maladies incurables, le cancer, la tuberculose, à la période terminale, que reste-t-il au malade, si vous le privez de ce rôle humanitaire du médecin ?

Pourra-t-il remplir ce rôle, le médecin désigné ou imposé à un malade, dans lequel il a si peu de confiance qu'il n'ose lui confier la santé des siens?

Les visites faites par les médecins aux sociétaires sont souvent longtemps attendues. Peut-on faire un grief à un praticien de visiter ses sociétaires malades après ses autres clients. Il n'est pas plus parfait qu'un autre homme, il donnera satisfaction d'abord à celui qui le paie bien, qui assure son existence matérielle.

Ces mêmes visites seront forcément écourtées, elles comprendront l'acte médical pur et simple, mais le côté moral et humanitaire sera laissé de côté : le temps matériel fera défaut.

Ces visites ou consultations trop souvent se borneront à un interrogatoire sommaire du patient, sans examen d'organes. Trop souvent, ce sera une distribution de médicaments basée sur

la thérapeutique des symptômes : à toux correspond opium ; à douleur, antipyrine ou bromure ; à diarrhée, bismuth. Quant à la thérapeutique pathogénique, qui demande une longue étude du malade, inutile d'y penser, le médecin est trop pressé.

C'est ainsi que j'ai vu un malade traîner pendant de longs jours une pleurésie méconnue faute d'auscultation, à qui on avait octroyé généreusement des juleps variés. C'est aussi le cas de cette femme soignée pour des métrorragies pendant des mois par des injections chaudes et de l'ergotine et qui n'avait jamais été examinée. Atteinte de fibrome et opérée, elle obtint une guérison qu'elle avait trop longtemps attendue. On pourrait multiplier les exemples.

La plupart des sociétés assurent à leurs membres les visites et consultations simples, mais elle ne sont plus responsables pour les visites d'urgence ou les visites de nuit ou du dimanche, qui portent un honoraire spécial sur les tarifs médicaux.

Dans ces cas, le malade a bien des chances de se trouver délaissé. Si, par contre, le médecin doit faire des visites de nuit au tarif ordinaire de la société, je crains bien qu'il ne soit parti à un accouchement lorsque le sociétaire viendra réclamer son concours. Car les heures supplémentaires de nuit sont payées doubles pour les ouvriers et la ville de Paris paie 10 francs pour les visites de nuit faites aux indigents et aux nécessiteux. Pourquoi n'en serait-il pas de même pour les médecins de sociétés ?

Il faut ajouter que la minime rétribution des consultations ne permet guère les examens avec instruments, ou ces examens spéciaux risquent fort d'être pratiqués dans des conditions fâcheuses au point de vue antiseptique. Comment exiger de bonne foi qu'un médecin, pour un honoraire souvent inférieur à un franc, souvent même pour un examen qui sera gratuit, augmente la durée normale de son temps de consultation, flambe ou fasse bouillir un instrument qu'ainsi il détériore, le nettoie, quand il s'en est servi, se serve de linges propres, d'ouate, etc.; la chose est souvent difficile.

Est-il possible, dans ces conditions, qu'un médecin fasse de la médecine préventive, dépiste la tuberculose au début, ce qui demande un examen long et minutieux, examine les urines, assiste à un bain froid donné à un typhique, fasse lui-même un lavage de la gorge, etc ? Non. Est-il possible qu'il cause longuement avec son malade, lui détaille le régime à suivre, lui explique la préparation de certains aliments légers, donne des explications à ses questions, calme ses inquiétudes et ses angoisses, remonte son courage, s'entretienne avec l'entourage inquiet du malade ? Ce rôle moral du médecin est souvent impossible dans la pratique.

Il faut ajouter à ceci que la thérapeutique à mettre en usage se trouve réduite.

Les opérations de petite chirurgie habituellement ne sont pas à la charge de la société.

Par conséquent pas d'injection de morphine, ni de sérum, ni d'anesthésie locale. Les injections hypodermiques seront remplacées par une potion à la morphine, celles de sérum par une potion à l'éther. Le vésicatoire tiendra lieu de pointes de feu, la teinture d'iode de siphonage au chlorure de méthyle dans la sciatique, le courage du malade tiendra lieu d'anesthésie locale.

L'électricité, le massage et autres agents physiques, très en honneur dans la thérapeutique moderne, ne peuvent s'appliquer aux membres des sociétés mutuelles, car elles ne sont pas payées dans beaucoup de sociétés, sauf celles qui mettent des spécialistes à la disposition de leurs membres. Le malade mettra ainsi plus de temps à guérir, il recevra plus longtemps une indemnité journalière, mais les statuts ou règlements intérieurs auront été observés.

Même défectuosité au point de vue des médicaments mis à la disposition des médecins. Ils ne peuvent donner certains remèdes et ils sont souvent limités pour la quantité. Ainsi une société dont je suis le médecin ne permet que la prescription de 250 gr. d'huile de foie de morue à la fois. Il faut que le malade vienne quatre fois à ma consultation pour en obtenir un litre. La société la paie ainsi, au lieu de 2 fr. 50 ou 3 fr., 6 à 7 fr., et si on ajoute à cette somme le temps perdu par le malade pour son dérangement, on avouera que le prix de revient de l'huile est élevé, surtout si la médication comporte de hautes doses de ce produit.

D'une façon habituelle, les eaux minérales de table sont défendues. Dans d'autres sociétés, la proscription s'étend à toutes les eaux minérales, on craint l'absorption à table d'eaux sulfureuses ou d'eaux purgatives, que l'on doit remplacer par des équivalents souvent plus coûteux (limonades purgatives, etc.)

Interdits également les médicaments spécialisés ou spécialités. Passe encore pour les vins toniques.

Pourtant, il y a certains médicaments que l'on ne trouve guère que spécialisés : les poudres et extraits de viande, qui sont souvent indispenbles aux malades.

La même chose pour les peptones. Celles en vrac sont tellement repoussantes pour les malades qu'ils les refusent. De même, les produits biologiques : suc gastrique de chien ou de porc, ferments pour la digestion du lait, bouillon paralactique et les produits opothérapiques, extraits thyroïdien, orchitique, etc., comment les malades pourront-ils y avoir droit, car ils sont toujours spécialisés. Ils ne peuvent être fabriqués que dans certains laboratoires spécialement outillés et souvent même, pour quelques produits, autorisés par l'Etat.

Quant à certains médicaments dangereux, beaucoup de médecins ne les emploieront que s'ils en connaissent la provenance ou s'ils sont spécialisés, comme l'aconitine ou la digitaline cristallisée. Je n'emploierai jamais, pour ma part, de sérum gélatiné sans savoir quel est le laboratoire qui l'aura préparé, ne voulant pas faire risquer le tétanos à mon malade.

Si tous ces produits sont défendus aux membres des sociétés mutuelles, on ne pourra pas mettre davantage à leur usage la médication hypodermique qui amène dans bon nombre de cas des résultats si probants et si rapides.

Point d'injections de cacodylate de soude, de sérum physiologique ou de Quinton. Il s'agit là d'une opération de petite chirurgie et, d'autre part, les pharmaciens qui n'ont pas d'autoclave ne peuvent guère préparer ces produits qu'ils doivent emprunter à certains de leurs confrères.

Si le malade doit avoir confiance dans son médecin, celui ci doit avoir foi dans les médicaments qu'il prescrit.

Peut-on toujours accorder sa confiance aux médicaments fournis par les pharmaciens, quand on connaît les rabais excessifs qu'on leur impose sur leurs tarifs. Un mutualiste me racontait, indigné, qu'un pharmacien auquel il présentait une de mes ordonnances lui aurait répondu : « Si vous voulez ajouter quelque chose, je pourrai vous fournir des médicaments d'une qualité supérieure à celle que je fournis aux sociétaires ». Je veux bien supposer qu'il s'agit là d'un fait resté

unique. Il est vrai que le grand conseil de la mutualité a trouvé un remède à la chose dans l'institu on de pharmacies mutualistes surveillées par les mutualistes eux-mêmes. La condamnation des pharmacies mutualistes à Lyon et dans les environs de Paris, pour exécution inexacte des ordonnances, n'est pas pour nous donner confiance dans cette innovation. Les sociétaires du reste ne tiendront pas à ce que le livre d'ordonnances où figure avec leur nom la prescription de leur médecin soit à la disposition des mutualistes contrôleurs qui connaîtront ainsi la nature de la maladie de leur collègue. Le secret professionnel, il est vrai, n'existe pas dans les mutualités.

Si encore ces visites rapides et écourtées étaient consacrées entièrement au malade, pourrait-on encore lui être utile.

Mais la mutualité, comme toute bonne administration, a besoin d'une paperasserie et le docteur est à la fois médecin traitant et médecin paperassier ou administratif. Le plus souvent, les ordonnances des sociétaires doivent être faites sur des imprimés spéciaux, que le médecin doit remplir en double expédition, dont une reste aux mains du malade, l'autre appartient au pharmacien comme justification de ses fournitures. Le docteur doit de plus rédiger gratis un certificat de maladie. Pour permettre au sociétaire d'obtenir une feuille de maladie, il faudra que le médecin signe cette feuille ou ces feuilles — car dans certaines mutualités, il y en a deux — à chacune de ses visites ou consultations, il devra y consigner ses observations, indiquer si le malade peut sortir, l'heure de la sortie, le jour où il pourra reprendre son travail. Il devra surtout voir si le sociétaire est en règle avec la société, s'il a payé ses cotisations.

Dans le cas contraire, le médecin ne doit lui donner ni consultation, ni visites, celles-ci, en effet, ne lui seraient pas payées, et le déplacement nécessaire pour faire cette constatation de non-paiement reste également à sa charge. Je copie dans une feuille de société : « MM. les Drs sont priés de signer et de faire signer les sociétaires à chaque visite ou consultation dans les colonnes et à la date respective, sans oublier d'exiger le reçu de la cotisation du mois échu. Toute visite ou consultation faite à un sociétaire en retard de paiement de ses cotisations de plus d'un mois restera à la charge du docteur.

V. — *Rapports des médecins et du conseil d'administration.*

Quels sont les rapports qui existent entre les médecins et le conseil d'administration ?

Ces rapports sont souvent très cordiaux, mais, dans ces cas, il s'agit surtout de bonnes relations personnelles d'homme à homme, avec tel conseiller ou tel agent général. Souvent aussi ces rapports sont excellents en apparence.

Quelques médecins sont mal vus du conseil, parce qu'ils ne veulent pas se laisser enrôler comme membres honoraires, malgré les appels pressants qu'ils reçoivent. Ils ne veulent pas ainsi rendre d'une main ce qu'ils ont touché de l'autre, et avant tout, ne veulent pas être suspectés d'augmenter le nombre de leurs visites pour payer leur cotisation d'honoraire.

Il ne faut pas oublier que, dans bien des cas, le médecin est aigri contre la mutualité quand il constate que sa prospérité est faite de la ruine du corps médical et que les millions accumulés correspondent aux sommes abandonnées ou arrachées aux honoraires médicaux.

Rien ne les oblige, me direz-vous, à y rester. Cela est vrai. Mais, il leur faut vivre. Ils sont comme les exploités qui restent à la solde des exploiteurs, car ils savent qu'une légion de confrères aussi malheureux qu'eux attendent leur départ pour prendre la place.

Nommés par le conseil, ils sont de véritables employés à la merci d'un patron qui peut les révoquer à son gré ou sur la plainte plus ou moins justifiée d'un sociétaire et sur la décision d'un comité médical composé d'employés non compétents qui le condamnent sans l'entendre.

J'ai vu ainsi un médecin blâmé par un de ces aréopages pour n'avoir pas fait dès le début le diagnostic d'un épanchement pleurétique, et une fois sur la plainte d'un malade disant qu'on ne lui avait pas appliqué le traitement approprié.

Car la plupart des conseils d'administration de sociétés mutuelles ne veulent pas admettre dans leur sein un médecin qui pourrait être, à la fois, l'avocat des médecins et des malades.

Il ne faut pas se le dissimuler : sociétés et sociétaires ont des intérêts différents. Les sociétaires, qui paient, désirent des soins et des secours aussi prolongés que possible. La société, au contraire, cherche à faire des économies, à grossir son capital et le meilleur signe de la sage administration d'un conseil ne consiste pas à soigner un grand nombre d'adhérents, mais à célébrer la fête d'un premier ou d'un deuxième million. C'est, du reste, le point principal pour une société puisque c'est le miroir aux gogos, qui s'imaginent qu'ils profiteront de ces sommes destinées surtout à leurs arrière-petits-neveux. Si, en apparence les membres du conseil paraissent avoir quelques égards pour leurs médecins, c'est que ceux-ci forment le rouage indispensable de toute société. Mais au fond, ils ne les considèrent que comme des êtres inférieurs. Il est, en effet, assez rare qu'un administrateur prenne comme médecin, pour lui et les siens, un médecin qu'il a accepté pour les sociétaires. M. l'administrateur se croirait deshonoré d'accorder sa confiance à un modeste praticien.

Loin d'avoir confiance dans le médecin, on prend vis-à-vis de lui des précautions. Il faut le surveiller, l'empêcher de commettre des abus, de réclamer des visites non faites. Pour le règlement des honoraires, on ne se fie pas à sa parole ; il faut un contrôle établi de telle sorte que le médecin contrôle le sociétaire et celui-ci le médecin. Je copie textuellement dans une feuille de société prise au hasard : « Le médecin est pourvu d'une feuille spéciale pour l'enregistrement des consultations et des visites. L'inscription y est faite en présence du sociétaire qui appose sa signature à côté de celle du médecin » ; et dans presque toutes les feuilles : « Le médecin doit remettre cette feuille à l'appui de sa note d'honoraires ». Dans une autre société il est dit : « A la dernière visite du docteur, le sociétaire devra signer et dater ». La feuille ainsi arrêtée par le malade, la société a l'assurance formelle que le médecin ne marquera pas après coup d'autres visites.

VI. — *Rapports des médecins avec les sociétaires.*

Tout le monde sait le peu de faveur que rencontre dans le public le titre de « médecin de sociétés ». Les mutualistes s'imaginent qu'un docteur touchant des honoraires modestes est forcément de qualité inférieure.

A notre époque d'évolution sociale, les ouvriers et employés, clientèle habituelle des sociétés, ont un profond mépris pour les « sarrasins », ceux qui travaillent au dessous du tarif. Ils se disent qu'on en a toujours pour son argent et que, d'après la formule socialiste : « A travail mal payé, travail mal fait ».

Ils font l'application de ces maximes aux médecins que les sociétés leur imposent. Ces mêmes prolétaires voient souvent, dans le médecin, un bourgeois, un fils de bourgeois ou de patron, sans se douter qu'il existe un prolétariat médical. Le médecin doit être à leurs ordres, ils usent de lui comme le patron use de ses employés, ils en usent et en abusent avec d'autant plus de facilité qu'ils n'ont rien à payer et que, de par son contrat, le docteur doit répondre à tous les appels. Aussi le dérangent-ils au moindre malaise dans des cas où ils n'appelleraient pas un médecin qu'ils devraient honorer.

Souvent même les mutualistes riches font venir chez eux le médecin, à leur maison de commerce pour n'avoir pas à se déranger pour les consultations. Je sais bien qu'il est dit que le sociétaire valide doit se rendre aux consultations, et s'il ne le fait pas le médecin devra-t-il être un délateur ? et s'il refuse ses conseils, qui est-ce qui paiera le déplacement de sa visite ? Aussi, s'il veut vivre en bonne intelligence avec la société et les sociétaires, le médecin devra se mettre à la discrétion de ces derniers, leur distribuer abondamment des médicaments, écrire sous leur dictée quand ils le désirent, ajouter à leur ordonnance du quinquina, de la teinture d'iode, de l'alcool camphré, etc., dont ils n'ont nul besoin. Agissant ainsi, ils auront chance d'éviter des plaintes qui leur seraient sûrement préjudiciables. Ils doivent également multiplier les visites, sinon, on prend un autre médecin, car on ne tient pas plus à lui qu'à un autre.

D'une façon générale, on n'a aucune confiance dans le médecin de la société, on le subit quand, peu fortuné, on ne peut faire autrement, ou bien, on le garde pour les indispositions légères et on s'adresse à un autre pour les cas sérieux ou pour les soins à donner à la famille si l'aisance est plus grande.

On l'appelle par obligation, car sans lui, on ne pourrait avoir de feuilles pour l'indemnité, ni de médicaments gratuits, mais souvent on le fait surveiller par un autre médecin.

Dans certains cas même – le fait m'est arrivé — des sociétaires apportent au médecin des feuilles d'ordonnances d'un autre confrère en priant de les recopier sur les imprimés de la société.

Le sociétaire a toujours le médecin en défiance, il est pour lui non un ami, mais un fonctionnaire de l'administration, suspect de le surveiller de la part du conseil.

Il se rend compte du rôle absurde qu'on impose au docteur de société qui doit être, à la fois et pour le même malade, médecin traitant et médecin contrôleur. Le médecin ne peut honnêtement jouer ce double rôle d'une façon impartiale. Il fera pencher, selon son caractère, la balance du côté de la société ou du malade. Or, nous savons que les intérêts des deux sont différents et que, pour le praticien digne de ce nom, le client, celui qui doit lui être sacré, c'est celui qu'il soigne et non celui qui paye, que le client dans l'espèce est le sociétaire et non la société.

Avec les règlements actuellement en vigueur, on légitime la défiance des sociétaires envers leurs médecins qu'on oblige à violer leur secret professionnel. Le sociétaire peut-il alors avoir une garantie morale à attendre de celui à qui il confie sa personne.

Il est dit que la feuille de maladie n'est délivrée que sur certificat médical et que la feuille de maladie doit porter la nature de la maladie et les observations auxquelles elle peut donner lieu.

Logiquement, il suffirait au médecin de marquer que M. X. est atteint soit de maladie aiguë, fébrile ou contagieuse et que son indisposition peut durer tant de jours, renseignements suffisants pour le fonctionnement du service médical. En nous obligeant à mettre le diagnostic exact, nous causons au malade qui se confie à nous, qui nous paie par l'intermédiaire d'une caisse, un préjudice matériel et moral, du fait de la violation du secret professionnel.

Si nous inscrivons : M. X. est atteint de syphilis ou d'orchite blennorragique (puisqu'il y a encore des sociétés qui ne soignent pas ces maladies dites honteuses par les gens qui ont fait tout ce qu'il fallait pour les contracter, mais se sont trouvés favorisés par le hasard), il perd ses droits aux soins et à l'indemnité journalière, c'est un paria. Même chose s'il se blesse par rixe ou par accident au cours de l'ivresse, car le malade n'a pas droit aux avantages de la société pour les maladies occasionnées par la débauche.

Peut-être même la grossesse, chez les gens légitimement mariés, rentre-t-elle dans ces maladies occasionnées par la débauche puisque bien des sociétés privent des secours médicaux les femmes lors de leur accouchement. Devrons-nous alors déclarer ces grossesses pour lesquelles on nous demande souvent le secret ? Oui, si nous écoutions la logique des sociétés mutuelles.

Venons-nous à marquer sur une feuille de maladie : tuberculose, ataxie, albuminurie, etc., etc, notre malheureux client est aussitôt classé dans les chroniques et perd tout droit à une indemnité. C'est par notre acte médical que nous causons ce préjudice. Si, au contraire, un devoir supérieur d'humanité nous empêche de commettre cette infamie, de dénoncer un malade atteint de maladie vénérienne ou d'affection chronique, nous manquons à nos devoirs envers la société.

En résumé, avec le service médical des mutualités, tel qu'il fonctionne actuellement, le médecin abdique son indépendance pour devenir le serviteur d'un conseil d'administration, il foule aux pieds sa dignité professionnelle, il est parjure en acceptant de violer son secret professionnel. Quant aux sociétaires, pour leur argent, ils ont les plus grandes chances d'être mal soignés par un médecin mal payé, qui n'a pas leur confiance et qu'ils n'ont pas choisi.

Conclusion. — L'avenir de la Mutualité est dans le libre choix, accordé à tous les malades, du médecin qui a leur confiance, dans une indemnité suffisante pour permettre de payer son pharmacien et son médecin d'une façon honorable. La différence entre le prix accordé par la société et le taux demandé par le médecin resterait à la charge du sociétaire qui pourrait ainsi prendre le médecin qu'il voudrait.

La création de médecins contrôleurs, chargés exclusivement du contrôle, véritables experts, exonérant ainsi le médecin traitant de la violation du secret professionnel, est une chose qui s'impose.

Il faut ajouter l'établissement de commissions d'arbitrage formées par les sociétés mutuelles d'une part et les sociétés ou syndicats médicaux, d'autre part. Il faudrait, en un mot, un régime de liberté qui assure à tous la dignité et l'indépendance.

Le projet mis comme annexe à cette étude peut servir de type pour l'organisation du service médical des mutualités.

LA FRATERNELLE DE LA BOULANGERIE

La Fraternelle de la Boulangerie, Société de Secours mutuels en formation, étant entrée en pourparlers avec le Syndicat des médecins de la

Seine pour l'organisation du service médical de cette Société, ces deux groupements, dans une séance préparatoire, ont décidé d'étudier d'un commun accord le projet suivant :

Comme principe, désirant que chaque malade puisse conserver le médecin de sa famille, celui qui a sa confiance, la Société a décidé de laisser à tous les sociétaires le libre choix du médecin en cas de maladie.

Prix des visites et consultations.

Elle s'engage vis-à-vis du médecin choisi par le malade au paiement des visites et consultations jusqu'à concurrence de 3 francs par visite et 2 francs par consultation, adoptant ainsi le tarif ouvrier minimum du Syndicat des médecins de la Seine. Si les honoraires dus au médecin excèdent ce prix, la différence est à la charge des sociétaires.

Mode de paiement des médecins.

Chaque sociétaire aura à sa disposition un carnet à souches, véritable carnet de chèques mutualistes. A chaque visite ou consultation du médecin le malade remettra à celui-ci un chèque mutualiste de 3 ou 2 francs, payable par la Société au siège social, soit à la fin du mois ou du trimestre, après acquit donné au dos par le médecin; celui-ci devra également à chaque visite signer la souche correspondante au chèque remis.

Moyens d'éviter les abus.

Des carnets de 10 chèques seront remis aux Sociétaires contre une somme de cinq francs. Les Sociétaires participant de cette façon dans la proportion de 0,50 au prix de la visite ou consultation auront tout intérêt à ne pas faire appeler le médecin inutilement. Pour le même motif, ils empêcheront aussi le médecin qui serait tenté de le faire de commettre des abus dans le nombre des visites ou consultations.

Visites de nuit.

Les visites de nuit seront garanties au médecin au prix de 6 francs, soit deux visites, la différence entre le prix de 10 francs (prix municipal), restant à la charge du sociétaire; le service de nuit va de 9 heures du soir à 6 heures du matin.

Petite chirurgie.

Seront payées 5 francs :

Pointes de feu, vaccination, ouverture d'abcès superficiel, panaris, suture unique, injections hypodermiques d'urgence (morphine, éther, caféine, etc.), cathétérisme évacuateur répété.

Seront payées 10 francs en cas d'extrême urgence :

Saignée générale, cathétérisme urétral, première injection de sérum artificiel.

Visite d'entrée.

Elle sera payée 2 francs et sera à la charge du sociétaire,

Contrôle.

La Société, pour éviter les abus dans la durée de l'incapacité maladie, aura un ou plusieurs médecins contrôleurs.

Ceux-ci appartiendront autant que possible au Syndicat des médecins de la Seine ; ils seront nommés par la société sur présentation d'une liste dressée par le Syndicat.

Le médecin contrôleur ne pourra en aucun cas accepter d'être médecin traitant de sa région de contrôle. Le contrôleur n'a pas à connaître ni à apprécier le diagnostic et le traitement du médecin traitant. Son rôle se borne à constater si le malade peut reprendre son travail ou combien de jours doit durer son incapacité de travail.

A sa visite, il consignera ses observations sur une note qui sera envoyée par ce dernier à la Société.

Les honoraires des médecins contrôleurs seront de 5 francs.

Commission d'arbitrage.

Une commission d'arbitrage formée de trois mutualistes et de trois médecins syndiqués élus par leurs pairs sera établie pour régler les différends ou contestations pouvant survenir entre la société, les sociétaires et le médecin, concernant le service médical.

Le ou les médecins contrôleurs ne peuvent faire partie du Conseil d'arbitrage qu'à titre de commissaire.

Pour faciliter le fonctionnement de la société, le Syndicat des médecins de la Seine adressera à ses membres un referendum par la voie de son *Bulletin* pour connaître les médecins qui accepteront les conditions fixées dans le présent projet et accepteront d'avance les décisions de la Commission dite d'arbitrage.

Leurs noms ne seront inscrits dans l'annuaire de la Société qu'à titre indicatif, mais les sociétaires restent toujours libres de choisir leur médecin.

Dr Vimont.

Trésorier du Syndicat des Médecins de la Seine.

Le projet de service médical ci-dessus a été approuvé par le Conseil d'administration de « la Fraternelle de la Boulangerie » le treize novembre 1907.

Pour le Conseil d'administration :

Le Président,

Virat.

Le projet ci-dessus a été approuvé par le Conseil d'administration du Syndicat des médecins de la Seine dans sa séance du 5 décembre 1907.

Pour le Conseil d'administration :

Le Président,

Dr Philippeau.

Dans cette étude, je n'ai voulu blesser aucune catégorie de médecins, car, en France, la presque totalité des médecins se trouve appartenir plus ou moins à des mutualités et moi-même suis médecin mutualiste.

J'ai signalé les abus dont j'ai eu connaissance dans l'exercice de la profession. Si ces abus ne sont pas très fréquents, ils peuvent néanmoins se produire grâce à l'organisation défectueuse du régime des mutualités. En tous cas, cette organisation est telle que, malgré la bonne volonté des médecins et leur désir de faire leur devoir social, ils peuvent toujours être suspectés de se laisser entraîner aux abus que j'ai signalés.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

La Maison du médecin.

Les confrères qui ont pris l'initiative de cette création vont courageusement de l'avant, après avoir pris connaissance des difficultés, des arguments opposables et de tout ce qu'on pourrait appeler les contre-indications. Il se peut que la clientèle de la « Maison du médecin » soit faible au début et surtout composée des retraités du service de santé de l'armée, de la marine et des colonies, ce qui serait déjà quelque chose d'ailleurs. Mais, il se peut aussi que l'organe développe la fonction et que l'utopie d'hier devienne une réalité précieuse demain.

Nous devons, en tout cas, notre concours aux zélés propagandistes et profitons de la première place disponible pour publier les documents ci-dessous.

Lettre-circulaire du Conseil d'Administration

20 mars 1908.

Cher et honoré Confrère,

Plusieurs demandes de renseignements m'ayant été adressées au sujet « des avantages réservés aux souscripteurs », et craignant que le but poursuivi par ses promoteurs n'ait pas été suffisamment déterminé, j'ai voulu, par les lignes suivantes—dont le Conseil d'administration a demandé la vulgarisation — mettre la question bien au point, pour qu'on ne puisse plus se méprendre sur cette œuvre, de pure solidarité confraternelle et de *réparation professionnelle*, que nous venons d'entreprendre et qui suscite partout une si belle et si généreuse émulation.

Comme les Statuts vous l'ont appris, la *Maison du Médecin* ne prétend être ni un hospice, ni un asile, ni un refuge, ni une maison *gratuite*, dans le sens exclusif du mot, la gratuité y devant être subordonnée aux ressources de son budget, au revenu de ses dons et legs, enfin, au nombre de *bourses* provenant de ses propres affectations.

En principe, la *Maison du Médecin* sera donc payante *pour tous* : que le paiement y soit effectué par l'intéressé, par un intermédiaire quelconque, ou toute autre personne interposée, peu importe : cela ne regardera que le Conseil de famille. Mais, chacun payant le même prix, sera traité sur le même pied, sans que les cotisations antérieures, quelles qu'elles soient, puissent conférer aucun privilège à l'entrée *gratuite* dans la Maison : donc *pas d'admission de droit* : autrement, nous n'aurions créé qu'une mutualité de plus.

Le *seul droit* à la préférence, parmi les candidatures à *l'entrée gratuite*, en cas de place et de bourses vacantes, sera conféré par l'état de détresse plus ou moins grande du postulant, état dont le conseil de famille demeurera seul juge.

—

En effet, si nous entendons nous entr'aider solidairement tous, dans la mesure de nos moyens respectifs, sans vouloir en retirer un droit spécial et proportionnel, c'est parce que nous voulons faire œuvre de pure philanthropie professionnelle, alimentée par tous les confrères qui peuvent, au profit de ceux qui ne peuvent pas, ou ne peuvent plus, et dont pourront bénéficier également tous les autres, *à leurs propres frais*, suivant leurs ressources et les nôtres, c'est-à-dire suivant que l'œuvre sera plus riche, la ou les maisons plus grandes, plus multipliées.

Pour atteindre ce but, le souscripteur ne doit pas escompter un profit personnel, mais souhaiter, au contraire, n'en avoir jamais besoin pour soi-même.

Voilà ce qui différencie nettement notre œuvre du refuge gratuit — dont nous désirons d'autant plus la création et la multiplication, qu'il nous dégagera des plus urgentes détresses — ainsi que les mutualités et autres caisses d'assistance, de prévoyance, d'épargne ou de capitalisation, dans lesquelles l'intérêt de chacun, multiplié par les intérêts de tous, entretient l'unique souci d'un légitime profit personnel, *qu'on en ait vraiment besoin ou non.*

D'aucuns pourront ne pas nous comprendre ou, pis encore, nous comprendre et ne pas nous suivre, c'est affaire à eux ; mais cela ne nous empêchera nullement, à l'heure de la détresse et si la leur est plus grande, de les distinguer de préférence, de les recueillir les premiers, au fur et à mesure de nos disponibilités et de leur conférer ainsi, à eux-mêmes, ce *droit* qu'ils nous réclament dès aujourd'hui, *avant d'en avoir besoin*, ce tour de faveur exceptionnelle.

Voilà pour les droits de chacun à la bourse de tous et à la table hospitalière et confraternelle de la *Maison du Médecin.*

—

Quant à celui qui pourra lui-même, ou par des tiers, Sociétés, Mutualités, etc., — ce dont le Conseil de famille sera encore seul à connaître — subvenir aux frais minimes de sa propre pension à la *Maison du Médecin* — dont il ne pourra, par ainsi, grever le budget de secours — il y sera admis sur sa demande, à titre temporaire ou définitif, selon la place disponible, son rang d'inscription et, sans doute, les témoignages d'intérêt donnés par lui, *ou sa Société*, à l'œuvre de solidarité commune. Il y sera d'autant plus sollicité qu'il saura trouver, réunis là, dans le milieu le plus sympathique, toute l'aisance, tous les avantages et agréments que pourront produire les économies de tous mises en commun et intelligemment ménagées pour qu'il puisse en retirer un profit infiniment supérieur à tout ce qu'il pourrait espérer de ses seules ressources et souscriptions capitalisées.

Ainsi comprise, nous avons pensé que la *Maison du Médecin* pouvait réunir les mérites d'une saine, belle et bonne œuvre à toutes les suggestions d'une résidence enviable pour tout confrère parvenu au déclin de la vie, à cet âge où l'on aspire après cet *otium cum dignitate*, dont rêvait déjà, il y a deux mille ans, le plus éloquent des orateurs romains.

Je me plais à espérer que tel sera également votre avis et vous prie d'agréer, cher et honoré confrère, nos sentiments les plus sincèrement dévoués.

Pour le Conseil d'Administration :
Le Président,
A. COURTAULT.

STATUTS DE LA « MAISON DU MÉDECIN »

(Société pour la création et l'administration d'une maison de retraite, de repos et de cure pour les médecins français.)

Titre I. — *But et siège social.*

Article premier. — La société la Maison du médecin a pour objet :

1° De fonder, de diriger et d'administrer une maison de retraite, de repos et de santé pour les médecins français ;

2° De recueillir les ressources nécessaires à cette création, et,celles-ci trouvées, de créer et d'assurer l'organisation et le fonctionnement de cette maison.

Art. 2. — La Société s'interdit toute discussion, comme toute préoccupation d'ordre politique ou religieux.

Art. 3. — Son siège social est à Paris.

Titre II. — *Composition.*

Art. 4. — La Société se compose :

1° De membres titulaires, versant une cotisation annuelle, minimum, de 12 fr. ;

2° De membres donateurs, versant, en dehors de leur cotisation annuelle, une somme de 50 à 150 fr. ;

3° De membres perpétuels, versant une somme une fois donnée, de 200 à 500 fr. ;

4° De membres fondateurs, versant une somme de 500 à 1000 fr. ;

5° De membres bienfaiteurs, versant une somme de 1000 fr. et au delà.

Art. 5. — Peut devenir adhérent tout souscripteur versant une cotisation annuelle quelconque sans fixation de minimum.

Les collectivités (associations, syndicats, etc.) pourront aussi adhérer au même titre.

Titre III. — *Administration.*

Art. 6. — La Société est administrée par un Conseil d'administration pris parmi les membres médicaux de la Société, élu en assemblée générale et qui choisit lui-même, entre ses membres, les titulaires du Comité exécutif.

Ce Conseil comprend 18 membres, élus pour deux ans, et rééligibles. Ils sont divisés en deux parties égales (par tirage au sort la première année), une de ces moitiés sortant chaque année.

Art. 7. — Le Comité exécutif comprend :

1 président ;
2 vice-présidents ;
1 secrétaire général ;
2 secrétaires ;
1 trésorier ;
1 trésorier adjoint ;

Art. 8. — Le président est élu pour deux ans et n'est pas immédiatement rééligible.

Le secrétaire général et le trésorier sont élus pour deux ans et rééligibles.

Les autres membres du Comité sont élus pour un an et rééligibles.

Art. 9. — Les anciens présidents feront partie de droit du Conseil d'administration, à titre consultatif.

Art. 10. — Les fonctions des membres du Comité, du Conseil d'administration et des diverses Commissions dont il va être traité, sont toutes gratuites.

Tous les membres de la Société s'interdisent, à quelque titre que ce soit, une participation quelconque aux bénéfices provenant de la Société.

Art. 11. — Un Comité de haut patronage et un Comité de propagande comprendront des personnalités désignées par le Conseil d'administration.

Les membres bienfaiteurs feront partie de droit du Comité de haut patronage.

Titre IV. — *Commissions.*

Art. 12. — Deux Commissions, de six membres chacune, seront élues en assemblée générale :

1° Commission des voies et moyens ;

2° Commission d'organisation de la Maison.

Chacune de ces Commissions, dont feront partie de droit le président, le secrétaire général et le trésorier, sera présidée par un membre du Conseil d'administration, nommé par ce Conseil et pris en dehors des trois membres du bureau ci-dessus.

Ces commissaires sont nommés pour un an et rééligibles.

Art. 13. — Une troisième Commission, Commission de contrôle financier, nommée également chaque année, en assemblée générale, sera composée de six membres, recrutés moitié au sort, moitié à l'élection. Ses membres ne seront pas immédiatement rééligibles et devront tous être pris en dehors des membres du Conseil d'administration.

Cette Commission vérifie les comptes de la trésorerie et présente, chaque année, un rapport à l'assemblée générale.

Titre V. — *Assemblée générale et réunions.*

Art. 14. — L'assemblée générale comprend tous les membres prévus à l'article 4.

Elle se réunit une fois par an, au mois de mars, et toutes les fois que le Conseil d'administration le juge nécessaire.

Elle élit le Conseil d'administration et les Commissions.

Elle entend et approuve le compte rendu moral du secrétaire général et le compte rendu financier du trésorier ; ce dernier compte n'est approuvé qu'après la lecture du rapport de la Commission de contrôle financier.

Elle prend toutes les décisions relatives aux seules questions inscrites à son ordre du jour.

L'ordre du jour est fixé par le Conseil d'administration.

Toute proposition émanant de trois membres de la Société devra, pour être inscrite à l'ordre du jour de l'assemblée générale, être adressée au Conseil d'administration un mois au moins avant la date de cette assemblée.

Le vote par correspondance est admis pour les élections au Conseil d'administration et aux Commissions.

Art. 15. — Le Conseil d'administration se réunit tous les deux mois au moins.

Art. 16. — Le Comité et les Commissions fixent eux-mêmes la date de leurs réunions.

Titre VI. — *Ressources de la Société.*

Art. 17. — Les ressources de la Société se composent :

1° Des cotisations de ses membres et des souscriptions de ses adhérents ;

2° Des dons et libéralités quelconques (1) ;

3° Des subventions de l'État, des départements et des communes ;

4° Du produit des recettes de toute nature (loteries, tombolas, fêtes, quêtes, etc.) ;

5° Du revenu des biens de la Société.

Art. 18. — Les capitaux disponibles de la Société devront être placés en valeurs françaises (fonds d'État, obligations de chemins de fer garanties par l'État, obligations du Crédit Foncier, emprunts des villes françaises).

Ces valeurs seront déposées dans une caisse publique ou un établissement de crédit, au compte de la Société.

Une somme fixée par le Conseil d'administration sera attribuée au fonds de roulement et à la propagande et laissée en compte courant à la caisse du trésorier.

Art. 19. — Aucune dépense imprévue ne pourra être engagée sans l'autorisation du Conseil d'administration. Aucune aliénation de valeur ne pourra être faite qu'après autorisation du Conseil d'administration et l'ordre de vente devra porter, outre la signature du trésorier, celle du président, du secrétaire-général et de deux membres de la Commission de contrôle financier.

Titre VII. — *Conditions d'admission dans la Maison du médecin.*

Art. 20. — Un Conseil de famille, composé de dix membres, nommés par le Conseil d'administration parmi les membres médicaux de la Société, statuera sur les admissions et décidera des conditions d'en-

(1) Le Conseil d'administration a décidé d'accepter tous les dons sans fixation de minimum et provenant ou non des membres du corps médical.

trée, de séjour et de pension dans la Maison du médecin.

Art. 21. — La femme du médecin pourra être admise en même temps que son mari dans la Maison de retraite.

Art. 22. — La Maison du médecin sera payante ;

Le médecin pourra :

Ou faire lui-même les frais de sa pension ;

Ou en faire effectuer ou compléter le versement par des tiers, par une Société philantrophique ou de prévoyance, qui pourront le pourvoir d'une bourse, entière ou partielle, annuelle ou viagère.

Art. 23. — Toutes les économies réalisées par l'œuvre, en dehors de ses frais généraux, d'entretien, d'extension et du fonds de réserve à prévoir au règlement intérieur énoncé à l'article 25 et dernier, devront être capitalisées, pour en faire servir les revenus à la création de bourses.

Titre VIII. — *Dissolution.*

Art. 24. — La dissolution ne pourra être prononcée que par une assemblée générale, spécialement convoquée à cet effet et à la majorité des trois quarts des membres présents.

Titre IX. — *Règlement intérieur.*

Art. 25. — Un règlement intérieur précisera les questions de détails, spécialement en ce qui regarde l'administration financière, l'organisation pratique et le fonctionnement normal de la Maison du médecin.

CONSEIL D'ADMINISTRATION.

Président :

Dr *Courtault*, dir. des T. M. M. et de la Méd. des acc. du travail.

Vice-présidents :

Dr *Triboulet*, médecin des hôpitaux.
Dr *Cunéo*, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire général :

Dr *Lucien Nass*, homme de lettres.

Secrétaires :

Dr *Paul Cornet*, secrétaire général du Syndicat de la Presse scientifique.
Dr *Wicart*, rédacteur en chef du *Médecin praticien.*

Trésorier :

Dr *Kolbé*, de Châtel-Guyon, ex-professeur à la Faculté de Buenos-Ayres.

Trésorier-adjoint. :

Dr *Paul Klein*, de Château-Gontier.

Membres :

Dr *Brindeau*, professeur agrégé, accoucheur des hôpitaux.
Dr *Butte*, ex-chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis, secrétaire général de la Société des médecins inspecteurs des écoles.
Dr *L. Duchastelet*, de Paris.
Dr *Favreau*, du Conseil d'administration des Crèches de Paris.
Dr *Aimé Gardette*, de la Commission scolaire du 9e arrondissement.
Dr *P. Guillon*, président de la Société des médecins des théâtres.
Dr *Lucien Jacquet*, médecin des hôpitaux.
Dr *Laumonier*, secrétaire général de l'Association des journalistes militaires, maritimes et coloniaux.
Dr *Paul Reynier*, membre de l'Académie de médecine, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux.
Dr *Walther*, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux.

COMITÉ JURIDIQUE

Avocats-conseils :

Me *Léopold De Leymarie*, ancien magistrat, 5, rue Cassette, Paris.
Me *Bruno Dubron*, avocat à la Cour d'appel, 107, rue de Rennes, Paris.

Notaire :

Me *Alexandre Josset*, 66, *rue des Petits-Champs*, Paris.

Avoué :

Me *Georges Gallard*, docteur en droit, avoué de 1re instance, 3, rue de Penthièvre, Paris.

REPORTAGE MÉDICAL

Association de la presse médicale française. — Notre réunion statutaire de mai aura lieu le vendredi 8, à 7 heures, chez Marguery.

Ordre du jour :

1. Compte rendu moral du secrétaire général ;
2. Rapport des Commissaires aux comptes :
3. Comptes du Trésorier ;
4. Election d'un Syndic et d'un Secrétaire général, MM. Robin et Granjux étant arrivés au terme de leur mandat. L'un et l'autre sont rééligibles aux termes des statuts ;
5. Questions diverses.

Faculté et Hôpitaux.

— M. Paul Farez reprendra, à la Faculté de médecine (amphithéâtre Cruveilhier à l'Ecole pratique), le jeudi 30 avril, à 4 h. son cours de Psychopathologie du tube digestif ; il le continuera le jeudi de chaque semaine, à la même heure.

— M. Antonin Gosset, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux, commencera, le mardi 28 avril, un cours de médecine opératoire : opérations sur le foie, l'estomac, l'intestin et le rectum. Le droit à verser est de 80 francs pour les docteurs en médecine, de 50 francs pour les étudiants en médecine ; le cours est gratuit pour les internes des hôpitaux. Se faire inscrire 17, rue du Fer-à-Moulin.

Un cours pratique et complet de dermatologie et de vénéréologie aura lieu du 4 mai au 11 juillet, sous la direction de M. le Prof. Gaucher, avec le concours et la collaboration de MM. Bar, professeur de clinique obstétricale à la Faculté, Danlos, Balzer, de Beurmann, Castex, Queyrat, André Broca, Zimmern, Hudelo, Morestin, Gastou, Emery, E. Fournier, Milian, Terrien, Lacapère, Cathelin, Paris, Sabatié, Rostaine, Louste. Le cours sera complet en 100 leçons. Il aura lieu tous les jours, deux fois par jour, excepté les dimanches et fêtes, à 2 h. et à 3 h. 1/2 de l'après-midi, à l'hôpital Saint-Louis, dans l'amphithéâtre de la clinique.

Ce cours sera essentiellement pratique et portera surtout sur le diagnostic et le traitement. Toutes les démonstrations seront accompagnées de présentations de malades, de moulages du musée de l'Hôpital Saint-Louis et de préparations microbiologiques ou histologiques. L'application des médications usuelles sera faite devant les élèves. Un horaire détaillé sera distribué à chacun des auditeurs. Des certificats d'assiduité et d'instruction pourront être délivrés aux auditeurs à la fin du cours.

Un cours semblable aura lieu en octobre, novembre et décembre.

Le droit à verser est de 150 francs.

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON 3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trentième année | N° 18 | Dimanche 3 MAI 1908

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

IIe CONGRÈS DES PRATICIENS DE FRANCE

LILLE, 25-28 JUIN 1908
(*Voyage Bruxelles-Ostende-Londres,* 28 *juin au* 2 *juillet* 1908).

Deux mois à peine nous séparent de la date d'ouverture du IIe Congrès des Praticiens ; il n'y a pas à en douter, son succès sera éclatant, et son retentissement immense en France, en Belgique et en Angleterre. Grâce à la haute portée sociale des questions qui y seront traitées ; grâce à l'ampleur de ses débats où *maint remarquable Maître,* viendra rompre des lances avec maint praticien avisé et nourri d'expérience, grâce enfin à la visite que feront à leurs confrères belges et anglais nombre d'entre nous, le comité d'organisation a la conviction que, de ce Congrès, sortiront l'acceptation nette de nos droits corporatifs, et la réforme sérieuse et *sincère* d'un enseignement justement critiquable.

En effet, si la « Commission de Réformes » a supprimé *en nom* les « Diplômes spéciaux », elle les a conservés *en fait*, en créant des « titres » qui donneront à ceux qui lui auront reçus — *par décision personnelle de certains maîtres* — une situation particulière que *condamne pourtant l'augmentation réelle de la scolarité médicale admise par cette commission même.*

Le danger que court le « diplôme de doctorat » est donc aussi grand aujourd'hui qu'il l'était avant le Congrès de Paris. IL FAUT que les praticiens de France se lèvent en masse, encore une fois, pour lutter contre l'abaissement dont on les menace ; et qu'aux adhésions *individuelles* et *syndicales* déjà si nombreuses, s'ajoutent d'autres et d'autres adhésions *individuelles* et *syndicales* qui fassent du Congrès de Lille une manifestation irrésistible et, disons-le, définitive !

Les questions multiples que soulève le « libre choix » prendront au Congrès de Lille une importance nouvelle, par suite du projet de loi présenté à la Chambre par notre vaillant et toujours jeune confrère Dubuisson ; IL FAUT que le Congrès, tout en respectant les situations acquises, apporte à ce projet de « la liberté du choix par l'indigent » l'appui de la France médicale tout entière.

Enfin les compagnies d'assurances ont mené contre le corps médical une campagne odieuse en sa généralisation ; IL FAUT que le Congrès affirme notre ferme volonté de ne plus tolérer à l'avenir semblables calomnies, prenne les mesures nécessaires, et maintienne dans leur intégralité les deux grands principes de la loi Dubief : « Liberté de confiance pour le blessé », « tarif à la visite pour le médecin traitant ».

Telles sont, à grands traits, les données principales des travaux du futur congrès ; pas plus qu'en 1907, aucun praticien ne peut s'en désintéresser ; elles exigent un ensemble d'efforts qui dépassent ceux qui ont été faits à Paris l'année dernière : le sort de la profession médicale en dépend ; tant pis pour ceux qui ne sauraient ou ne voudraient pas le comprendre.

C'est pourquoi le comité d'organisation engage les confrères rapporteurs à mettre immédiatement au point leurs rapports ; les congressistes et les syndicats ou associations adhérents au Congrès pourront ainsi les recevoir en temps utile, les étudier à l'aise, et apporter dans les discussions l'ordre, la clarté et la méthode indispensables à la netteté des « vœux », au bien fondé des décisions.

Quant au voyage « *Lille-Bruxelles-Ostende-Londres,* » son prix modique de 130 *francs* par

tête a engagé déjà un nombre considérable de confrères à en profiter.

Il s'annonce, du reste, *comme devant être triomphal* : que chacun de ceux qu'il tente se hâte d'envoyer son engagement au Dr Aubert, 5, rue Thiers, à Lille ; le bien-être, le bon gîte, la bonne table en dépendent ; il est inutile d'insister.

Le collège des Médecins de Bruxelles a hautement manifesté *son très vif plaisir* de recevoir les confrères français ; pour qui connaît l'âme enthousiaste de nos excellents voisins, leur façon d'entendre et de pratiquer l'hospitalité, la sincérité et la cordialité de leurs sentiments à notre égard, il n'y a pas d'hésitation possible.

Après *Bruxelles*, ville superbe et gaie, les « congressistes et membres de leurs familles » visiteront *Ostende*, cette plage d'une richesse extraordinaire, d'une splendeur telle que bien rares sont les plages qui peuvent lui être comparées ; là, il y aura, c'est sûr, des surprises dont nul ne se plaindra.

Enfin, voici *Londres*, la ville immense. Grand honneur et marque insigne de distinction pour les congressistes : ils y seront reçus et *par nos confrères anglais* et, le lendemain, par le *lord-maire lui-même*, qui s'informe aimablement « *About how many ladies and gentlemen will be present at after-noon tea* ». (1).

Encore une raison de se hâter dans l'envoi du bulletin d'adhésion au voyage !

Qu'on se le dise ; qu'on se le répète ; qu'on s'entraîne mutuellement : jamais, jamais, les Praticiens n'auront l'occasion de voir de plus belles choses, d'être accueillis à bras plus ouverts, et tout en étant utiles au bon renom de la corporation médicale, de dépenser moins d'argent pour leur plaisir et pour le plaisir de ceux qui les accompagneront.

De leur côté, *Lille et ses médecins* feront l'impossible pour que les trois jours consacrés aux séances (Congrès du 25 au 28 juin, Voyage du 28 juin au 2 juillet), laissent dans l'esprit de leurs hôtes un durable souvenir ; n'en doutez nullement : à dignes hôtes, hospitalité digne d'eux !

Est-ce trop s'avancer de dire que, dans de telles conditions, le Congrès aura un retentissement sans pareil ?

Pour le Comité d'organisation du Congrès de Lille,

Dr L. Declercq.

P. S. — Le Comité d'organisation rappelle que *la réduction de* 50 % *sera obtenue pour tous les « congressistes et membres de leurs familles »*, sur *tous* les réseaux français, de leur gare de départ à Lille et vice-versa ; envoyer son adhésion avant le 15 mai courant.)

(1) Traduction : « Combien environ de Dames et de Messieurs seront présents au five O' clock ».

ASSOCIATION AMICALE DES MÉDECINS FRANÇAIS

Nous nous empressons de donner une bonne nouvelle à nos lecteurs.

L'Assemblée générale de l'A. G. vient d'adopter à la quasi-unanimité la création de la combinaison D de l'Amicale sur les bases ci-dessous.

Le Secrétaire général, Dr Mignon, reçoit dès maintenant les adhésions.

STATUTS ADDITIONNELS.

Sous le bénéfice de la convention suivante intervenue entre l'Association Amicale des Médecins Français et l'Association Générale des médecins de France :

Article premier

L'Association Générale des Médecins de France s'engage à faire chaque année, à la combinaison de l'Association Amicale, l'avance des sommes reconnues nécessaires pour assurer le service des pensions pour lesquelles l'Association Amicale n'aura pu constituer les réserves mathématiques. Ces sommes seront proposées par le Conseil Général et votées chaque année, par l'Assemblée Générale, sous forme de subventions remboursables.

A cet effet, l'Association Amicale soumettra au Conseil Général de l'Association Générale des Médecins de France, à la fin de chaque exercice annuel, l'inventaire sommaire de la combinaison D avec, si le Conseil Général le demande, le rapport de son actuaire.

Les réserves mathématiques de la combinaison seront calculées sur les bases qui ont servi à l'établissement des tarifs.

Article deuxième

La garantie donnée par l'Association générale des Médecins de France ne pourra, quant à présent et à moins d'un nouvel accord, dépasser chaque année la somme nécessaire pour compléter le service de dix pensions.

Article troisième

Ces avances seront faites sans intérêts. Elles seront remboursables aussitôt que l'Association Amicale sera en mesure de le faire, ainsi qu'il va être expliqué.

A la fin de chaque exercice, toute somme restée disponible après le paiement des frais généraux, la constitution complète des réserves mathématiques et le service des pensions, devra être expressément affectée au remboursement.

Le surplus des sommes disponibles devra être employé à constituer un fonds de réserve supplémentaire jusqu'à concurrence de 5 % des réserves mathématiques.

Article quatrième

Les femmes des médecins qui adhèreront à la combinaison D devront elles-mêmes faire partie de l'Association Générale des Médecins de France.

Article cinquième

Les dispositions du règlement concernant le taux des pensions servies par la combinaison D et celui des cotisations, ainsi que les conditions dans lesquelles les pensions doivent être servies, ne pourront être modifiées sans le consentement du Conseil Général de l'Association Générale des Médecins de France.

Article sixième

Cette convention n'est valable que pour la durée de la convention qui rattache l'Association Amicale des Médecins français à l'Association générale.

Les additions suivantes sont faites aux statuts de l'Association amicale des Médecins Français :

ARTICLES ADDITIONNELS.

VIII.— *Pensions aux veuves et aux orphelins.*

Art. 53. — Une combinaison nouvelle, dite combinaison D, est créée à l'Association Amicale des médecins français pour permettre aux membres de cette Association d'assurer à leurs veuves une pension annuelle de six cents francs, pension qui est réversible, dans les conditions

fixées à l'article 63, en cas de décès ou de divorce (1) de la mère, sur les enfants mineurs âgés de moins de 18 ans.

Art. 54. — La combinaison D est indépendante des autres combinaisons de l'Association Amicale, mais doit se superposer à l'une d'elles (2).

Elle constitue un compte spécial.

Art. 55. — La limite de l'âge d'entrée dans cette combinaison est fixée à cinquante ans.

Art. 56. — Tout membre qui veut entrer à la combinaison D doit :

1° Subir un double examen médical devant les confrères que lui aura désignés le Conseil d'administration et qui enverront directement au secrétaire général les certificats qu'ils auront délivrés ;

2° Présenter un bulletin de mariage ainsi que le bulletin de naissance de sa femme, bénéficiaire éventuelle (3) ;

3° Justifier que sa femme est affiliée à l'une des sociétés locales agrégées à l'Association Générale des médecins de France.

Le Conseil d'Administration prononce sur l'admission à la fin de chaque trimestre.

Art. 57. — Tout membre admis à la combinaison D paie une cotisation annuelle dont le quantum varie avec son âge et celui de sa femme au moment de son entrée dans la combinaison.

Les âges sont ceux que les intéressés atteignent dans l'année de leur admission.

La cotisation annuelle peut être rachetée par un versement unique au moment de l'entrée ;

Le tableau ci-après détermine le chiffre des primes pour les divers âges.

Les cotisations ne peuvent être contre-assurées par l'Association Amicale dans le but d'assurer leur remboursement.

Art. 58. — La cotisation annuelle part du 1er janvier de l'année de l'admission.

Elle se paie, à la volonté du sociétaire, soit en une fois en janvier, soit en deux fois, par moitié, au 1er janvier et au 1er juillet de chaque année (4).

Tout retard de plus d'un mois dans le versement de la cotisation entraîne le paiement d'une indemnité mensuelle complémentaire de 0.50 % de la cotisation par mois, représentant les intérêts et les frais de correspondance et de rappel.

Art. 59. — La cotisation annuelle cesse d'être exigible :

1° Si le sociétaire vient à décéder ;

2° Si le sociétaire atteint 65 ans (5) ;

3° Si la femme du sociétaire vient à mourir sans enfants ;

4° Si la femme du sociétaire étant morte, il ne reste plus d'enfants mineurs âgés de moins de 18 ans.

Art. 60. — La cessation de paiement de la cotisation pendant une année entraîne la radiation du sociétaire et la perte des droits conférés par la participation.

Toutefois si le sociétaire compte quinze années de participation avec paiement annuel régulier de la cotisation, une pension réduite sera attribuée à sa veuve.

Cette pension réduite sera égale à la différence entre la pension normale et la pension que la cotisation annuelle laissée en souffrance, assurerait à un adhérent entrant à l'âge où est arrivé le sociétaire au moment où il a cessé de payer cette cotisation (1).

Art. 61. — Le bénéfice des avantages concédés par la combinaison D ne commence que six mois après l'admission du sociétaire et après le paiement de la seconde prime semestrielle (2).

Art. 62. — Sous les conditions de l'article précédent, le droit à la pension s'ouvre le lendemain du décès du sociétaire.

Il cesse :

Pour la veuve, le jour de son décès ;

Pour les enfants mineurs, le jour où ils atteignent 18 ans ou le jour de leur décès.

Les bulletins de décès doivent être produits dans tous les cas et, en cas de décès de la mère, les bulletins de naissance des enfants.

Art. 63. — Dans le cas de décès de la mère, la pension attribuée aux enfants mineurs sera, par tête, de :

300 fr. pour un ou deux orphelins ;
200 fr. pour trois orphelins ;
150 fr. pour quatre orphelins ;
120 fr. pour cinq orphelins.

Et ainsi de suite, de telle sorte que le total ne puisse, en aucun cas, dépasser six cents francs par famille, ni trois cents francs par tête.

Si l'un des orphelins pensionnés vient à mourir ou s'il atteint 18 ans, sa pension n'est pas reversible sur ses frères et sœurs.

Art. 64. — La pension se paie par quarts, à termes échus, à la fin de chaque trimestre (31 mars, 30 juin, 30 septembre et 31 décembre) sur la production d'un certificat de vie pour les bénéficiaires.

Le premier arrérage ne comprend que le prorata couru depuis le jour du décès jusqu'à la date du paiement.

De même le dernier arrérage, en cas de cessation du droit à la pension, ne comprend que le prorata couru jusqu'au jour de la cessation. En cas de décès, il est versé aux ayants droit, sur la production d'un bulletin de décès, aux dates fixées ci-dessus.

Art. 65. — Les articles antérieurs des statuts, de 1 à 52 inclusivement, sont applicables à la combinaison D en ce qu'ils n'ont pas de contraire aux présents articles additionnels.

---

(1) Il est entendu que la pension n'est reversible que sur les enfants nés de cette union et non sur ceux qui pourraient naître d'un mariage ultérieur.

(2) C'est-à-dire que les membres devront obligatoirement faire partie des combinaisons A ou C ou de la combinaison B (pour cette dernière, qui est actuellement fermée, anciens membres seulement).

(3) Ces pièces, *destinées à une société de secours mutuels*, sont délivrées sur papier libre par les mairies.

(4) Les membres admis au 1er avril paient la moitié de la cotisation au moment de leur admission et la seconde moitié au 1er juillet suivant.

Les membres admis au 1er juillet et au 1er octobre paient d'un seul coup, au moment de leur admission, la première cotisation annuelle.

(5) L'âge d'entrée étant uniformément, pour tous les sociétaires, ramené au 1er janvier, l'âge de 65 ans se trouve par cela même ramené au 1er janvier : il en résulte que le sociétaire n'a pas à payer de cotisation pour l'année dans laquelle il atteint 65 ans.

(1) Soit a la cotisation au moment de l'admission et b la cotisation à l'âge où les versements cessent : la pension réduite sera 600 fr. $\times \frac{a}{b}$.

Par exemple, si l'âge d'entrée est 30 ans pour le mari et 25 ans pour la femme, la cotisation est de 176 fr. si la cotisation cesse d'être versée au moment où le mari a 47 ans et la femme 42 ans, elle est à cet âge de 302 fr. La pension réduite sera de

$$600 \text{ fr.} \times \frac{176}{302} = 349 \text{ fr. } 65.$$

(2) Pour le membre entré au 1er janvier, il commence le 1er juillet suivant ;

Pour le membre entré au 1er avril, le 1er octobre suivant ;

Pour le membre entré au 1er juillet, le 1er janvier de l'année suivante.

Pour le membre entré au 1er octobre, le 1er avril de l'année suivante.

Tableau des primes.

AGES du mari	AGES de la femme	COTISATION unique Fr.	COTISATION annuelle Fr.
25	30	2.073	120
—	29	2.144	123
—	28	2.216	126
—	27	2.288	130
—	26	2.360	134
—	25	2.432	138
—	24	2.504	142
—	23	2.576	146
—	22	2.647	150
—	21	2.718	153
—	20	2.789	156
26	31	2.075	122
—	30	2.148	125
—	29	2.222	128
—	28	2.296	132
—	27	2.370	136
—	26	2.444	140
—	25	2.519	144
—	24	2.594	148
—	23	2.668	152
—	22	2.742	156
—	21	2.814	160
—	20	2.885	164
27	32	2.076	123
—	31	2.152	127
—	30	2.228	131
—	29	2.304	135
—	28	2.380	139
—	27	2.456	143
—	26	2.534	147
—	25	2.610	151
—	24	2.687	155
—	23	2.764	159
—	22	2.839	163
—	21	2.913	167
—	20	2.986	171
28	33	2.078	125
—	32	2.156	129
—	31	2.234	133
—	30	2.312	137
—	29	2.390	141
—	28	2.468	146
—	27	2.548	151
—	26	2.628	155
—	25	2.708	159
—	24	2.788	163
—	23	2.865	168
—	22	2.942	172
—	21	3.018	176
—	20	3.091	180
29	34	2.079	128
—	33	2.159	132
—	32	2.239	136
—	31	2.319	140
—	30	2.399	144
—	29	2.480	149
—	28	2.564	154
—	27	2.646	159
—	26	2.728	163
—	25	2.809	167
—	24	2.889	172
—	23	2.968	176
—	22	3.046	180
—	21	3.125	184

AGES du mari	AGES de la femme	COTISATION unique Fr.	COTISATION annuelle Fr.
29	20	3.203	188
30	35	2.081	130
—	34	2.163	134
—	33	2.245	138
—	32	2.327	142
—	31	2.409	147
—	30	2.492	152
—	29	2.578	157
—	28	2.664	162
—	27	2.748	167
—	26	2.831	171
—	25	2.914	176
—	24	2.996	181
—	23	3.078	185
—	22	3.159	189
—	21	3.240	193
—	20	3.320	197
31	36	2.082	132
—	35	2.166	136
—	34	2.250	140
—	33	2.334	145
—	32	2.418	150
—	31	2.503	155
—	30	2.591	160
—	29	2.679	165
—	28	2.766	170
—	27	2.853	175
—	26	2.938	180
—	25	3.024	185
—	24	3.110	190
—	23	3.194	194
—	22	3.277	199
—	21	3.358	204
—	20	3.437	209
32	37	2.083	135
—	36	2.169	139
—	35	2.255	144
—	34	2.341	149
—	33	2.428	154
—	32	2.515	159
—	31	2.606	164
—	30	2.696	169
—	29	2.786	174
—	28	2.875	179
—	27	2.964	184
—	26	3.052	189
—	25	3.140	194
—	24	3.227	199
—	23	3.312	204
—	22	3.396	209
—	21	3.478	214
—	20	3.560	219
33	38	2.083	138
—	37	2.172	143
—	36	2.261	148
—	35	2.350	153
—	34	2.439	158
—	33	2.528	163
—	32	2.621	169
—	31	2.714	174
—	30	2.805	179
—	29	2.897	184
—	28	2.988	190
—	27	3.079	195

Tableau des primes.

AGES du mari	AGES de la femme	COTISATION unique Fr.	COTISATION annuelle Fr.
33	26	3.170	200
—	25	3.260	205
—	24	3.349	210
—	23	3.436	215
—	22	3.521	220
—	21	3.607	226
—	20	3.691	231
34	39	2.083	140
—	38	2.174	145
—	37	2.265	150
—	36	2.356	155
—	35	2.447	161
—	34	2.538	167
—	33	2.635	173
—	32	2.730	179
—	31	2.825	184
—	30	2.918	189
—	29	3.012	195
—	28	3.107	201
—	27	3.200	206
—	26	3.294	211
—	25	3.386	217
—	24	3.476	223
—	23	3.565	228
—	22	3.654	233
—	21	3.741	238
—	20	3.828	243
35	40	2.083	143
—	39	2.176	148
—	38	2.269	153
—	37	2.362	159
—	36	2.456	165
—	35	2.550	171
—	34	2.647	177
—	33	2.745	183
—	32	2.842	189
—	31	2.939	194
—	30	3.037	200
—	29	3.134	206
—	28	3.230	212
—	27	3.327	217
—	26	3.421	223
—	25	3.514	229
—	24	3.607	235
—	23	3.699	240
—	22	3.791	245
—	21	3.881	250
—	20	3.971	255
36	41	2.081	146
—	40	2.176	151
—	39	2.272	157
—	38	2.368	168
—	37	2.464	169
—	36	2.560	175
—	35	2.660	181
—	34	2.760	187
—	33	2.861	193
—	32	2.961	199
—	31	3.061	206
—	30	3.160	212
—	29	3.259	218
—	28	3.359	224
—	27	3.456	230
—	26	3.553	236
—	25	3.650	242

AGES du mari	AGES de la femme	COTISATION unique Fr.	COTISATION annuelle Fr.
36	24	3.746	248
—	23	3.842	254
—	22	3.938	260
—	21	4.032	266
37	42	2.083	150
—	41	2.180	156
—	40	2.277	162
—	39	2.374	168
—	38	2.472	174
—	37	2.570	180
—	36	2.673	186
—	35	2.776	192
—	34	2.879	198
—	33	2.982	205
—	32	3.085	212
—	31	3.187	219
—	30	3.290	225
—	29	3.392	231
—	28	3.493	238
—	27	3.593	244
—	26	3.692	250
—	25	3.792	256
—	24	3.890	262
—	23	3.987	268
—	22	4.084	274
38	43	2.077	153
—	42	2.177	159
—	41	2.277	165
—	40	2.377	171
—	39	2.478	178
—	38	2.579	185
—	37	2.686	191
—	36	2.792	198
—	35	2.898	205
—	34	3.003	212
—	33	3.109	219
—	32	3.214	226
—	31	3.319	233
—	30	3.424	239
—	29	3.528	246
—	28	3.631	253
—	27	3.733	259
—	26	3.835	265
—	25	3.937	271
—	24	4.037	277
—	23	4.136	283
39	44	2.073	157
—	43	2.176	163
—	42	2.279	169
—	41	2.382	176
—	40	2.485	183
—	39	2.588	190
—	38	2.698	197
—	37	2.807	204
—	36	2.915	211
—	35	3.023	218
—	34	3.131	225
—	33	3.239	232
—	32	3.347	239
—	31	3.455	246
—	30	3.562	253
—	29	3.668	260
—	28	3.774	267
—	27	3.879	275
—	26	3.983	282

Tableau des primes.

AGES du mari	AGES de la femme	COTISATION unique Fr.	COTISATION annuelle Fr.
39	25	4.086	289
—	24	4.189	306
40	45	2.070	161
—	44	2.175	167
—	43	2.280	174
—	42	2.385	181
—	41	2.490	188
—	40	2.596	195
—	39	2.708	202
—	38	2.820	209
—	37	2.931	217
—	36	3.042	225
—	35	3.153	233
—	34	3.265	241
—	33	3.376	248
—	32	3.487	255
—	31	3.597	263
—	30	3.706	271
—	29	3.815	278
—	28	3.924	285
—	27	4.032	292
—	26	4.139	299
—	25	4.244	306
41	46	2.065	165
—	45	2.172	172
—	44	2.279	179
—	43	2.386	186
—	42	2.494	193
—	41	2.602	201
—	40	2.717	209
—	39	2.831	217
—	38	2.946	225
—	37	3.060	233
—	36	3.175	241
—	35	3.290	249
—	34	3.403	257
—	33	3.517	264
—	32	3.630	272
—	31	3.743	280
—	30	3.855	288
—	29	3.967	295
—	28	4.078	302
—	27	4.188	309
—	26	4.296	316
42	47	2.059	170
—	46	2.168	177
—	45	2.278	184
—	44	2.388	192
—	43	2.498	200
—	42	2.608	208
—	41	2.725	216
—	40	2.843	224
—	39	2.961	232
—	38	3.078	241
—	37	3.195	249
—	36	3.313	257
—	35	3.431	265
—	34	3.547	274

AGES du mari	AGES de la femme	COTISATION unique Fr.	COTISATION annuelle Fr.
42	33	3.664	282
—	32	3.780	290
—	31	3.896	298
—	30	4.011	307
—	29	4.124	315
—	28	4.237	323
—	27	4.349	331
43	48	2.052	174
—	47	2.164	182
—	46	2.276	190
—	45	2.388	198
—	44	2.500	206
—	43	2.612	214
—	42	2.733	222
—	41	2.854	231
—	40	2.974	240
—	39	3.094	249
—	38	3.215	258
—	37	3.335	267
—	36	3.456	276
—	35	3.577	285
—	34	3.696	294
—	33	3.815	303
—	32	3.934	312
—	31	4.052	320
—	30	4.170	328
—	29	4.287	336
—	28	4.403	344
44	49	2.042	179
—	48	2.156	187
—	47	2.270	195
—	46	2.385	204
—	45	2.500	213
—	44	2.615	222
—	43	2.738	231
—	42	2.862	240
—	41	2.985	249
—	40	3.110	258
—	39	3.234	267
—	38	3.359	277
—	37	3.482	287
—	36	3.605	296
—	35	3.727	306
—	34	3.850	315
—	33	3.973	324
—	32	4.094	333
—	31	4.215	342
—	30	4.335	351
—	29	4.453	360
45	50	2.033	185
—	49	2.149	193
—	48	2.266	202
—	47	2.383	211
—	46	2.500	220
—	45	2.617	229
—	44	2.744	238
—	43	2.870	248
—	42	2.997	258

Tableau des primes.

AGES du mari	AGES de la femme	COTISATION unique Fr.	COTISATION annuelle Fr.
45	41	3.122	268
—	40	3.250	278
—	39	3.377	288
—	38	3.505	298
—	37	3.631	308
—	36	3.758	318
—	35	3.883	328
—	34	4.009	338
—	33	4.134	348
—	32	4.259	358
—	31	4.382	368
—	30	4.505	378
46	51	2.022	190
—	50	2.141	199
—	49	2.260	208
—	48	2.379	218
—	47	2.498	228
—	46	2.617	238
—	45	2.747	248
—	44	2.876	258
—	43	3.006	268
—	42	3.134	279
—	41	3.264	289
—	40	3.395	299
—	39	3.525	310
—	38	3.655	321
—	37	3.785	332
—	36	3.914	343
—	35	4.044	353
—	34	4.173	363
—	33	4.302	373
—	32	4.429	383
—	31	4.555	393
47	52	2.009	197
—	51	2.130	207
—	50	2.251	217
—	49	2.372	227
—	48	2.494	237
—	47	2.616	247
—	46	2.748	258
—	45	2.879	269
—	44	3.012	280
—	43	3.145	291
—	42	3.278	302
—	41	3.412	313
—	40	3.546	324
—	39	3.680	336
—	38	3.813	348
—	37	3.946	359
—	36	4.080	370
—	35	4.212	381
—	34	4.343	392
—	33	4.474	403
—	32	4.603	414
48	53	1.996	203
—	52	2.119	213
—	51	2.242	223
—	50	2.365	234

AGES du mari	AGES de la femme	COTISATION unique Fr.	COTISATION annuelle Fr.
48	49	2.488	245
—	48	2.612	256
—	47	2.747	267
—	46	2.882	279
—	45	3.017	291
—	44	3.153	303
—	43	3.291	315
—	42	3.428	327
—	41	3.565	339
—	40	3.702	351
—	39	3.838	363
—	38	3.975	375
—	37	4.111	387
—	36	4.247	399
—	35	4.382	411
—	34	4.517	423
—	33	4.650	435
49	54	1.980	211
—	53	2.105	224
—	52	2.230	233
—	51	2.355	244
—	50	2.481	255
—	49	2.607	267
—	48	2.743	279
—	47	2.880	291
—	46	3.019	304
—	45	3.159	317
—	44	3.300	330
—	43	3.441	343
—	42	3.582	356
—	41	3.722	369
—	40	3.862	382
—	39	4.002	395
—	38	4.142	408
—	37	4.281	420
—	36	4.419	432
—	35	4.556	444
—	34	4.693	456
50	55	1.962	219
—	54	2.089	231
—	53	2.216	243
—	52	2.344	255
—	51	2.472	267
—	50	2.600	279
—	49	2.739	292
—	48	2.879	305
—	47	3.021	318
—	46	3.163	332
—	45	3.306	346
—	44	3.450	360
—	43	3.594	374
—	42	3.738	388
—	41	3.882	402
—	40	4.026	416
—	39	4.170	430
—	38	4.313	443
—	37	4.456	456
—	36	4.599	469
—	35	4.742	482

LA SEMAINE MÉDICALE

La gale chez l'enfant.

D'après M. le Dr Marius Milhau, de Claret, la gale chez l'enfant est un peu spéciale, aussi bien au point de vue des symptômes qu'au point de vue du diagnostic et du pronostic.

Les symptômes les plus importants sont les éruptions secondaires et surtout l'ecthyma, la généralisation rapide des démangeaisons.

Sur ces symptômes se base, le plus souvent, le diagnostic. Il ne saurait être fondé, comme chez l'adulte, sur la présence du sillon et de l'acare : ils sont trop difficiles à trouver chez l'enfant.

Le pronostic varie avec l'âge, la durée de la maladie, les complications, le traitement.

Le meilleur procédé de traitement est l'emploi du baume styrax.

Le baume styrax est un antipsorique à employer parce qu'il a, à la fois, une action rapide et sûre.

Il est recommandable chez les tout jeunes ou dans la seconde enfance chez les fillettes et chez les lymphatiques ; il n'a pas l'action irritante de la pommade d'Helmerich et de la frotte.

Facilement applicable, il guérit, au lieu de les provoquer, les éruptions secondaires.

Possédant une odeur agréable, il a sur les autres antipsoriques, à part le baume du Pérou, le réel avantage de ne pas être cause de déperdition des linges.

Il faut le préférer au baume du Pérou parce qu'il est moins coûteux.

Dans le traitement de la gale chez l'enfant, on associe le baume styrax à l'huile de camomille camphrée, et la formule employée par M. le professeur Baumel est la suivante :

Baume styrax . . . . . . 20 gram.
Huile de camomille camphrée. 100 —

L'huile de camomille camphrée a le grand avantage de permettre la pénétration profonde du styrax ; de plus, en tant qu'huile de camomille, elle a une action légèrement calmante ; le camphre qui lui est associé augmente le pouvoir parasiticide du styrax.

Le mode d'application est des plus simples. il n'exige pas une bien grande habitude et peut se faire aussi bien à la maison que dans un hôpital. L'enfant, après avoir subi un savonnage tiède, est frictionné avec une flanelle imprégnée de la préparation ; l'opération se fait le soir. Le petit galeux garde toute la nuit le styrax sur le corps. Le lendemain matin, nettoyage par un bain simple ou sulfureux, si besoin est. Il va sans dire que, comme toujours, on procède à la désinfection des vêtements et des linges.

Il y a utilité à faire plusieurs frictions ; on en fait d'une façon continue une tous les jours pendant un laps de temps variable, suivant les cas. Les frictions quoique douces, doivent être assez énergiques. car, pour tuer les acares, les simples vapeurs qui se dégagent du médicament ne sont pas suffisantes ; alors il convient de bien frictionner, surtout aux points de localisation, de façon à faire pénétrer le styrax dans les tissus, dans les sillons qu'il ramollit. La frotte n'est donc pas utile dans ce traitement ; c'est un grand avantage : le baume se suffit à lui seul.

Les beaux succès obtenus par M. Baumel, grâce à son emploi, sont encourageants et un sûr garant de la valeur du traitement. Cependant il convient de ne pas rejeter entièrement le procédé à la pommade d'Helmerich, qui rendra des services dans les cas de gale chez l'enfant déjà grand et chez celui atteint d'affection scabieuse chronique.

Accidents nerveux rabiformes après morsures.

M. le Dr Amédée Rousset, de Roybon (Isère), a consacré sa thèse à l'étude des accidents nerveux rabiformes survenant après morsures et pouvant en imposer pour de la rage véritable.

Tout d'abord, dit-il, en présence d'accès se prolongeant au delà de 4, 5, 6 jours, il faut songer à la possibilité d'accidents nerveux rabiformes.

Ces accidents nerveux rabiformes peuvent se présenter sous l'apparence de l'hydrophobie imaginaire, de l'hystérie rabiforme ou de la psychose rabiforme et peuvent être consécutifs à des morsures d'animaux chez lesquels la rage n'a pu être confirmée.

Dans quelques cas, ils peuvent éclater chez des individus dont la preuve de la rage a été faite scientifiquement ; dans ces cas, le diagnostic est fort délicat, car alors se pose la question de la rage atténuée ou de la rage chronique.

Au point de vue médico-légal, les accidents nerveux rabiformes consécutifs à des morsures peuvent être considérés comme « de la névrose traumatique » ; et les individus chez lesquels le diagnostic « d'accidents nerveux rabiformes » a été confirmé doivent être considérés comme atteints d'incapacité permanente partielle et traités comme tels.

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

Clinique d'accouchements Tarnier :

M. le Professeur Bar

I

Traitement de la syphilis des nourrissons.

Voici un enfant apporté à la consultation des nourrissons dans les conditions suivantes. Né le 4 mai 1907, il fut d'abord mis au sein, puis sevré le 26 juin. Depuis cette époque, il a été nourri artificiellement. Il nous est représenté aujourd'hui.

Son aspect général est bon. Il a dix mois et paraît vigoureux. Que s'est-il passé depuis sa sortie de la clinique : l'enfant a-t-il eu des maladies ? Il suffit de le regarder pour porter le diagnostic d'hérédo-syphilis, malgré la belle apparence qu'il offre. Examinez ses lèvres : elles sont rouges, desséchées, et l'on aperçoit, au niveau des commissures labiales, des petites fissures : ce sont les fissures caractéristiques de la syphilis infantile. Ces fissures, il faut que vous les connaissiez bien. Elles siègent ordinairement soit à la commissure, soit en un point voisin des lèvres, et elles saignent facilement quand on ouvre la bouche du petit malade. Leur importance est grande, car, si vous n'y

preniez pas garde, vous pourriez être exposés à donner une nourrice à un tel enfant.

La mère a présenté, au cours de sa grossesse, des signes manifestes de syphilis : elle semble avoir été contaminée au moment de la conception. Nous l'avons soignée. L'enfant a été traité, de son côté, à la naissance, par une série de piqûres mercurielles, mais on a négligé de le ramener et quelques accidents sont survenus. Actuellement, il n'existe chez lui pas autre chose que la fissure labiale, prototype de la fissure spécifique.

Voilà donc un nourrisson atteint d'hérédo-syphilis.

Quelle sera votre conduite en pareille circonstance ?

Tout d'abord, il est un point important à signaler : ne donnez jamais de nourrice à un nouveau-né hérédo-syphilitique.

Comment allez-vous traiter le petit malade ? Autrefois, on avait très souvent recours à la méthode externe, aux frictions mercurielles. Elles se faisaient avec gros comme un pois d'onguent napolitain, au creux de l'aisselle, dans le pli de l'aine. On considérait ce traitement comme le plus énergique. C'est, en effet, un traitement puissant. Bientôt, cependant, on s'est aperçu que, chez les petits enfants, il ne réussissait pas toujours et qu'il produisait quelquefois des troubles irritatifs de la peau. La méthode externe fut abandonnée et on lui substitua la cure interne, le mercure donné par voie stomacale, sous forme de liqueur de Van Swieten. On peut y soumettre les nouveau-nés, à plus forte raison les enfants plus âgés. Chez les enfants, à la naissance, il est de tradition de faire prendre une dose de 20 gouttes de liqueur de Van-Swieten par jour, en 4 fois, par fractions de cinq gouttes, dans du lait maternel ou du lait de vache. La dose de 20 gouttes constitue une moyenne que l'on dépassera, s'il y a lieu, jusqu'à 25 ou 30 gouttes environ. Quoi qu'il en soit, la quantité classique, pour le nouveau-né, est 20 gouttes. Chez l'enfant plus âgé, on l'élèvera, arrivant à 40 gouttes, par exemple, vers 6 ou 7 mois.

La liqueur de Van Swieten ainsi administrée n'est pas sans inconvénient. Les petits hérédo-syphilitiques sont, en général, des enfants gravement touchés dans leurs voies digestives. Ils ont des glandes qui fonctionnent mal, un foie altéré, si bien que, lorsqu'on donne la liqueur de Van Swieten par voie stomacale, il n'est pas rare d'observer des accidents gastro-intestinaux. Aussi, a-t-on cherché au bout de peu de temps à abandonner ce traitement. On fût probablement revenu aux frictions, si un nouveau procédé, celui des injections mercurielles, n'était à ce moment entré dans la pratique. Lévy-Bing et Schwab ont eu le mérite d'appliquer aux nourrissons la méthode des injections de sels mercuriels solubles. Ils ont indiqué une formule, qui est celle utilisée le plus ordinairement :

Eau distillée............	10 cent. c.
Biiodure d'hydrargyre...	0 gr. 05
NaCl..................	0 gr. 05

Nous injectons à un enfant nouveau-né, quatre gouttes de cette solution mère ; à un enfant de 2 ou 3 mois, six ou sept gouttes ; à un enfant de 10 mois, huit ou neuf gouttes. On pratique ces injections tous les jours pendant 8 jours ; on cesse 8 jours, on reprend 8 jours, et ainsi de suite. En quel point ? Chez l'adulte l'injection est faite facilement dans les muscles. Chez le nouveau-né, en raison des petites quantités de médicament employées, on la pratique souvent sous la peau simplement. Chez l'adulte, les fesses sont le lieu d'élection pour ces piqûres. Chez le nourrisson, où les fesses sont fréquemment altérées, on choisit la région du dos, à la pointe et en dedans de l'omoplate, sur les côtés de la colonne vertébrale, endroits où la peau est lâche et le tissu cellulaire assez abondant.

II

Méningite chez un nourrisson.

Je vous présente, ensuite, un enfant dont le cas, d'interprétation difficile, nous préoccupe vivement. Il est né ici, il y a cinq semaines. A la naissance, il parut normal. Voyez sa courbe de poids. Elle a offert, le lendemain, une chute — cette chute est commune, nous le savons — ; puis, elle est remontée à partir du 4e jour, régulièrement, pour former une belle courbe. L'enfant fit alors une sorte d'embarras gastrique, d'infection, avec chute de poids et température de 38° et 39°. Passé au service d'isolement, le petit malade ne se remit pas : il maigrit, pâlit, eut des convulsions.

Si nous l'examinons, nous sommes frappés par la disproportion qui existe entre le corps amaigri et la tête volumineuse de l'enfant. La fontanelle antérieure est tendue. On a dit et répété que l'on pouvait savoir si un nourrisson se portait bien en explorant sa fontanelle antérieure : on a nommé celle-ci la balance du pauvre. Sa tension indique l'état de santé. C'est vrai, mais une tension excessive peut être pathologique. Chez cet enfant, la fontanelle est tendue et la suture sagittale élargie, au point de permettre d'y placer le doigt. La circulation veineuse du front est exagérée. M. Fournier a longuement insisté sur ce signe : les enfants hérédo-syphilitiques qui font des troubles du côté des méninges ont une circulation veineuse frontale développée. Le même phénomène s'observe également au cou et à la poitrine. Il est possible qu'il soit dû, alors, à des ganglions médiastinaux, comme le développement des veines du front est lié aux phénomènes méningés.

L'enfant a le nez très aplati. Toutefois, vous ne l'ignorez pas, tous les nouveau-nés ont le nez aplati et légèrement en lorgnette : cela n'a, par conséquent, aucune signification.

Le corps du petit malade est contracturé, en arc de cercle, symptômes faisant penser à l'existence d'une lésion méningée.

Nous sommes en présence d'un cas de méningite. De quelle nature ?

L'abdomen n'est pas ballonné, comme dans les fermentations intestinales. Ni le foie, ni la rate ne sont volumineux. La ponction lombaire a révélé une infection méningée. C'est donc une méningite infectieuse. Néanmoins, nous sommes frappés par la tension des sutures. Il est bien extraordinaire qu'une méningite entraîne un agrandissement aussi rapide des sutures. Il est possible qu'il s'agisse d'un hérédo-syphilitique ayant fait de l'hydrocéphalie, et que, sur ces méninges déjà touchées, se soit produite une infection.

Nous allons pratiquer des ponctions lombaires répétées. Restant dans la pensée que l'infection méningée est surajoutée à une hérédo-syphilis, si le malade guérit de ses accidents aigus, nous le soumettrons au traitement spécifique, dont je vous parlais tout à l'heure.

III

Considérations sur l'hydramnios.

Je vais examiner maintenant, devant vous une malade, multipare, dont la grossesse actuelle

— sa troisième grossesse — approche du terme.

Ce qui frappe, chez elle, c'est le volume exagéré du ventre, qui a commencé à prendre des proportions anormales à partir du 5e mois. On trouve, à l'examen, un fœtus, très mobile d'ailleurs, en O.I.G.T. Au toucher, le col est élévé, déhiscent. Le volume exagéré du ventre tient à du liquide amniotique en excès. Il s'agit, en définitive, d'un cas banal d'hydramnios, d'une hydramnios légère. Il n'y a pas une tension extrême de la paroi, comme dans les grandes hydramnios. Aussi, la malade n'accuse-t-elle pas de troubles importants, pas de dyspnée, en particulier. Les troubles morbides ne se produisent que dans les hydramnios intenses. On en a vu avec 10 litres de liquide. Ici, nous sommes loin de ce chiffre. Tout au plus, trouverions-nous 4 à 5 litres de liquide.

La paroi n'est pas très tendue. C'est une chose intéressante au point de vue de la sensation de flot. La fluctuation ne se retrouve plus quand il y a tension trop forte ou tension trop faible.

L'origine de cette hydramnios nous est inconnue, D'ailleurs, nous ne pouvons pas dépister la cause de l'hydramnios dans 50 % des cas. Nous savons seulement que c'est, en général, le résultat d'une maladie de l'enfant.

La grossesse de cette femme sera à terme dans trois semaines. Que va devenir son hydramnios ? Va-t-elle grossir, rester stationnaire. Quelle conduite tiendrons-nous à son égard ?

Existe-t-il des hydramnios qui guérissent ? L'hydramnios est ordinairement apparente vers le cinquième mois. Elle peut exister, cependant, avant, mais cliniquement, elle n'apparaît guère qu'à cette époque. Elle a, habituellement, une marche progressive et lente. Quelquefois, elle procède par à-coups, offrant des accroissements brusques. Cette hydramnios, à marche saccadée, est propre à la grossesse gémellaire, uni-vitelline. Dans l'hydramnios de la syphilis, on peut observer une marche aiguë, quand les lésions fœtales offrent elles-mêmes des poussées, précurseurs, bien des fois, de la mort du fœtus.

Le plus souvent, l'hydramnios va en s'accroissant jusqu'à la fin de la grossesse, car la lésion pathologique du fœtus qui la cause poursuit son évolution. Il existe des cas, toutefois, où l'hydramnios rétrocède et guérit.

On peut la voir guérir lorsque, dans l'hydramnios d'origine syphilitique, on soumet la mère à un traitement spécifique qui améliore l'état du fœtus. Une deuxième cause de rétrocession est la mort de l'enfant. Il est des faits plus extraordinaires dans lesquels, on voit l'hydramnios s'amender sans que l'on sache pourquoi. Il n'est pas très rare, d'ailleurs, d'observer une diminution de l'hydramnios dans les quinze derniers jours de la grossesse, le liquide amniotique étant proportionnellement, dans les conditions normales, produit en quantité moindre à la fin de la grossesse.

En somme, l'hydramnios est une crise de la deuxième moitié de la grossesse, qui, par elle-même, a tendance à diminuer dans les derniers jours de la gestation. Si l'on avait des grossesses prolongées, la rétrocession s'accentuerait : j'ai eu l'occasion d'en rencontrer un exemple, dans ma pratique, chez une femme qui accoucha à 10 mois 1/2. En général, il est vrai, la femme accouche plutôt prématurément.

Cela dit sur les rétrocessions spontanées de l'hydramnios, avons-nous des moyens thérapeutiques de guérir cette affection. Les ponctions répétées sont-elles recommandables ? Nous en avons fait et elles ne nous ont pas donné de bons résultats. Quelle conduite, dès lors, tenir ? Si la femme n'est pas menacée dans sa vie, s'il n'y a pas d'accidents, pas de dyspnée, on suivra les événements. Si la femme étouffe, on interviendra en rompant les membranes. C'est là une mesure radicale. Il est une mesure intermédiaire, la ponction de l'utérus. C'est une manœuvre très simple, aussi simple que la ponction de l'ascite. Doit-on la recommander ? Non. Certes, on ne saurait guère léser l'enfant, qui fuit ; mais on risque de piquer le placenta et il faudrait savoir si cela n'est pas grave. Lorsque nous faisions, à l'hôpital Saint-Antoine, des ponctions de l'utérus, dans le but d'étudier le liquide amniotique, il nous est arrivé une fois de piquer le placenta. Un instant après, la femme eut une attaque d'éclampsie qui dura deux heures. Il est une autre raison. L'avantage de la ponction sur la rupture des membranes serait la chance de voir la grossesse continuer. Or, quand on pratique une ponction, l'enfant court des risques. Il a le « mal des montagnes », la ponction entraîne une décompression brusque du fœtus d'où une sorte d'apoplexie de ce dernier (hémorragies, suffusions sanguines.) La ponction, en définitive, sans être un moyen dangereux, n'est pas un procédé favorable.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

CLINIQUE THERMALE

Le Mont-Dore et les malades qu'on peut y envoyer.

L'importance thérapeutique des stations thermales grandit de jour en jour. Après bientôt trente ans de pratique Mont-Dorienne, j'espère que les lignes suivantes seront utiles aux médecins qui adressent quelques-uns de leurs malades aux stations thermales.

Les eaux du Mont-Dore conviennent, avant tout, aux maladies de l'appareil respiratoire ; et, parmi ces maladies, ce sont celles où l'élément nerveux domine qui guérissent le mieux par la cure Mont-Dorienne.

Comme les phénomènes congestifs accompagnent le plus souvent ce genre d'affections, et que les congestifs sont très souvent des arthritiques, on peut conclure que les eaux du Mont-Dore guérissent l'arthritisme des voies respiratoires.

Il faut citer, en première ligne, l'asthme. Tous les asthmatiques de tout âge et de toute espèce, doivent faire la cure Mont-Dorienne. La guérison est la règle. Suivant l'âge et la gravité de la maladie, le nombre des saisons nécessaires varie de un à six, rarement plus. Mon plus jeune asthmatique guéri avait trente mois. Le plus vieux, également guéri, avait quatre-vingt-quatre ans.

Toutes les congestions des voies respiratoires supérieures, du nez, du pharynx, du larynx, qui retentissent si directement sur les centres nerveux, sont également justiciables du Mont-Dore.

Les eaux du Mont-Dore, qui sont décongestives par excellence, dégagent les centres nerveux. Que de fois nous avons vu des battements nerveux du cœur, des phénomènes nerveux de toutes les branches du pneumogastrique, cesser comme par enchantement, après la cure Mont-Dorienne ! Cinq fois, nous avons noté la guérison de paraplégie, rhumatismale, et, une fois, la guérison d'une paralysie intestinale suite d'hématocèle rétro-utérine.

Le bain nasal et la douche pharyngienne à

AFFECTIONS PULMONAIRES

TUBERCULOSE

BRONCHITES

RHUMES

TOUX



1 cuillerée à soupe = 1 gr.
THIOCOL ROCHE
= 0.52 Gaïacol crist.



1 comprimé = 0.50 gr. THIOCOL ROCHE = 0 gr. 26 Gaïacol crist.

Préparations gaïacolées idéales. D'un goût agréable. Supportées par les estomacs les plus délicats.

SE MÉFIER DES CONTREFAÇONS INACTIVES OU TOXIQUES

GYNÉCOLOGIE

DÉCONGESTION PUISSANTE

SÉDATION RAPIDE ET COMPLÈTE DES SOUFFRANCES

DIMINUTION DES PERTES

ACTION CALMANTE ÉNERGIQUE

Les TACHES sur la peau et le linge disparaissent par simple lavage à L'EAU.

F. HOFFMANN-LA ROCHE et Cº
7, rue Saint-Claude, 7
PARIS



Correspondance hebdomadaire
(Suite).

connaissant de me faire savoir par lettre, quel est mon droit et si je dois poursuivre le recouvrement de mes honoraires.

Réponse. — Le syndic de la faillite de votre débiteur a raison, quand il prétend que la créance du propriétaire doit passer avant la vôtre, mais seulement bien entendu, sur le prix des meubles qui garnissaient les lieux loués. Une jurisprudence constante se prononce en ce sens, estimant que le propriétaire possède un droit de gage sur les meubles de son locataire.

Mais l'erreur du syndic est complète sur l'autre question. Les frais de dernière maladie sont privilégiés même en cas de faillite du débiteur, ainsi que l'indique bien d'ailleurs, comme vous le dites, le texte même de la loi.

Un étudiant en médecine à Concours. — Voudriez-vous être assez aimable pour transmettre à celui qui en est chargé au Congrès des praticiens le fait suivant :

A nous autres jeunes gens on nous exige un baccalauréat complet pour faire nos études médicales, or il y a ici une demoiselle qui n'a que sa première partie et son P. C. N. et qui est inscrite comme élève de première année, pourquoi cette irrégularité ?

2° Il est une autre dame qui fait actuellement son P. C. N. et qui n'ayant pas d'autre diplôme que la première nourrit l'espoir de faire également sa médecine.

J'ai lu dans la *Gazette des hôpitaux* des faits semblables et je crois, en vous le signalant, faire mon devoir.

Dr H., d'E., *à Concours.* — Un ouvrier de mes clients travaillant au loin est blessé, légèrement d'ailleurs. Il se fait soigner d'abord par le médecin de la localité. Mais il revient ici pour convenances personnelles. Je continue les soins jusqu'à la guérison pour laquelle je fournis un certificat. Le patron est-il tenu de me régler ma note d'honoraires établie conformément au tarif Dubief ?

Réponse. — L'ouvrier ayant parfaitement le droit de changer de médecin au cours du traitement, le patron est responsable de vos honoraires, mais, bien entendu, au Tarif Dubief.

Dr Q., de C., à *Concours* — La loi exige-t-elle du médecin qu'il assure sa bonne et son cocher ?

En cas d'accident à l'occasion du travail du cocher ou de la bonne, l'employeur est-il responsable ?

Suite page IX.

l'eau native du Mont-Dore nous procurent chaque année des guérisons merveilleuses, qui ne s'expliquent que par l'action directe de nos eaux sur les centres nerveux.

L'emphysème pulmonaire, les bronchites de toute espèce, et principalement, les bronchites où les phénomènes nerveux dominent, doivent venir au Mont-Dore.

Mais, s'il s'agit de tuberculose pulmonaire, le médecin devra être très circonspect. Il faut adresser au Mont-Dore tous les congestifs et hémoptysiques, menacés de tuberculose, et même présentant les symptômes non douteux de cette terrible affection ; mais, et j'insiste là-dessus, le Mont-Dore ne convient nullement pour les cas de Tuberculose avancée, et tout spécialement pour les cas de Tuberculose à marche rapide. Dans ce cas, les eaux du Mont-Dore ne font qu'accélérer le dénouement fatal.

Enfin, les rhumatisants de toute espèce se trouvent bien des eaux du Mont-Dore. Les montagnards des montagnes d'Auvergne ne viennent au Mont-Dore que pour les rhumatismes et les bronchites congestives, où la tuberculose n'est pas en cause.

D'un mot, je conclus en disant : les eaux du Mont-Dore sont des eaux décongestives des centres nerveux et des voies respiratoires. Et, si je les compare aux eaux voisines de la Bourboule, dont les indications sont souvent semblables et les complètent si bien, je dirai : adressez les arthritiques au Mont-Dore et les lymphatiques à la Bourboule. Ces deux stations, à mon avis, se complètent et conviennent à deux séries de malades tellement nombreux que, dans un temps plus ou moins proche, ces deux stations n'en feront qu'une seule, et l'on dira Mont-Dore-Bourboule.

Il y a trente ans que je le disais à mon regretté ami le Dr Choussy, fondateur de la Bourboule. Et depuis, ma conviction n'a fait que s'affirmer. Je crois au grand avenir de ces deux stations thermales : à nos confrères français de nous seconder.

Dr A. Tardieu
(Médecin consultant au Mont-Dore.)

ÉLECTROTHÉRAPIE

L'électrolyse circulaire dans les rétrécissements traumatiques de l'urèthre ;

Par le Dr René Le Fur,
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris.

Dans la communication que nous faisions en 1904 à l'Association française d'Urologie sur la *Dilatation électrolytique de l'urèthre*, en discutant les indications, nous disions ceci : « Les rétrécissements qui en retireront le plus d'avantages seront non pas les strictures isolées, en anneaux ou en viroles, pas plus que les rétrécissements cicatriciels, mais au contraire les rétrécissements étendus à grande surface succédant à l'uréthrite chronique interstitielle qui envahit successivement toutes les couches de la paroi du canal et finit par oblitérer peu à peu celui-ci. Dans ces cas, la dilatation électrolytique résorbe les exsudats et infiltrations, ouvre les glandes et produit ainsi un véritable dégorgement de la paroi, d'où augmentation du calibre. »

D'autre part, M. Minet, qui a publié d'intéressants travaux sur le traitement des rétrécissements de l'urèthre par la dilatation électrolytique rapide, déclarait à l'Association française d'Urologie, à la session de 1904 : « Même dans les rétrécissements les plus épais, les plus durs, les plus rétractiles, le courant donne un certain degré de dilatabilité, mais il ne permet alors qu'un gain minime, de quelques numéros supérieurs à la dilatation ordinaire, et ce minime progrès n'est même pas toujours durable ; ces cas sont fort instructifs puisqu'ils sont à la fois une démonstration de l'action dilatatrice du canal et de ses limites. Nous n'apportons donc aucune observation du traitement rapide des rétrécissements ligneux et très épais. Ces rétrécissements ne relèvent que des traitements très longs où l'uréthrotomie et l'électrolyse lentes trouvent leur place ; nous n'avons pas eu l'occasion de l'appliquer à des rétrécissements traumatiques (sauf un essai qui ne peut entrer en ligne de compte, l'échec étant imputable à l'absence de bougie conductrice), mais par analogie avec les précédents nous pensons qu'il n'y est pas de mise.

Et en 1907, Minet, revenant sur les indications de la dilatation électrolytique rapide dans les rétrécissements de l'urèthre, écrit dans les *Annales d'Electrobiologie et de Radiologie* (février 1907) : « Les cas les plus défavorables sont les rétrécissements traumatiques ; nous n'en avons pas observé un seul où la dilatation ait pu être qualifiée de rapide. Il faut cependant faire une exception pour ceux qui sont dus à des ruptures partielles, où la dilatation atteint assez vite un certain degré pour rester ensuite stationnaire ; évidemment, la dilatabilité n'appartient qu'à la partie saine de la paroi. »

Deux cas que nous avons eu l'occasion d'observer depuis notre première communication nous forcent à modifier un peu nos premières conclusions et nous montrent, malgré les réserves faites par Minet, les résultats brillants que peut donner parfois la méthode rapide de dilatation électrolytique, même dans les rétrécissements traumatiques de l'urèthre.

Voici ces observations résumées :

Observation I. — D..., officier. Jamais aucune blennorrhagie. Rupture complète de l'urèthre après une chute de cheval grave, s'accompagnant d'hématome périnéal volumineux et d'urétrorrhagie abondante. — Rétention d'urine complète, *Incision périnéale* d'urgence pour vider le foyer périnéal très contus, rempli de caillots sanguins, et pour combattre la rétention d'urine. La fistule périnéale se referme au bout d'un mois, mais malgré des dilatations au béniqué entreprises d'une façon précoce, un rétrécissement traumatique survient rapide et accentué trois mois après l'accident ; des abcès et fistules au périnée se reforment. On décide alors une *résection de l'urèthre* qui est pratiquée par un chirurgien des hôpitaux de Paris. Le rétrécissement traumatique récidive rapidement. Quand je vois le malade, il présente, au niveau de la portion membraneuse, un urèthre dur et raboteux, laissant passer avec peine un explorateur 13 ou 14.

On sent sur toute la périphérie du canal, mais surtout au niveau de la paroi inférieure, un ressaut circulaire et très dur, formant une virole épaisse et résistante. Il existe un certain degré de périuréthrite. Le malade, qui n'avait encore jamais présenté d'infection uréthrale, attrape une blennorrhagie qui se propage rapidement en arrière, et se complique d'uréthro-prostatite (pesanteurs, douleurs au périnée et à l'anus, prostate grosse et très douloureuse au niveau de ses deux lobes). Le malade, qui est officier de cavalerie et grand cavalier (faisant sept à huit heures de cheval par jour) est obligé, malgré tout son désir, d'abandonner absolument le cheval, qui provoque chez lui des poussées violentes de prostatite,

s'accompagnant de douleurs vives et d'un mauvais état général. Je le soigne par des lavages de l'urèthre au permanganate et massages de la prostate, lavements chauds et suppositoires. Sous l'influence d'un massage, j'obtiens l'évacuation d'un abcès prostatique du lobe gauche (le pus de l'abcès contient du gonocoque). Amélioration rapide des douleurs et de l'état général. Mais le gonocoque, qui disparaît momentanément sous l'influence des lavages et massages, réapparaît dès qu'on cesse ceux-ci. Ces alternatives se prolongent pendant un mois. Accusant le rétrécissement traumatique d'entretenir l'abcès prostatique et l'infection gonococcique, je me décide à pratiquer des dilatations progressives qui donnent très peu de résultats, étant donnée la dureté ligneuse de ce rétrécissement traumatique ; je ne puis aller au-delà de 17. N'osant pas faire l'uréthrotomie dans un milieu aussi infecté par le gonocoque qui se rencontre encore en grande quantité dans l'écoulement dès qu'on cesse les lavages, je me décide à pratiquer sous chloroforme, après un lavage uréthro-vésical préalable, la *dilatation électrolytique rapide*. Je passe successivement le 30, le 35, le 40 et 45 béniqué, en les faisant traverser par un courant galvanique de 8 à 12 milliampères, et pendant trois minutes pour chaque béniqué. Chose curieuse, l'opération est très bien supportée par le malade, n'amène aucune réaction, ni poussée douloureuse du côté de l'urèthre ni de la prostate ; le lendemain seulement l'écoulement gonococcique reparaît encore et est très rapidement tari par un lavage. Guérison rapide de l'abcès prostatique et de l'infection gonococcique en quinze jours.

Quelques séances de dilatation électrolytique ultérieures permettent de porter la dilatation jusqu'au 50 et 55. Celle-ci est enfin amenée par les béniqués simples jusqu'au 60. Six mois après, le rétrécissement avait peu récidivé, la dilatation s'était donc maintenue ; la prostatite et l'uréthrite restaient guéries.

Obs. II. — R..., trente-trois ans, jamais de blennorrhagie. Rupture de l'urèthre à la suite d'une chute sur le périnée. Urétrorrhagie. Rétention. Incision du foyer périnéal, permettant de vider les caillots sanguins et de vider la vessie. Fistule périnéale se ferme au bout de trois semaines. Mais on néglige la dilatation ultérieure. Rétrécissement traumatique, évoluant très rapidement (au bout de deux à trois mois) et ne laissant passer qu'un explorateur n° 11 ou 12. On sent au niveau de la région membraneuse une virole épaisse, résistante, semblant entourer tout le canal et former un anneau circonférentiel. La dilatation qui est très douloureuse ne permet pas d'aller au-delà du 15 ou 16. Le malade présente en outre de la *prostatite aseptique et congestive*, consécutive à son refroidissement traumatique, car aucune autre cause ne peut être invoquée ; elle se caractérise par des poussées douloureuses au niveau de la prostate, périodique (tous les mois environ), dues sans doute à la tension des liquides de sécrétions prostatiques qui ne peuvent trouver une évacuation facile au dehors ; ces poussées qui s'accompagnent d'une augmentation de volume notable de la glande cèdent d'ailleurs en général aux massages et à la dilatation, mais se reproduisent avec une périodicité qui désole le malade. Jamais il n'a été constaté la plus légère trace d'infection, ni dans le liquide prostatique, ni dans les urines recueillies après le massage de la prostate, malgré des examens microscopiques, et des cultures répétées.

Pour lutter contre le rétrécissement, j'emploie sous chloroforme la *dilatation électrolytique* : les nos 25, 30 40, 45, sont successivement passés sous l'influence d'un courant galvanique de 8 et 10 milliampères et laissés deux ou trois minutes chacun en contact avec le rétrécissement. Dans des séances ultérieures, et sans employer le chloroforme, je poussais la dilatation électrolytique progressivement jusqu'au béniqué 56. Huit mois après, je pouvais encore passer d'emblée au malade le n° 45, et en quelques séances j'obtenais la dilatation n° 57. On peut considérer ce résultat comme une brillante guérison, surtout si l'on réfléchit que, malgré de nombreuses séries de dilatation, le malade ne pouvait être dilaté au-delà de 16, et gardait en moyenne un calibre de 12.

Nous ne voulons pas nous étendre longuement sur ces deux cas ; mais nous tenons à faire ressortir les beaux résultats que la dilatation électrolytique, préconisée depuis longtemps par Desnos dans les vieux rétrécissements inflammatoires, permet d'obtenir même dans certains cas de rétrécissements traumatiques. Il ne faudrait cependant pas généraliser et croire que tous les rétrécissements traumatiques et cicatriciels profiteront toujours autant de ce mode de traitement ; ce serait s'exposer à de cruelles désillusions, et les indications posées par Desnos, Minet et nous-même restent vraies dans la majorité des cas.

Mais nous estimons aujourd'hui, et nous conformerons dans l'avenir notre conduite à ces principes, qu'avant de tenter la résection de l'urèthre ou toute autre opération dans le cas de rétrécissement traumatique de l'urèthre, l'on doit tenter la *dilatation électrolytique* rapide, puis progressive, et faire bénéficier le malade d'une méthode très simple et très expéditive, n'offrant d'ailleurs aucun danger ; si elle échoue, il sera toujours temps alors de décider le malade à une intervention sanglante.

Peut-on soupçonner à l'avance les cas qui profiteront de la dilatation électrolytique rapide? Ce sera souvent bien difficile. Cependant nous croyons que, si nous avons obtenu de si beaux résultats dans nos deux cas, c'est que nos malades présentaient, consécutivement à leur rétrécissement traumatique, de la prostatite, dont les lésions venaient se surajouter à celles du rétrécissement, pour les entretenir, les aggraver même, et contribuer ainsi aux difficultés de la miction. Dans un cas, cette prostatite reçut un coup de fouet du fait d'une infection blennorrhagique qui entraîna même une suppuration prostatique assez abondante, venant se greffer sur une glande déjà malade. Dans le second cas, il s'agissait d'une *prostatite aseptique*, à forme congestive, caractérisée par une abondante hypersécrétion glandulaire, qui distendait la glande à certains moments. Le malade n'avait jamais présenté la moindre infection uréthrale et l'*asepticité* des lésions ne peut être ici contestée.

Or, nous avons déjà insisté en 1904 sur les effets heureux de la dilatation électrolytique dans les inflammations glandulaires de l'urèthre ; celle-ci combat l'hypersécrétion glandulaire, provoque le dégorgement des glandes et parois infiltrées de l'urèthre et ramène la sécrétion de ses glandes à son taux normal et physiologique. Peut-être devons-nous ainsi expliquer notre succès thérapeutique dans les deux cas précédents, et c'est pourquoi nous conseillons d'employer la dilatation électrolytique dans les rétrécissements traumatiques de l'urèthre lorsque ceux-ci s'accompagnent de prostatite infectée ou aseptique.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement des fissures et ulcérations anales par l'emploi de l'eau oxygénée.

L'emploi de l'eau oxygénée en chirurgie et en dermatologie date à peine de quelques années,

et déjà les résultats obtenus dans le traitement de ces diverses affections sont supérieurs aux autres méthodes de traitement antiseptique naguère employées. Dans ces quelques lignes je désire montrer comment, par des lavages avec de l'eau oxygénée, j'ai obtenu la guérison, au bout de quelques jours, d'une ulcération fissuraire anale, tenace.

On sait combien ces ulcérations sont persistantes, rebelles au traitement usuel, douloureuses, constrictives, purulentes, souvent sanguinolentes et toujours prurigineuses.

Or, par l'emploi de l'eau oxygénée en solutions diluées à 1 gr. pour 200, ou 300 gr. d'eau distillée j'ai obtenu la guérison de telles ulcérations, datant de plus de trois ans, dans le court espace d'une semaine. J'ajoute que ces ulcérations avaient résisté au traitement par les autres antiseptiques connus jusqu'à présent.

Comme les fissures et ulcérations anales sont fréquentes, surtout chez les adultes, les vieillards et les femmes, je crois que la vulgarisation de l'emploi de l'eau oxygénée s'impose comme un excellent moyen de leur traitement. En effet, l'eau oxygénée est antiseptique, hémostatique, anesthésique, cicatrisante, sans être aucunement toxique; son application en compresses et lavages n'est pas douloureuse, ni irritante et ne provoque aucune lésion de dermatite de la région anale, même à la suite d'un emploi prolongé. L'eau oxygénée calme aussi la sensation prurigineuse de ces affections.

Le produit dont je me suis servi est l'eau oxygénée *Merck* à 100 volumes connue sous le nom de *Perhydrol*, dont j'ai fait ma solution avec XX ou XXX gouttes pour 200 grammes d'eau distillée (conservée en flacon de verre noir).

Ce qui rendait jusqu'à présent difficile l'emploi de l'eau oxygénée en chirurgie et en dermatologie, etc., c'était la difficulté de trouver un produit stable, bien défini, et d'une même concentration. Aujourd'hui, le perhydrol se présente à l'état de pureté, de concentration et de conservation parfaites, ce qui permet la généralisation du traitement par l'eau oxygénée ; cela constitue un réel progrès dans les méthodes de traitement où l'antisepsie est de rigueur.

Nous proposons même de formuler des solutions de perhydrol à la place de l'eau oxygénée pour éviter à l'avenir même des confusions possibles et regrettables.

Dr Negresco.

Membre de la Société française d'hygiène de Paris.
Médecin en chef du département
Rlavat. Roumanie.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

Syndicat médical des Deux-Sèvres.

Assemblée générale tenue à Niort, dans une salle de l'Hôtel-de-Ville, le 31 *mars* 1908.

Présidence du docteur J. Charier, *président.*

La séance est ouverte à deux heures.

Ont signé le registre de présence : MM. Collon, Corbin, Largeau, Mayet, Petit, Renon, Roulland, Tournadour, Senoble, Tiffaud, Grassin, Poineau, Vermeil, Clochard, Demarque, Forget, Joubert, Lecointre, Charier, Ferrand, Valla, Guinebertière, Mosnay, Lamy, Boudard, Dulout, Clément, Landry, Gaillard père, Gaillard fils, Marion Bouchet, Guillon, de Saint-Loup, Frey, Gadreau, 35 présents.

Excusés : Boullet, Pillet, Moreau, de Saint-Maixent; Motheau, Audouin, Cotilleau, Verrier, Gallot, Roy, Verron, Brin, Pérault, Moreau, de Châtillon; Pelletier, Dourif, Gaud, Clais, Rabec Fringuet, Gilles, Vandier, Bayoux, Nicoullaud, Girard, Maillard, Breffeil, Verlet, Jaurand, Bégusseau, Le Guichaoua, Pons, 31 excusés, Me Mercier excusé aussi, auquel l'assemblée adresse son bon souvenir et ses meilleurs vœux pour le rétablissement de sa santé.

Absents non excusés : Fayard, Roux, Fillé, Besnard, Brillaud, Escure, Demange, Barillet, Grimaud, Pradel, Guillon, de Secondigny ; Métayer, Riffeaud, 14 absents non excusés.

Candidature : Le Dr Joubert, de Niort, présenté par MM. Collon et Charier, est admis à l'unanimité des suffrages et prend part à la réunion .

Compte rendu de la dernière assemblée. — Il est lu et adopté.

Rapport financier du trésorier. — Au premier janvier 1907, l'avoir du syndicat se composait d'une somme de 509 fr. 35 qui était en caisse avec des titres de rente 3 % français rapportant 50 francs de rente annuelle.

Au cours de l'année, les recettes, comprenant les cotisations, droits d'entrée, absences non excusées, intérêt de l'argent placé, se sont élevées à la somme de : 1468 fr. 35, y compris les 509 fr. 35 déjà en caisse.

Les dépenses, c'est-à-dire frais d'impression des lettres de convocation, circulaires, comptes rendus des réunions, subvention au congrès des praticiens, couronnes déposées sur les tombes des confrères décédés, cotisation à l'*Union*, correspondance, se sont élevés à la somme de 474 fr. 10.

Recettes	1468 fr. 35
Dépenses	474 fr. 10.
Balance	994 fr. 25

Il restait en caisse au 31 décembre 1907, 994 fr. 25 et les titres suivants de rentes 3 % française.

N° 0.907.333	rente	10 francs
N° 1.015.018	—	5 francs
N° 2.112.893	—	30 francs
N° 1.115.214	—	5 francs
Total		50 francs

Démissions : Le Président a reçu les démissions de MM. Robineau, de Beauvoir ; Seguin, de Parthenay : Chabot, de Saint-Maixent ; Martineau, de Coulonges ; Gustave Faure et Louis Faure, de Thouars, et Bureau, de Chiché.

A l'exception du confrère Martineau, qui se retire, cessant de pratiquer, et près duquel de nouvelles démarches, confiées au Dr Senoble, seront faites pour le prier de rester des nôtres, les autres confrères, qui étaient peu assidus à nos réunions, se retirent parce qu'ils ne veulent pas se soumettre aux statuts, ou ne trouvent pas un intérêt personnel équivalent au sacrifice de leur cotisation. Tout en regrettant de ne pas voir l'esprit syndicaliste plus répandu, l'assemblée ne peut qu'enregistrer et accepter ces démissions.

Correspondance. — Lettres relatives aux honoraires des accidents du travail, et particulière-

ment celle du Dr Guinebertière, qui a obtenu un jugement favorable contre un patron (compagnie d'assurance) récalcitrant. Ce jugement a été publié dans le bulletin de l'*Union*. A remarquer que le juge de paix du canton du domicile s'est déclaré compétent et a accordé au demandeur, sans aucune difficulté, ses honoraires dont la note de médecin consultant et par conséquent de prix assez élevé, avait été reconnue conforme au tarif départemental et apostillée par le Président du syndicat. Lettre du Dr Vermeil demandant des réunions plus fréquentes, afin que les syndiqués soient mieux au courant des affaires, et que les questions les intéressant aient une solution plus rapide, et appelant l'attention de l'assemblée sur le travail du Dr Balland, de Paris, publié dans le *Bulletin de l'Union* et traitant de la fondation d'un journal de médecine destiné au public pour lui donner des conseils et le mettre en garde contre les charlatans de toutes sortes.

Communication rappelant aux confrères que le prix du certificat pour l'assurance sur la vie est tarifé à 20 francs, ce que beaucoup négligent de se rappeler.

Une lettre de M. Dauthuile, inspecteur d'Académie, qui informe le Président qu'il a l'intention de l'entretenir prochainement de la question de l'inspection médicale des écoles et le prie de saisir ses collègues des conditions dans lesquelles cette inspection pourrait se faire dans les Deux-Sèvres.

Cette question, qui a été déjà étudiée antérieurement, est très complexe, il faut d'abord savoir ce que l'on veut du corps médical. Le Président écrira à M. l'Inspecteur d'Académie à ce sujet, soumettra sa réponse à l'assemblée prochaine, qui pourra répondre en toute connaissance de cause.

Une lettre du Dr Lamy, de Melle, qui envoie un tarif d'arrondissement, basé sur le tarif départemental et où figure, pour la première fois, l'élévation des honoraires médicaux pour les dimanches, et qui stipule que ce jour-là, la visite sera tarifée le double des visites ordinaires.

Lettre du syndicat de Rochefort-sur-Mer, relatif au tarif des honoraires médicaux. Les renseignements demandés ont été fournis.

Lettre du syndicat des médecins de la Vienne qui porte plainte contre un confrère du syndicat des Deux-Sèvres ; une enquête est ouverte.

Plainte contre un confrère syndiqué qui aurait accepté de remplir gratuitement des fonctions devant être rétribuées. Le Président est chargé d'instruire cette affaire.

Lettre du Syndicat de la Seine qui envoie son *Bulletin officiel* aux membres du bureau et qui recevra le compte rendu de nos réunions.

Gardes forestiers, Syndicat des commerçants et industriels, Union des officiers de réserve et de territoriale. Anciens combattants, Gendarmes, etc.— Depuis notre dernière réunion, nous avons tous, plus ou moins, été assaillis de demandes de soigner gratuitement ou avec des diminutions d'honoraires, les membres des différentes sociétés ou corporations énumérées ci-dessus. Le Président rend hommage à la discipline des syndiqués qui, dans ces circonstances, lui ont toujours communiqué les demandes qui leur étaient adressées et a pu alors répondre au nom du Syndicat pour repousser ces offres et affirmer hautement aux Présidents de ces Sociétés que notre Syndicat, respectueux de toutes les libertés et surtout de la liberté du choix du médecin, n'acceptait aucune nomination de médecin de société pour ses membres, et que le tarif syndical était appliqué à tous sans exception.

Suivant ces instructions, dans un cas semblable, les médecins de Parthenay se sont réunis sous la présidence de leur vénéré doyen, le Dr Gaillard père, et ont envoyé à qui de droit la réponse suivante, signée de tous, et qui mérite d'être reproduite pour servir de modèle le cas échéant.

« Les médecins de Parthenay, soussignés, n'ac-
« ceptent de donner leurs soins aux membres du
« syndicat des commerçants et industriels de
« France qu'aux conditions suivantes :

« 1° La liberté absolue pour les membres du
« syndicat de choisir leur médecin.

« Le tarif honoraires sera :

« 3 francs par visite au domicile des sociétai-
« res ».

« 2 francs par consultation au cabinet du
« médecin.

« 1 franc par kilomètre parcouru à l'aller
« seulement en cas de déplacement, en sus de la
« visite.

« Les opérations seront payées d'après le tarif
« syndical des médecins des Deux-Sèvres.

« 3° Les médecins de Parthenay restent en
« dehors du comité de *patronage prévu* dans les
« statuts du syndicat des commerçants et indus-
« triels de France ».

Sociétés de secours mutuels.— Le Président, qui avait écrit à M. Gentil, député, président de la Fédération des S. S. M. du département, pour lui demander le résultat de la consultation des S. S. M., relativement à l'entente médico-mutualiste du 10 août 1905, a reçu de M. Gentil une réponse par laquelle ce dernier lui fait savoir que le rôle des délégués des S. S. M. ne pouvait être que celui de conseiller et que, n'ayant pu obtenir du Syndicat médical des Deux-Sèvres des avantages appréciables, chaque société fédérée gardait absolument son autonomie et s'entendrait, comme elle le pourrait, avec les médecins de sa région, en raison de la dureté avec laquelle certains médecins syndiqués traitaient quelques-unes d'entre elles

Cette lettre demandait une réponse du Président du Syndicat, la voici :

Monsieur Gentil, etc.

« Je vous remercie de votre réponse qui met les
« choses au point : ce n'est qu'à titre de conseillers
« que les délégués de la fédération des S. S. M. ont
« discuté une entente avec les délégués du Syndicat
« médical des Deux-Sèvres. Alors quelle portée peut
« avoir un pareil accord ?

« J'ai le regret de prendre acte de votre refus de
« nous faire connaître les noms des Sociétés mu-
« tuelles adhérentes à l'*Union* et au nom desquelles
« vous nous avez parlé. Loyalement, je vous ai donné
« la liste des médecins syndiqués, au nom desquels
« nous nous étions abouchés avec vous, mais ceux-ci
« n'ont pas le droit de connaître les sociétés dont
« vous êtes les représentants : situation bizarre qui
« jette un nuage de suspicion et qui ôte bien de la
« valeur à notre conversation.

« Nous croyions avoir un rôle plus élevé, et, après
« l'entente médico-mutualiste, intervenue entre les
« représentants des S. S. M. et ceux du corps médical
« réunis en une commission mixte, sous la présidence
« de M. Loubet, ancien président de la République,
« j'avais espéré, pour ma part, pouvoir, de concert
« avec vous, travailler à l'apaisement de situations
« indignes des mutualistes et des médecins.

« Nous n'avons jamais rêvé l'étouffement de la
« mutualité ; avec nos associations professionnelles
« et nos syndicats nous sommes nous-mêmes des
« mutualistes, voulant défendre nos droits et parler de
« collectivité à collectivité.

« Vous dites que certains syndiqués traitent du-
« rement les S. S. M. Cependant, à ma connaissance,
« le tarif médical le plus élevé qui soit appliqué est le

« tarif ouvrier avec des réductions consenties pour « frais de recouvrement, malgré la présence dans les « sociétés de membres autres que des ouvriers ; je ne « vois pas en quoi le traitement est dur ; ce n'est même « pas la rétribution à laquelle nous avons équitable- « ment droit, mais, par contre les S. S. M. appliquent « aux médecins des traitements de famine.

« Vous dites que l'*Union* n'a pu obtenir du syndi- « cat médical des avantages appréciables, alors je « ne comprends plus : jouons cartes sur table. Nous « vous avons accordé tout ce que vous nous avez « demandé :

« 1° La non-application de la circulaire du 5 août « 1903 ;

« 2° Le maintien du paiement des honoraires soit « à la visite, soit à l'abonnement ;

« 3° La non-représentation du corps médical à titre « consultatif dans les conseils des sociétés (la loi « nous accorde cette faveur dans les commissions « communales d'assistance médicale) ;

« 4° La réunion pour entente entre le bureau des « Sociétés locales et les médecins des localités; c'est « vous qui l'avez demandée et ne l'avez pas exécutée.

« Je ne crois pas me rappeler que vous ayez de- « mandé d'autres concessions. Nous vous avons donc « accordé tout ce que vous nous avez demandé et « vous trouvez que ce ne sont pas là des avantages ap- « préciables; alors, je le repète, je ne comprends plus « ce que vous désirez du corps médical. Par l'aban- « don de ses honoraires aux S. S. M. il a fait vivre et « prospérer ces sociétés pendant 50 ans ; les condi- « tions sociales changent et les ouvriers seuls ne com- « posent pas les sociétés ; nous demandons un salaire « proportionné à notre travail et vous nous refusez, « comme voulant la perte de la mutualité, alors nous « nous faisons bien mal comprendre.

« Quant au libre choix du médecin, votre interpré- « tation est toute fantaisiste. Toute liberté a ses limi- « tes. Les médecins entendent le libre choix parmi « les médecins de la localité où siège la société, « sinon, dans la localité la plus voisine.

« Je maintiens que le libre choix, accepté par vous, « n'est pas respecté, même dans les sociétés où « le choix doit être fait pour un an ou pour six mois. « En outre, je vous citerai cette société dont les prix « ont été acceptés par 5 médecins, et trois d'entre « eux ont été éliminés à l'élection, la société n'en « voulant que deux. Appelez-vous cela le libre choix ? « Et dans cette localité où sont deux médecins, un « seul est médecin de la S. S. M. Après notre entente, « le second demande à soigner les sociétaires aux mê- « mes conditions que son confrère ; on ne lui répond « pas ; il s'informe, ce sont des insultes qu'il reçoit. « Est-ce encore le libre choix ?

« Dans ces conditions, si vous maintenez que le « rôle des délégués sera simplement celui de conseil- « lers, je ne sais quelle décision sera prise alors par « notre syndicat.

« J'ose espérer de meilleures dispositions de votre « part, qui permettront une entente dans le sens indi- « qué par la commission mixte présidée par M. Lou- « bet, et dont j'ai parlé plus haut.

« Je vous prie de demander à votre assemblée « l'autorisation de nous dire les noms des sociétés « dont vous êtes les délégués ; vous connaissez tous « les médecins syndiqués, ceux-ci ont le droit de « connaître les sociétés qui vous délèguent. Si ce « refus persiste, je me demande comment l'inter- « préter.

« Je compte sur votre esprit éclairé et sur votre « impartialité pour m'aider dans ma tâche de pacifi- « cation et d'entente ».

L'assemblée approuve ces paroles et prie ses délégués de continuer les pourparlers.

Office central de la répression de l'exercice illégal de la médecine. — Cet office, qui a succédé au Congrès de la répression ne peut vivre, fonctionner et rendre service que si on lui en fournit les moyens, c'est-à-dire si on le subventionne. Sur la proposition du Président, une subvention de 100 francs est votée.

IIe *Congrès des praticiens.* — Un chaleureux appel est fait auprès de tous les syndiqués pour les prier d'adhérer à ce congrès qui se tiendra à Lille les 25 juin 1908 et jours suivants. Envoyer son adhésion au Dr Aubert, 5, rue Thiers, à Lille (Nord). Envoyer sa cotisation, qui est de 5 francs seulement, au Dr Deroy, 222, rue Léon-Gambetta à Lille (Nord). Le Président se charge de grouper les cotisations et de les faire parvenir.

Le syndicat vote pour ce congrès une subvention de 100 francs qui sera adressée au Dr Deroy, et élit pour l'y représenter les Drs Collon, de Niort, et Charier, de Thouars, qui doivent envoyer chacun leur cotisation personnelle, et à chacun desquels une allocation de 100 francs est votée à cet effet.

Dépenses pharmaceutiques et médicales de l'Assistance médicale gratuite. — Le Président, au nom de la commission de revision, fait savoir que 5 ou 6 médecins, toujours les mêmes, abusent des prescriptions de médicaments de prix élevés : pour cette fois, il se contente de citer les faits, sans donner de noms, mais désormais l'assemblée, après une discussion à laquelle prennent part MM. Clochard, Landry, Marion, Charier, Gaillard père, etc., est d'avis qu'elle proposera une enquête et protestera contre les pratiques à l'occasion de ces faits, et que les médecins délinquants qui, d'ailleurs, ont déjà été prévenus, seront soumis aux sanctions édictées par les statuts.

Réforme des études médicales. — Le Dr Renon fait avec la compétence qu'on lui connaît un exposé des réformes demandées par le corps médical, autonomie des Facultés, élection des professeurs et par les professeurs et par les étudiants, paiement des professeurs par la Faculté et à la fois par les élèves. L'assemblée adopte ces conclusions conformes à celles du Dr Le Fur, dans le rapport que ce dernier a présenté au Congrès des praticiens.

Impôt sur le revenu. — L'assemblée émet le vœu que, si cet impôt est voté, le secret professionnel soit respecté et que dans l'évaluation des revenus soit faite la défalcation des frais inhérents à l'exercice de la profession.

Consultations de nourrissons. — L'assemblée maintient son opinion que, dans les campagnes, où les habitations sont éparses, les villages et les hameaux éloignés, les moyens de communication nuls, et les locaux convenables n'existent pas, la création de ces consultations serait plus nuisible qu'utile, et créerait encore un monopole à l'égard de certains médecins fonctionnaires.

L'ordre du jour épuisé, la séance est levée.

Le Président, Dr J. CHARIER.

Le secrétaire, Dr MOSNAY.

CHRONIQUE MÉDICO-MUTUALISTE

Une société de secours mutuels vote le libre choix du médecin et refuse le tarif à l'abonnement.

A Nanterre, avant l'année 1894, la société de secours mutuels payait les honoraires des médecins à l'abonnement à raison de 5 fr. par tête de sociétaire. Les médecins de Nanterre, alors au nombre de trois, résilièrent d'un commun accord ce tarif et obtinrent le système à la visite en

faisant à la société une réduction de 50 % sur le tarif ouvrier.

Malgré plusieurs tentatives de la part des administrateurs de la société de revenir à l'abonnement, la cohésion toujours aussi forte des médecins, malgré leur accroissement de nombre, leur avait permis de résister pour ainsi dire sans combat, par simple refus, à toutes les nouvelles propositions qui leur avaient été faites.

Mais l'arrivée à Nanterre d'un nouveau médecin vint changer cet état de choses. Acceptant, sans causer avec ses confrères, l'offre qui lui fut faite du tarif de 5 fr. par tête, il prit des engagements et se refusa d'une façon obstinée, malgré les convocations réitérées que lui avaient adressées les cinq autres médecins, à venir causer avec eux de la situation professionnelle.

Le résultat ne se fit pas attendre ; prétextant le déficit causé en 1907 par les honoraires élevés des médecins et des pharmaciens, le conseil d'administration chargea son Président de demander aux anciens médecins de revenir au tarif forfaitaire d'avant 1894. Cette demande était vouée à un insuccès certain, les administrateurs le savaient par les tentatives antérieures, mais ils escomptaient un succès facile puisqu'ils avaient sous la main un docteur prêt à accepter le tarif de misère.

Que faire dans cette circonstance ? Refuser sans discussion le tarif à l'abonnement était le plus sûr moyen de faire triompher l'administration. Accepter le retour à l'abonnement était déshonorant et impossible. Discuter avec le conseil était dangereux et nuisible.

On répondit donc au Président que les médecins n'avaient pas à lui communiquer de réponse puisqu'il était notoire que son siège était fait par les engagements antérieurs pris avec un autre médecin et que c'était en assemblée générale que la discussion serait portée. De plus, on prit décision d'envoyer une circulaire à chacun des sociétaires et de leur montrer l'intérêt qu'il y avait pour eux de conserver le *statu quo*, c'est-à-dire le *Libre choix* du médecin. Cette circulaire était accompagnée des aphorismes sur la *Liberté de confiance* du Dr de Grissac, et d'un bulletin d'adhésion à renvoyer avant l'assemblée générale. C'était en somme un referendum.

L'Assemblée générale avait lieu le dimanche 5 avril et les circulaires ne purent être distribuées que le samedi matin. Le président ayant refusé de fournir la liste des sociétaires, un quart d'entre eux environ ne put la recevoir.

Malgré ce peu de temps et les listes incomplètes qui servirent aux adresses, 178 adhésions parvinrent aux médecins syndiqués avant l'assemblée générale.

Le nombre des sociétaires inscrits était de 361, dont une vingtaine habitant Paris, Puteaux, Asnières, etc., on pouvait donc dire que les médecins avaient la majorité absolue.

Après une discussion orageuse, l'assemblée générale put se convaincre d'une chose, que le déficit considérable de l'année 1907, 5.440 fr. n'était pas dû seulement aux honoraires des médecins, causés par la morbidité spéciale de l'année, mais à un essai maladroit et inexact du régime qui a lieu dans une ville de province et qui greva la société d'une dépense supplémentaire de plus de 1.600 fr.

Aux attaques dirigées contre le corps médical, celui-ci riposta en attaquant la gestion du conseil et l'assemblée lui donna raison en votant contre le conseil d'administration qui avait posé la question de confiance.

Tel est le résultat auquel sont arrivés cinq médecins bien unis. Mais il faut observer qu'ils ont eu soin d'éclairer chaque sociétaire et que s'ils n'avaient pas pris cette précaution, il est fort possible que la casuistique et le miroitement des chiffres qu'en adroits prestidigitateurs financiers et en rhéteurs habiles en matière électorale, déployèrent les administrateurs de la société, les malheureux médecins, malgré la justesse de leurs arguments, la justice de leurs revendications, auraient succombé et auraient passé en outre pour les exploiteurs de la situation.

La conclusion de cette lutte est que les membres des sociétés de secours mutuels désirent conserver leur liberté d'action, mais qu'il faut leur montrer que leur intérêt est solidaire de celui des médecins, que l'indépendance et la liberté des uns et des autres sont nécessaires.

Les mutualistes reviendront peu à peu à cette vérité (qui a du reste reçu la sanction légale) que la *liberté du choix du médecin par le malade est absolue et ne peut être limitée même pour un temps.*

Dr VINCENT.

N.-B. — Ci-joint l'appel aux mutualistes par referendum et le bulletin de réponse.

A Mesdames et Messieurs les Membres de la Société de Secours Mutuels de Nanterre.

Mesdames et Messieurs,

Un fait, dont les conséquences peuvent être des plus sérieuses et des plus graves pour l'avenir de votre Société, est à la veille de se produire. Tous les Médecins qui vous soignent, avec zèle et dévouement, depuis de longues années, vont être congédiés par votre président, M. Baillet, et le service médical va être confié à un seul médecin, nouveau venu au milieu de vous, que personne ne connaît et dont le savoir, si grand qu'il puisse être, n'a encore été soumis à aucune épreuve. Alors que la loi sur les accidents de travail a sanctionné d'une façon définitive le libre choix du médecin par l'ouvrier, l'on s'apprête à vous le supprimer, à vous qui en jouissez depuis plus de 13 ans, grâce aux efforts constants de vos médecins habituels. Par une lettre en date du 22 mars courant, M. Baillet nous a signifié qu'il était décidé à en revenir à l'abonnement par tête, proposition qu'il savait pertinemment devoir être repoussée à l'unanimité par tous les médecins soussignés, pour les raisons suivantes.

Ces raisons lui avaient été déjà longuement exposées par nous dès l'année 1905. Nous considérons, en effet, que :

1° Le tarif à l'abonnement est contraire à *la dignité du malade*, car il lui interdit de choisir le médecin en qui il a confiance, pendant un temps plus ou moins long, et que ce droit sacré ne saurait être limité, même un seul instant ;

2° Le tarif à l'abonnement est préjudiciable *aux intérêts du malade*, car celui-ci peut être obligé en cas d'urgence ou d'absence de son médecin habituel, à payer de ses propres deniers les visites du médecin ainsi appelé ;

3° Il est préjudiciable encore à sa *tranquillité morale*, le malade pouvant penser, à un moment donné, que le médecin qui le soigne à un tarif forfaitaire très réduit ne lui apporte plus les secours de son art et de sa science avec le même zèle et le même esprit de dévouement qu'auparavant ;

4° Ce même tarif est incompatible avec *la dignité et l'indépendance médicales*, le médecin ne devant pas être soupçonné de soigner ses malades avec plus ou moins de zèle et de dévouement selon les honoraires qu'il reçoit, et, de plus, il ne faut pas qu'il puisse se trouver dans l'humiliante obligation de soigner un malade qui n'a plus confiance en lui ;

5° Le tarif à l'abonnement a été du reste rejeté pour toutes ces raisons par l'Assemblée nationale des Médecins Praticiens de France en 1907, par l'Union Générale des Syndicats Médicaux de France et par le Syndicat des Médecins du Département de la Seine, dont nous nous honorons de faire partie ;

6° Enfin, la réduction de 50 % sur le tarif ouvrier que nous avons consenti à accorder à la Société de Secours Mutuels de Nanterre depuis 1894, est une des plus grandes faites dans les environs de Paris, les Sociétés de Secours Mutuels d'Asnières et de Colombes payant deux francs par visite. Ce tarif, du reste, n'a pas empêché la Société de Secours Mutuels de Nanterre de prospérer jusqu'au jour de l'arrivée de M. Baillet à la présidence.

Il est donc possible, avec le tarif actuel, consenti par les Médecins de Nanterre, de concilier les intérêts moraux et matériels des Sociétaires.

Donc, Mesdames et Messieurs les Sociétaires, si vous êtes partisans des idées que nous venons de vous exposer, nous vous prions de nous renvoyer le bulletin ci-joint en y inscrivant votre nom et en le signant, et de croire en notre entier dévouement.

Docteur Bory, 37, boulevard du Couchant.
Docteur Guillaume, 4, avenue Henry-Martin.
Docteur Mary, 18, rue du Chemin-de-Fer.
Docteur Vincent, 41, rue Volant.
Docteur Caire, 4, rue Sadi-Carnot.

BULLETIN D'ADHÉSION

Le Sociétaire, soussigné, déclare être partisan du libre choix du Médecin par le Malade et du système actuellement en vigueur à la Société de Secours Mutuels de Nanterre.

Nom et Prénoms..............................

Adresse..............................

Signature..............................

Prière de renvoyer avant Dimanche ce bulletin à votre médecin habituel.

CORRESPONDANCE

Oh ! confraternité médicale !

Monsieur et honoré confrère,

Peut-être l'histoire d'un procès que je viens d'avoir avec un de mes malades vous intéressera-t-elle ainsi que les lecteurs du *Concours*, je viens, en tous cas, vous en dire les principaux épisodes.

En février 1907, je fus appelé par un chirurgien, directeur d'un institut mécanothérapique à T. M. le docteur B., pour voir une fillette atteinte de scoliose et lui faire un corset en celluloïd.

Cet appareil fut fait d'après un moulage pris à la suspension.

L'appareil livré, nous décidâmes de faire une fenêtre articulée du côté droit afin de faire de la compression méthodique et progressive qui maintiendrait l'enfant dans l'état maximum de redressement qu'on puisse obtenir.

L'appareil appliqué sur la malade, la fenêtre garnie de ses carrés d'ouate, l'enfant très bien maintenue ainsi se serait passée très difficilement de son soutien. Le Dr B., aussi satisfait que la malade et sa famille, la garda encore une quinzaine de jours en traitement chez lui, après quoi elle partit chez elle enchantée.

Cet enchantement dura près de deux mois, jusqu'au jour où je réclamai ma note. Ce jour-là, l'appareil n'appliquait plus, la fermeture de la fenêtre ayant cédé sous une compression exagérée, on n'en faisait plus, alors un certain espace existait entre les épaulières de l'appareil et les épaules, et..... refus de paiement.

En réalité, je réclamais ma note, alors rien n'allait plus et on se basait pour le dire sur les affirmations des deux médecins de l'endroit, les docteurs R., et X.

Etonné, j'écris à mes deux confrères, qui doués, d'une grande prudence et d'une semblable politesse, me font attendre encore leur réponse.

Alors j'assigne ; on nomme un expert, le Dr V., du département d'à côté ! J'écris à ce dernier confrère me mettant à sa disposition pour lui fournir tous renseignements qu'il jugerait utiles et le priant de me dire le jour qu'il déciderait pour faire cette expertise. La politesse de ce dernier confrère ressemblant fort à celle des deux précédents, j'attends encore sa réponse.

Je dus me contenter de lire le court rapport qu'il fit envoyer par un huissier. Quoique muet (chose bizarre de la part d'*un spécialiste !) sur la question du* litige, il mérite cependant que vous en savouriez quelques extraits.

C'est ainsi que, négligeant la fenêtre, ignorant probablement son but de redressement qui permet, par la compression, de repousser la partie supérieure du thorax en haut et à gauche, seul cas de bonne application de l'appareil, et dans lequel les épaulières adhèrent comme tout le reste de l'appareil, le docteur V. prétend que : « *le corset n'est pas adhérent au niveau de l'épaule gauche, de même au niveau de la partie* SUPÉRIEURE *des omoplates.* »

Il en conclut que : « la *qualité maîtresse* d'un corset résidant dans le *maintien absolu* des parties supérieures du tronc, le corset livré ne remplit nullement cette *condition essentielle.* Donc, il ne peut *remplir le but pour lequel il a été prescrit* ».

Je ne discuterai pas ici sur la « qualité maîtresse » d'un corset orthopédique. S'il existe encore un médecin, surtout spécialiste, dont la théorie consiste, dans tous les cas de scoliose, à maintenir solidement la difformité acquise et non à essayer de la modifier, peu m'importe.

Ce que je tenais à vous dire, c'est d'abord la charmante confraternité de certains médecins, ensuite l'issue de mon procès.

Malgré ce rapport unique en son genre, le juge de paix a condamné mon client au paiement de la somme demandée après arrangement de l'appareil suivant les idées de l'expert et à la moitié des frais.

En appel, jugement confirmé.

Bien entendu, la famille s'est contentée de payer, se gardant bien de faire arranger un appareil bien combiné, suivant de telles indications.

Que peut-on penser de notre confrère l'expert, et de nos confrères les médecins habituels de la famille B... ? Je ne dis pas du jugement, car mon avocat lui-même n'était pas habitué à ce genre de jugement de Salomon.

Les causes de la campagne contre les médecins

Mon cher Directeur,

Il me semble que les médecins qui ont eu la naïveté de prêter un concours quelconque à la calomnieuse campagne des Compagnies d'assurances accidents doivent se mordre aujourd'hui les pouces jusqu'au sang, même s'ils ont agi par intérêt personnel.

Il a suffi, en effet, que le corps médical réclame impérieusement les poursuites contre les accusés pour que tout s'évanouisse ou à peu près.

Un tas de parquets nous paraissaient déjà si portés à gober les insinuations des assureurs que nous n'avions pas pu nous expliquer leur inertie devant les plaintes déposées, disait-on, depuis longtemps.

Mais voilà que maintenant on n'aboutit qu'à des acquittements, des non-lieu et des reculades.

Oui, des reculades, car le bruit court que, pour sauver la face des plaignants malgré eux, on va faire jouer l'amnistie que nous n'avons jamais réclamée. Et, après cela, on aura toujours la ressource du mot de Basile : « Calomniez, il en restera quelque chose. »

Dieu merci,nous n'avons pas, nous médecins, l'oubli si facile au sujet des injures et des coups.

Il faut continuer de prouver jusqu'à l'évidence le caractère tendancieux et purement monétaire de la campagne qui fut faite sur notre dos parce qu'il fallait des prétextes à ce qui se prépare.

— Mais, me direz-vous, ce n'est donc pas encore fini ?

— Cela finira sans doute pour nous, au moins provisoirement, quand le tarif sera révisé : seulement cela ne fera que commencer pour.... les assurés.

— Comment cela ?

— Hé oui ! Ne savez-vous pas qu'il faut bien relever les primes jadis abaissées en toute exagération par la concurrence acharnée que se firent les Compagnies entre elles ?

Et alors le libre choix, le tarif, les abus scandaleux, tout cela n'est que prétextes dont on a déjà joué en 1905 (10 %) et qu'il faudra invoquer de nouveau avant peu. Gageons que vous ne tarderez pas à voir passer l'appel à la caisse avec des larmes de crocodile sur les charges de l'industrie française, du commerce français, charges qui pourtant ont été depuis longtemps devancées à l'étranger. — Eh bien ! c'est le médecin qui sera cause de cette iniquité, car, croiriez-vous qu'il refuse d'endosser (ce grincheux) les charges des commerçants et industriels ?

— Mais alors, les attaques contre le libre choix ?

— Prétexte aussi, et surtout diversion. En voulez-vous la preuve ? Elle a été donnée en Belgique.

Lisez attentivement l'article suivant du *Scalpel*, et vous en conclurez comme nous que, derrière tout ce battage de philanthropie et de rappel aux traditions de dignité professionnelle, il n'y a que la course au clocher des parasites financiers de la France et de la Belgique.

Scandales médicaux.

La loi sur la réparation des accidents du travail a donné lieu à une déconcertante constatation :

« Le corps médical est gangrené, il ne compte que « de malhonnêtes gens ».

Pauvres médecins qui, depuis des années, avez seuls porté le poids de la bienfaisance publique,qui avez été depuis toujours les victimes plus ou moins bénévoles des sociétés de secours mutuels, des compagnies d'assurances, des philanthropes faisant un constant appel à votre concours gratuit, vous étiez loin de vous en douter et cependant vous avez une bien mauvaise presse.

Une campagne retentissante est menée en France par la coalition des fédérations industrielles et des compagnies d'assurance contre les médecins accusés d'exploiter à leur profit exclusif les accidents du travail. Et la Belgique, prenant le *la* à Paris, se fait l'écho du concert des récriminations anti-médicales.

Le public assiste à un déballage d'accusations diverses contre les médecins où les mots de « vénalité concussion, piraterie, ententes louches, complaisances odieuses, vol organisé » provoquent la légitime révolte de ce bon fonds d'honnêteté caché dans la conscience de chacun.

Il n'est pas un industriel belge qui n'ait réuni un dossier terrible sur l'exploitation patronale organisée par les médecins. Il y a quelques jours, une puissante fédération patronale se réunissait à Liège, et les membres se communiquaient leurs doléances sur l'exploitation médicale.

Un membre avait constaté que le médecin de son usine non seulement se prêtait à des chômages exagérés des blessés, mais accordait à ceux-ci de véritables vacances à ses frais.

Il avait vu un de ses blessés, auquel il payait 5 francs d'indemnité journalière, pêcher à la ligne ! Il savait que son médecin allait jusqu'à peindre des blessures (*sic*), qu'il entretenait volontairement les érosions par des pansements humides prolongés.

Que l'on raconte ces potins en France, où le libre choix du médecin par le blessé est absolu, c'est plus compréhensible, puisque là-bas les patrons luttent pour arracher aux victimes du travail la consolation de la liberté de confiance. Mais en Belgique, où le libre choix n'existe pas, ou si peu, cela prouve quoi ?

Cela démontre que les compagnies d'assurances, et les patrons qui se plaignent n'ont aucune compétence pour désigner un médecin qu'ils ont fort mal choisi, ou qu'ils ont cherché... un praticien au rabais. Il n'y a pas à sortir de ce dilemme : ou imbéciles, ou peu consciencieux.

Les patrons, les compagnies d'assurances voudraient diriger tous leurs blessés du travail sur les hôpitaux. On sait bien que c'est dans un but exclusif de philanthropie.

Et un de ces patrons a entendu son médecin s'opposer au transfert d'un blessé atteint de fracture de cuisse, avant que la famille du blessé fut consultée sur le séjour à l'hôpital.

Si j'avais eu l'honneur d'être à la place de ce confrère,j'aurais dit au patron : « Que diriez-vous, Mon- « sieur, si appelé auprès de vous, malade d'une « affection contagieuse, j'exigeais votre transfert à « l'hôpital, sans prévenir votre famille sous prétexte « de lui éviter la contagion ? Le blessé a ses affec- « tions comme nous et son home lui est doux,si misé- « rable soit -il ».

Les patrons sont profondément surpris quand on leur apprend que les blessés ne sont pas des indigents et que les hôpitaux, destinés au traitement gratuit des pauvres, ne doivent pas être encombrés par les victimes du travail, auxquelles la loi nouvelle a réservé un autre traitement. Si les chefs de service des hôpitaux veulent bien accepter la lourde charge, presque gratuite, d'un service hospitalier, c'est parce qu'ils y trouvent une compensation dans l'honneur et la distinction du choix fait de leur personnalité mais ils n'entendent pas que leur travail honorifique serve à restreindre les frais généraux des compagnies d'assurances ou à augmenter les bénéfices industriels au détriment de leurs confrères. S'il était entendu qu'en dehors des frais d'hospitalisation, la compagnie d'assurance ou le chef d'entreprise supporterait les frais chirurgicaux et pharmaceutiques occasionnés par chaque victime hospitalisée, nous aurions quelque raison d'ajouter créance aux sentiments philanthropiques de ceux qui offrent l'hôpital à leurs blessés.

Cette campagne tendancieuse ouverte depuis quelques semaines contre le corps médical assurant le service des blessés du travail s'explique aisément par la mauvaise humeur provoquée par l'augmentation inévitable des frais médicaux et pharmaceutiques à la suite de la mise en vigueur de la nouvelle loi.

La loi de 1903 mit à la charge exclusive des patrons les frais médicaux occasionnés au cours des

six premiers mois d'une blessure,et la tendance naturelle est de trouver odieuse une dépense dont l'unique garantie est la conscience du médecin traitant.

Mais ce n'est pas nous qui avons fait la loi et c'est bien à son sujet que nous pourrions répéter le : « Timeo Danaos et dona ferentes » de Virgile. C'est sous la pression des forces démocratiques que le principe de la charge patronale des frais médicaux a été voté, et il suffit d'écouter les débats élevés dans les associations médicales pour constater que les médecins sont loin d'être satisfaits.

C'est le sort fatal du médecin d'être méconnu. Lorsqu'il est choisi par le patron, les ouvriers déclarent généralement qu'ils sont mal soignés, renvoyés brutalement au travail. Avons-nous assez entendu l'écho de ces déclamations lors de la discussion de la loi de 1903 dans nos chambres législatives ? Lorsque le médecin est choisi par l'ouvrier, comme cela se pratique en France, les chefs d'entreprise et les compagnies d'assurances, poussent des cris de putois, se déclarent indignement exploités ; ils ameutent la presse contre la bande des Cartouches diplômés.

Une chose nous surprend toutefois. Les faits rapportés contre les médecins sont tellement précisés et circonstanciés qu'il doit être aisé, à ceux qui les ont répandus dans le public, d'en désigner les coupables nominativement. Pourquoi ne dénoncent-ils pas ces médecins à la justice ?

Il ne suffit pas de dire, selon le degré d'atticisme habituel de son langage : « Je l'ai mis à pied, je l'ai « flanqué à la porte, ou je lui ai mis ma botte... quel« que part ».

Au nom du corps médical honnête, nous voulons des noms. On n'accuse pas une corporation entière de forfaiture ou de malhonnêteté sans preuves claires et nettes.

Nous réclamons les noms parce qu'il ne nous convient pas de donner le nom de « confrère » à des escrocs.

Aussi nous applaudissons au geste d'un syndicat médical Parisien qui a saisi le garde des sceaux, ministre de la justice et le procureur général de la République, d'une plainte, réclamant une enquête rigoureuse sur des faits pouvant entacher l'honneur du corps médical.

On dit beaucoup de mal des médecins, mais il ne nous convient plus de supporter des généralisations.

A des accusations vagues, nous voudrions opposer l'enquête. On en fait tant en notre pays. On en fait sur la petite bourgeoisie, sur les huit heures de travail, sur l'industrie de la boissellerie ; le gouvernement, à l'occasion de la revision triennale de la loi sur les accidents du travail, pourrait bien en ordonner une nouvelle sur le fonctionnement du service médical des blessés du travail.

Mais vous verrez que les chefs d'entreprise et les compagnies d'assurance se défileront devant une telle enquête parce qu'il faudrait citer des faits précis et justifier, par des chiffres et des noms, la gravité du préjudice subi.

On constaterait alors que ces fameux scandales médicaux sur lesquels presse et patrons gémissent, se réduisent, à part quelques rares exceptions, à une augmentation normale de 1/4 à 1/2 pour cent dans le pourcentage des frais médicaux.

Tel industriel qui a poussé des cris d'écorché devrait avouer qu'il n'a pas dépensé en 1906 et 1907 plus de 200 francs par an au-delà de ce qu'il payait à son médecin avant 1903.

Au reste, si les chômages étaient accordés avec une aussi évidente exagération, les budgets des sociétés mutualistes en auraient subi le contre-coup et ne se solderaient pas en boni. Les mêmes industriels qui se voilent la face devant le scandale du vol organisé par les médecins, savent sourire ironiquement de la jobardise des victimes d'un krack financier. Or on sait que les bénéficiaires des bluffs financiers.... sont des médecins, n'est-ce pas ?

Et les compagnies d'assurances, clamant leur ruine provoquée par l'exploitation des accidents du travail, montrent un beau cynisme en parlant de ces dépenses au lendemain de ces révélations faites en Amérique sur les tripotages politico-financiers des administrateurs de compagnies, soutenant des candidatures sénatoriales et présidentielles avec les fonds de leurs assurés.

Encore une fois, nous réclamons une enquête sur les accusations formulées et surtout, de la part des législateurs, une étude sérieuse de l'organisation du service médical des accidents du travail, proposée par les médecins honnêtes.

Dr L. DEJACE.

Je ne sais si je me trompe, mais je crois, cher Confrère, qu'il convient de mettre encore cet article sous les yeux de vos lecteurs pour leur montrer le but réel de la campagne.

Veuillez agréer, etc.

Un praticien de Paris bien renseigné.

BIBLIOGRAPHIE

Le bréviaire de Châtel-Guyon

Les sciences, comme les religions, traversent à leur aurore une période plus ou moins longue d'élaboration confuse, d'expériences hasardeuses, de recherches tâtonnantes. De ce préalable travail de gestation se dégagent un jour des dogmes, des théorèmes, des lois, dont l'ensemble constitue la doctrine tout entière. Sur le terrain scientifique, cette doctrine n'est pas sans appel, et les progrès incessants de l'esprit humain vers la vérité y apportent constamment des modifications, des compléments, des notions nouvelles. Mais à chaque jour suffit sa tâche : les idées ont besoin d'abord, pour se fixer, de points de repères fondamentaux qui leur fournissent avec netteté et précision l'assise solide sur laquelle s'échafauderont les études ultérieures. C'est alors qu'apparaissent généralement les précis, les résumés, les codifications essentielles de la doctrine.

Voici précisément que l'heure a sonné où, sortie des limbes préliminaires où la raison bégaie et cherche sa voie, la doctrine châtel-guyonnaise s'exprime en règles claires et simples qui partent des données de l'hydrominéralogie pour aboutir aux conclusions de la clinique en passant par le contrôle du laboratoire.

Il appartenait au docteur ANGELBY, doublement qualifié par sa situation officielle à Châtel-Guyon et par sa spécialisation professionnelle, d'en formuler la suite logique. Il a réuni ceux de ses travaux personnels qui résument l'ensemble des connaissances actuellement acquises sur ce sujet et il les offre aux intéressés sous les espèces d'une élégante brochure, pittoresquement baptisée par lui d'un de ces vocables lapidaires dont il a le secret : le *Bréviaire de Châtel-Guyon*, c'est-à-dire, l'abrégé de la doctrine châtel-guyonnaise telle qu'elle résulte aujourd'hui de la saine appréciation des faits.

Ce bréviaire se divise en 4 parties, en 4 chapitres distincts dans lesquels l'auteur étudie tour à tour :

1° Les eaux de Châtel-Guyon en général ; géologie, hydrologie, ressources thermales ;

2° Leur action particulière sur le tube digestif, sur l'infection intestinale et sur la toxémie qui en dérive ;

3° Leur efficacité dans certains états constitutionnels et organiques ;

4° Les ressources thérapeutiques offertes par la station thermale, ainsi que par les eaux minérales et leurs dérivés pharmaceutiques. Ce quatrième chapitre

constitue un petit guide pratique à l'usage du médecin.

Le *Bréviaire de Châtel-Guyon* est une synthèse éloquente des vérités fondamentales qui, de la théorie à l'application, justifient l'essor prodigieux de la célèbre « capitale du ventre » et son intensif rayonnement sur l'univers. Il nous apporte le dernier mot de l'heure présente sur une station et sur une eau dont les vertus curatives incontestables sont une des forces de la thérapeutique hydrominérale française.

REPORTAGE MÉDICAL

Maire et médecin d'un hospice communal. — Y a-t-il incompatibilité entre les fonctions de maire, président de droit de la Commission administrative d'un hospice communal, et celle de médecin rétribué de cet hospice ?

C'est un cumul extrêmement fréquent. Il peut évidemment présenter des inconvénients, et une circulaire du ministre de l'Intérieur du 15 mai 1884 a attiré l'attention des préfets sur les situations de ce genre. Les médecins des hôpitaux et hospices, élus maires de leur commune, ont donc toujours été invités à opter.

Mais cette interdiction est-elle légale ?

C'est une question que le Conseil d'Etat vient d'être appelé à trancher.

L'Administration a toujours invoqué la loi du 24 vendémiaire an III, aux termes de laquelle aucun citoyen ne peut exercer ni concourir à l'exercice d'une autorité chargée de la surveillance médiate ou immédiate des fonctions qu'il exerce dans une autre qualité.

Mais, ainsi que l'a fait remarquer au Conseil d'Etat le commissaire du gouvernement Chardenet, à supposer que ce texte n'ait pas été abrogé par les lois ultérieures sur les conseils généraux et municipaux, il résulte de la loi elle-même qu'il ne vise que les agents compris dans la hiérarchie administrative et non pas les membres des commissions des établissements publics comme les hospices.

Quant aux maires et aux conseillers municipaux, leurs cas d'incompatibilité sont limitativement déterminés par la loi du 5 avril 1884.

Il est vrai que l'article 33 déclare inéligibles les agents salariés de la commune. Mais parmi eux ne sont pas compris ceux qui, exerçant une profession indépendante, ne reçoivent une indemnité qu'à raison des services qu'ils lui rendent dans l'exercice de cette profession.

Le commissaire du gouvernement a donc conclu que l'incompatibilité visée n'a été édictée par aucune disposition législative.

Conformément à ces conclusions, le Conseil d'Etat a jugé qu'il n'appartient pas à un préfet de mettre un maire en demeure de faire cesser, comme contraire à la loi, le cumul existant entre les fonctions de président-né de la commission de l'hospice et celle de médecin rétribué de cet hospice.

Société de Médecine légale de France. — Dans sa séance du 13 avril 1908, la *Société de Médecine légale de France* a déclaré trois vacances *parmi ses membres* titulaires ;

Deux dans la section de médecine par suite du décès de MM. Christian et Goujon ;

Une dans la section de la magistrature, par suite de la démission de M. le président Benoît, élu membre honoraire.

Les candidats doivent adresser leur demande avec leurs titres, avant le 11 mai prochain, à M. Ch. Constant, secrétaire général de cette Société, 13, rue des Saints-Pères, à Paris.

Aux termes des statuts, les anciens candidats doivent renouveler leur demande.

Il est rappelé que la Commission chargée d'examiner les candidatures tiendra le plus grand compte des communications antérieures, orales ou manuscrites, faites à la Société par les candidats.

Faculté et Hôpitaux.

— M. J. Roubinovitch, médecin de Bicêtre, dirigera dans son service, à partir du mois de mai prochain, en mai, juin et juillet 1908, tous les jeudis et dimanches, de 9 h. à 11 h. du matin, des exercices pratiques individuels de pathologie mentale, à l'usage des étudiants et des docteurs en médecine, des étudiants en droit, des magistrats, des sociologues et des éducateurs d'enfants anormaux désireux d'acquérir les notions élémentaires indispensables de psychologie morbide.

Les personnes désireuses de suivre ces conférences cliniques doivent s'inscrire dès maintenant, soit par correspondance, soit directement, à Bicêtre, dans le cabinet du chef de service, visible tous les jours, de 9 h. à 11 du matin.

— M. Bérillon commencera son cours le jeudi 14 mai à 5 h. (salle des conférences de l'Ecole de psychologie, 49, r. Saint-André-des-Arts, et le continuera les jeudis suivants, à 5 h. Sujet du cours : Enfants et adolescents anormaux.

Les leçons s'accompagnent de présentations de malades et de projections.

Le cours public annoncé ci-dessus sera complété par un cours de psychothérapie pratique et d'hypnologie fait par MM. Bérillon et Paul Farez. Le droit d'inscription pour ce cours est fixé à 50 francs. S'inscrire à l'Ecole de psychologie.

— M. Auguste Pettit, commencera un cours pratique d'histologie pathologique le 13 mai 1908. Cet enseignement sera complet en 12 séances, qui auront lieu les lundi, mercredi et vendredi, de chaque semaine, à 5 h. 1/4 au laboratoire de la clinique de l'hôpital Necker.

Chaque auditeur est exercé à la lecture et à la description des préparations histologiques et reçoit une collection personnelle de coupes.

Le nombre des places étant limité et le cours payant (50 francs), s'inscrire d'avance au laboratoire ou par mandat-carte.

— Des cours pratiques à l'usage des praticiens organisés par un groupe de médecins et chirurgiens des hôpitaux, d'anciens chefs de cliniques, d'anciens internes et de médecins spécialistes seront donnés en mai et juin 1908 au cercle du Luxembourg, 18, rue du Luxembourg, et dans différents hôpitaux, cliniques et dispensaires.

Ce cours, qui sera fait dans un but essentiellement pratique, comprendra des examens et traitements de malades, présentations d'instruments, poses d'appareils.

Le nombre des cours est de 21, correspondant chacun à une spécialité utile à connaître pour le praticien : chirurgie pratique et traumatique, maladies des voies urinaires, gynécologie, pratique obstétricale, chirurgie infantile et orthopédie, ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, chirurgie dentaire et soins de la bouche, électrothérapie, radioscopie, méthodes de laboratoire, méthodes d'examen clinique médical, hygiène alimentaire et régime, puériculture et médecine infantile, maladies du système nerveux, maladies de la peau et syphilis, déontologie médicale, massage, hydrologie médicale.

Le droit d'inscription est de 20 francs pour l'ensemble des cours.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. Rondeau, 18, rue du Luxembourg.

Le Directeur-Gérant : **Dr H. JEANNE.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trentième année — N° 19 — Dimanche 10 MAI 1908

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

49e Assemblée générale de l'Association générale des Médecins de France

L'Association générale des médecins de France, dont le siège est à Paris, 5, rue de Surène, a tenu, le dimanche 26 avril, sa quarante-neuvième Assemblée générale dans l'ancienne salle de l'Académie de médecine, rue des Saints-Pères, 49.

Les Sociétés locales s'étaient fait représenter, soit par leur président, soit par un ou plusieurs délégués.

Après l'adoption du procès-verbal de la dernière assemblée générale, M. le président Lereboullet rend hommage à la mémoire de deux vice-présidents récemment décédés : MM. Cornil et Douvre (de Rouen) et rappelle ce que furent ces médecins et les importants services rendus par eux au corps médical.

Après avoir remercié les confrères qui ont fait des dons à l'Association, il signale les légitimes revendications du corps médical et résume les principaux cas dans lesquels l'Association générale est intervenue pour faire rendre justice à des médecins lésés dans leurs intérêts.

Il annonce enfin que le Dr Darras, secrétaire du conseil, a pu établir la liste exacte de tous les diplômes de docteur en médecine délivrés depuis 1870. Cette liste sera un précieux auxiliaire pour combattre l'exercice illégal de la médecine.

M. Blache, trésorier général, fait l'exposé de la situation financière. Il résulte de cet exposé que l'Association a distribué pendant l'exercice en pensions et secours, une somme de 160.000 fr. et que son avoir, y compris l'avoir des 94 sociétés locales, s'élevait, au 31 mars 1908, à 4.999.966,07.

M. Hallopeau lit son rapport sur la gestion financière du trésorier, et l'Assemblée approuve les comptes de l'exercice 1906-1907.

M. Lepage, secrétaire général, présente le compte rendu des actes de l'Association générale pendant l'année 1907. Il résume les principaux travaux du conseil : déclaration des maladies contagieuses ; organisation d'un service d'assistance par le travail et de placement des veuves et des orphelins de sociétaires ; révision des tarifs médicaux et pharmaceutiques en matière d'accidents du travail ; rapports entre médecins et mutualités, etc.

Puis M. Lepage exprime les avis exposés par les Sociétés locales sur les différentes questions qu'elles ont eues à examiner : nomination et révocation des médecins et chirurgiens dans les hôpitaux de province ; impôt sur le revenu ; repos hebdomadaire du médecin ; cinquantenaire de l'Association, qui sera célébré en 1909 ; loterie médicale qui est rejetée par la majorité des Sociétés.

L'Assemblée procède ensuite aux élections et réélections des membres du bureau et du conseil général. MM. Léon Labbé (de Paris) et Gross, (de Nancy), sont élus vice-présidents. MM. Amodru, Blanquinque (de Laon), Bouloumié, Motet et Pamard (d'Avignon), conseillers sortants, sont réélus, MM. Coudray et Lubet-Barbon (de Paris) et Maunoury (de Chartres), sont nommés membres du conseil général.

M. Rist, de Versailles, lit un rapport sur les pensions viagères à accorder en 1908. Onze nouvelles pensions de 800 fr. et 2 suppléments de 200 fr. sont accordés, ce qui porte à 86 le nombre de pensions en cours (80 à 800 fr. et 6 à 1.000 fr.)

L'Assemblée nomme ensuite la commission des pensions viagères pour 1908. Sont élus : MM. Lereboullet, président ; Lepage, Blache, Darras, Motet, de Ranse, Reynier (Paul), Rist et Thibierge.

Une importante discussion s'engage au sujet

du Projet de création, par l'une des œuvres annexes de l'Association générale, d'une branche spéciale ayant pour but de servir une pension aux veuves et aux orphelins de sociétaires.

Afin de favoriser l'essor de cette combinaison appelée combinaison D, l'Association générale est invitée à garantir le service des pensions, sans que cette garantie puisse dépasser le montant de dix pensions à 600 fr. D'après la mortalité des adhérents à l'Association Amicale, œuvre filiale qui a élaboré le projet, et d'après les calculs des actuaires, les risques de l'Association sont réduits au minimum et on considère que la garantie demandée à l'Association générale sera plutôt une garantie morale qu'une garantie pécuniaire. L'Association générale n'aurait, d'après les prévisions, à intervenir que s'il se produisait une mortalité de beaucoup supérieure à la mortalité moyenne qui a été, pour les membres de l'Amicale, de 0,875 % par an pour la période 1894-1906.

Après un échange d'observations entre MM. Lepage, secrétaire général, Granjux, Pilate, Gairal, Mignon, Gassot, Lande et Maurat, l'Assemblée générale décide d'accorder sa garantie à la nouvelle création dans les conditions exposées ci-dessus.

L'Assemblée s'est ensuite occupée de la question de l'impôt sur le revenu ; elle a approuvé un ordre du jour demandant à ce que : 1° dans l'établissement de cet impôt, pour la profession médicale, les dépenses nécessitées par l'exercice même de la profession soient défalquées du montant des bénéfices ; 2° dans aucun cas il ne soit porté atteinte au secret professionnel pour la justification des sommes reçues par le médecin.

Un des Délégués de la Société locale de la Vendée, le Dr Barbanneau, a fait une critique très documentée du projet de loi en ce qui concerne la profession médicale. Il a exposé les raisons pour lesquelles il est indispensable qu'un amendement soit présenté au sujet de l'article 53 ; d'après cet amendement, les sommes à déduire de celles qui doivent être soumises à l'impôt, suivant les localités, doivent être plus élevées que celles qui sont prévues par le projet ministériel. En outre, chaque médecin imposé aurait droit à des déductions complémentaires d'autant plus importantes que la portion du revenu soumise à l'impôt serait plus faible.

Enfin, dans cet amendement, le Dr Barbanneau spécifie quels sont les frais généraux qu'on peut considérer comme inhérents à la profession, et comble ainsi une des lacunes du projet.

L'Assemblée a pleinement approuvé le projet du docteur Barbanneau qui a pour but de dégréver surtout les médecins dont les revenus professionnels sont peu élevés.

Le Dr Decourt (délégué de la Société de Meaux) a développé les raisons qui militent en faveur du repos hebdomadaire pour le médecin. L'Assemblée a accepté le principe d'après lequel les visites faites le dimanche seront assimilées à des visites d'urgence ; elle engage les Sociétés locales à faire le nécessaire pour que ce vœu entre dans la pratique par une entente de tous les confrères d'une même région.

Le soir a eu lieu au palais d'Orsay le banquet traditionnel auquel ont pris part un grand nombre de présidents et de délégués des Sociétés locales.

LA SEMAINE MÉDICALE

Les pessaires.

La mode n'est plus aux pessaires ; on livre tout maintenant à la chirurgie. Est-ce avec raison ? Beaucoup de gynécologistes ne le pensent pas, entr'autres M. le Dr Dalché, qui dans le *Bull. de Thérapeutique* a récemment rappelé la grande utilité des pessaires.

« Certes, dit M. Dalché, on a vu à la suite de l'application d'un pessaire survenir des complications telles que la vaginite, les abcès des parois vaginales, et même des perforations ou de la gangrène du vagin. Elles sont dues presque toujours à la négligence, à l'insuffisance ou à l'absence des soins de propreté qui permettent au pessaire de s'incruster de sels calcaires et de devenir une source d'irritation locale : on les évitera facilement.

« Il faut, de toute nécessité, proscrire l'emploi du pessaire dans les phlegmasies aiguës utérines ou péri-utérines. Mais, dans les phlegmasies chroniques et anciennes, si les brides et adhérences permettent le redressement, on pourra essayer le pessaire qui apporte souvent un soulagement notable aux douleurs annexielles.

« Il en est de même pour les douleurs ovariennes et salpingiennes dues à des organes prolabés, entraînés ou non par la chute de la matrice et qui deviennent parfois très atténuées grâce au pessaire. Il n'y a rien d'absolu en pareille matière : il faut être très circonspect et prudent, sans exagération toutefois.

« Nous nous servons surtout du pessaire de Hodge ; on le laissera en place d'abord deux semaines, puis un, deux ou trois mois, en donnant dans l'intervalle des injections alcalines. Un pessaire ainsi surveillé sera porté pendant des années sans inconvénient, car il ne gêne, pour aucune fonction et s'il est bien placé, la grossesse même devient possible.

« Comment donc le mettre en place ? Il faut d'abord s'assurer de l'état du périnée : s'il n'est pas résistant, si la vulve est trop béante, il est inutile d'essayer, l'anneau serait expulsé au moindre effort. Si le soutien périnéal, paraît suffisant, on introduit le pessaire en le guidant sur le doigt qui l'accompagnera jusque dans le cul-de-sac postérieur. Il faut surtout bien s'assurer qu'il n'a pas glissé, faire un examen dans la position debout, après avoir fait marcher la malade.

« Dans ces conditions, le pessaire de Hodge me paraît réunir les trois qualités que demandent les auteurs : il est soutien, à la manière d'un simple tampon, et par cela même, il suffit à calmer la douleur dans une certaine mesure ; il est de plus, dilatateur du vagin, à la manière de l'anneau de Dumontpallier, et, par ce mécanisme il contribue à redresser l'utérus ; enfin, il agit encore à la façon d'un levier soulevant la partie postérieure de la matrice.

« De plus, il ne comprime pas le rectum et permet de soigner les métrites et les congestions utérines qui accompagnent si souvent les rétrodéviations. »

Vaccine et coqueluche

L'influence de la vaccination sur la rougeole a été signalée, il y a quelques années déjà. Aujourd'hui, plusieurs praticiens croient voir également une très sérieuse influence de la vaccine sur la coqueluche. »

M. le Dr docteur DUBOUCHER, de Teniet-el-Haad, signale dans le *Bulletin médical de l'Algérie* les résultats obtenus par lui dans ce cas, une épidémie grave de coqueluche ayant envahi la localité où il exerce. L'observation a porté sur 53 cas de forme moyenne, qui ont pu être divisés en 3 séries.

La guérison a été rapide dans 10 cas ; les quintes ont disparu vers les six ou septième jour.

Dans une seconde série, de 19 cas, l'amélioration a été sensible. La maladie a été encore écourtée d'une façon très appréciable.

Dans la troisième série, de 16 cas, il n'y a eu qu'une amélioration légère.

Enfin, le résultat a été nul dans 8 cas.

En somme, cette statistique laisse apparaître un certain antagonisme entre la vaccine et la coqueluche.

Le public s'est vite rendu compte des bons effets de la vaccination ; dans certains milieux, on a cru à l'existence d'un vaccin spécial et M. DUBOUCHER a vu des mères venir « faire vacciner leur enfant contre la coqueluche ». L'épidémie de coqueluche ayant coïncidé avec la période de vaccination dans les douars, il lui a été rapporté que beaucoup de petits coquelucheux avaient été guéris ou très améliorés par la vaccination.

En résumé, l'action heureuse de la vaccine sur la coqueluche (affection si souvent rebelle aux traitements qu'on lui oppose) paraît devoir être prise en considération. On pourra toujours sans inconvénients profiter de la possibilité de l'utiliser, quand elle se présentera.

Appendicite et traumatisme.

MM. les Drs J. MILAN, de Paris, et A. GASSEND, de Montpellier, ont consacré leurs thèses à l'étude d'une importante question de pathologie des accidents du travail, les rapports de l'appendicite et du traumatisme. Voici les conclusions de M. Milan :

L'appendice sain peut être contusionné, dans des cas exceptionnels, par un choc violent sur la région iléo-cœcale.

Ces faits rentrent dans le groupe des contusions abdominales avec lésions intestinales et n'ont rien à faire avec l'appendicite véritable.

Il n'existe pas d'appendicite traumatique, au sens littéral du mot, car l'appendicite est une maladie infectieuse, qui ne saurait être créée par un traumatisme.

Chez un individu, dont l'appendice est sain, un choc sur la région illéo-cœcale peut prédisposer à l'appendicite, en provoquant autour de l'organe une réaction péritonéale ou la formation d'un hématome, avec adhérences consécutives, qui par voie de rétraction, fixeront l'appendice en mauvaise position et le mettront en état de réceptivité pour les infections causant habituellement l'appendicite.

Cette appendicite d'origine traumatique se révèlerait à une époque plus ou moins éloignée de l'accident.

Chez un appendiculaire avéré ou latent, un coup sur l'abdomen, un effort, une chute ou un simple ébranlement du corps, sont susceptibles de réveiller l'inflammation chronique, de déterminer et même d'aggraver une crise aiguë.

La crise survenue de suite après un traumatisme n'est que le réveil d'une appendicite préexistante. Dans ces cas, on retrouve, soit des antécédents appendiculaires, soit à l'examen du vermium, pratiqué peu de temps après l'accident, des lésions d'appendicite ancienne, telles que : adhérences ou calculs.

D'après M. Gassend, le traumatisme ne peut créer une appendicite chez un individu sain. Aucun fait publié dans la littérature médicale ne *permet de conclure autrement. Nous considé*rerons donc tous les sujets victimes d'un traumatisme comme étant des appendiculaires latents soit qu'ils aient eu des crises antérieures les ayant obligés à s'aliter, soit que les crises aient été légères sans déterminer des symptômes ayant attiré l'attention du malade.

Lorsqu'un ouvrier reçoit un traumatisme violent dans la fosse iliaque droite déterminant des phénomènes aigus d'appendicite, deux cas peuvent se présenter :

a) Il guérit. On ne lui devra qu'une indemnité temporaire.

b) Il meurt. S'il est marié, doit-on accorder une indemnité à sa veuve. Cet homme victime du traumatisme, et qui était un appendiculaire latent, était à la merci d'une poussée d'appendicite qui aurait pu déterminer les mêmes phénomènes que ceux qui se sont produits lorsqu'il a été victime du traumatisme, lequel n'a fait qu'avancer la mort. Il n'y a pas lieu dans ces conditions d'attribuer à la veuve la rente viagère intégrale à laquelle elle aurait droit. C'est ainsi qu'ont jugé les Cours de Rennes (9 novembre 1902), de Nîmes (23 juin 1902), le Tribunal de la Seine (11 janvier 1902).

En résumé, dans tous les cas où un ouvrier, à la suite d'un traumatisme, présentera des phénomènes d'appendicite, on ne lui accordera qu'une indemnité temporaire.

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Cancer latent du cæcum, à forme anémique

M. Hayem a décrit une forme anémique du cancer de l'estomac, dans laquelle les signes stomacaux sont réduits au minimum, l'anémie étant le symptôme dominant du tableau clinique. MM. P. LEREBOULLET et TIXIER appellent l'attention sur la possiblité d'une forme anémique analogue du cancer du cæcum. Ils ont observé un malade chez lequel, pendant plus d'un an et presque jusqu'à la mort, l'anémie fut le seul symptôme apparent d'un cancer du cæcum.

Les fièvres éphémères

On a décrit jadis, sous le nom de fièvre éphémère, une affection fébrile, à température souvent élevée, à début brusque, à évolution brève, affection qui se réduit à peu près exclusivement à ce seul symptôme, la fièvre, car les troubles légers rencontrés sur divers organes (céphalée, anorexie) peuvent être considérés comme étant la conséquence inévitable de l'élévation thermique. La maladie se réduit ainsi à une simple poussée fébrile, éphémère, sans malignité, sans prodromes et sans lendemain.

Qu'est donc cette fièvre éphémère ? M. SACQUÉPÉE en a observé trois cas, dans lesquels l'hémoculture a révélé la présence dans le sang

de microcoques *tétragènes*. Il conclut de là que la fièvre éphémère est, souvent, sinon toujours, une septicémie, une infection sanguine tétragénique — de même que la fièvre typhoïde est une septicémie éberthienne.

« On sait, aujourd'hui, dit-il, que bon nombre de maladies infectieuses fébriles sont avant tout des septicémies, avec localisation anatomique consécutive ou contemporaine. Telle la fièvre typhoïde. La fièvre éphémère, type le plus simple des fièvres continues, méritant à peine le nom de maladie, confirme de manière éclatante cette donnée moderne. Elle est une septicémie. Elle est même un exemple rare d'infection sanguine pure, sans détermination anatomique, comme si le tétragène ne trouvait en aucun point de l'organisme cette sympathie mystérieuse et presque fatale qui fixe divers microbes sur un organe de prédilection ».

Syndrome dont la fréquence reste indéterminée, la fièvre éphémère à tétragène paraît envahir l'organisme par la voie des amygdales et du pharynx. Elle est bénigne, contrairement à d'autres manifestations de l'infection tétragénique, qui sont sévères.

Traitement des épithéliomas cutanés par les rayons γ du radium

MM. Gaucher et Dominici ont appliqué au traitement des épithéliomas cutanés les rayons γ du radium. Ils ont obtenu ces rayons γ en superposant aux appareils radifères des lames de plomb qui amortissent complètement les rayons α et β et laissent passer seulement les rayons γ (en les diminuant, d'ailleurs). Les résultats ont été excellents. Deux sujets traités depuis janvier 1908 pour des cancroïdes de la lèvre inférieure sont actuellement guéris. D'autres, soumis à la cure radiumthérapique depuis une date plus récente, sont en voie de guérison.

Les rayons γ isolés sont-ils supérieurs au rayonnement intégral du radium, dans la thérapeutique des cancroïdes ? Il est difficile d'être exactement fixé sur ce point. De nouveaux travaux élucideront la question. Peut-être chacun de ces rayons a-t-il des indications — qui restent à établir. Il semble à M. Gaucher que les rayons γ conviennent plus particulièrement aux épithéliomas des muqueuses.

M. Béclère rappelle, à ce propos, les travaux de Perthes, de Leipzig, et les résultats remarquables obtenus par cet auteur dans le traitement des épithéliomas des lèvres et de la langue par la radiothérapie.

L'air chaud à haute température et à haute pression en thérapeutique.

On a eu recours, dernièrement, dans diverses tentatives thérapeutiques, à l'air chaud à haute température et à haute pression. Les effets obtenus ont été encourageants.

MM. Bonamy, Marot et Vignat ont appliqué cette méthode au traitement de la gangrène diabétique. Ils ont pu, dans quelques cas, soumis à leur observation, arrêter la marche de l'affection et guérir leurs malades.

Ces auteurs se sont servis d'un appareil imaginé par M. Prat qui donne un courant d'air dont la température peut aller à 500° et la pression à 15 kilogr. Une telle douche d'air brûlant amène la stérilisation et même la destruction, l'exérèse des tissus malades ; elle permet, de plus, de produire de l'hyperémie active. L'application est quelquefois très douloureuse (sur les parties périphériques principalement) et nécessite alors l'anesthésie; d'autres fois, elle ne cause qu'une douleur légère ou nulle. Les pansements humides, chauds, à l'eau stérilisée, fréquemment renouvelés, soulagent la douleur quand elle se produit. La cicatrisation se fait en tissu souple.

Dans les cas de gangrène diabétique qu'ils ont eu à traiter, MM. Bonamy et Vignat ont employé la douche à 300° sur les points sphacélés et la douche à 150° ou 200° sur les parties périphériques encore vivantes, pour amener là, non plus la cautérisation, la brûlure, mais l'hyperémie active intense. L'air chaud, dans ces conditions, assèche, stérilise, désodorise la plaie en 24 ou 48 heures. Il est de plus, hémostatique.

M. Paul Claisse s'est bien trouvé, également, dans certains cas, d'une dessiccation rapide des tissus malades, soit par l'air chaud, soit par le vide, soit par des pansements secs très perméables.

Sérothérapie antipesteuse.

M. Valassopoulo a appliqué chez 100 malades atteints de peste, soignés à l'hôpital hellénique d'Alexandrie, le sérum anti-pesteux de l'Institut Pasteur de Paris. Il estime que sous l'influence de ce sérum. la mortalité de cette grave affection a été réduite à un taux inférieur à celle de maladies infectieuses (fièvre typhoïde, pneumonie par exemple) qu'on est habitué à redouter moins que la peste.

P. L.

REVUE DE CHIRURGIE CLINIQUE

Le traitement des fibromes utérins.

Tumeur bénigne, le fibrome ou fibro-myome utérin se développe entre 30 et 50 ans chez les arthritiques nerveuses (Richelot) ; aussi bien chez les nullipares et les vierges que chez les femmes ayant eu des enfants. On a voulu faire jouer le rôle principal dans leur production à l'infection (Claisse) ; mais rien n'est moins prouvé.

Tumeur très fréquente. Cruveilhier avait constaté à la Salpêtrière que le tiers des femmes âgées de plus de 70 ans en était atteint. On a classé ces néoplasmes en interstitiels, sous-péritonéaux, sous-muqueux, intra-ligamentaires, suivant qu'ils se développent dans la cavité utérine ou s'extériorisent autour ; en pédiculés ou sessiles suivant que leur point d'implantation est étroit ou large ; en fibrome du corps ou du col.

Tumeur à structure conjonctive, le fibro-myome peut subir : 1° la dégénérescence fibreuse par disparition des fibres musculaires ; 2° la dégénérescence graisseuse ; 3° la dégénérescence calcaire ; 4° la dégénérescence myxomateuse et enfin la dégénérescence sarcomateuse. Je viens d'observer un cas des plus nets de cette dernière transformation chez une femme de 50 ans, opérée en août 1907, d'un fibrome intra-utérin hémorrhagipare (hystérectomie sus-isthmique) et chez laquelle se développa six mois après, dans la cicatrice, un sarcome à évolution rapide qui enleva la malade en deux mois.

La transformation en tumeur épithéliale ne peut exister. On trouve quelquefois sur le même utérus un épithélioma du col ou du corps et un ou plusieurs fibromes ; mais, il y a là simplement coexistence de tumeurs de types différents ; une tumeur conjonctive ne pouvant se transformer en tumeur épithéliale. Voici une observation des plus nettes à cet égard. En octobre 1905, entre dans mon service une malade de 55 ans pour des hémorrhagies utérines durant depuis cinq mois. Je trouve un polype muqueux du col, un utérus gros et mobile ; l'hymen était intact. J'enlève le

polype du col et je pratique un curetage utérin. L'examen histologique des débris polipyformes retirés par le curetage me démontra la nature épithéliale de ces débris. En janvier 1905, l'hémorrhagie s'étant reproduite ; je pratiquai l'hystérectomie vaginale, qui fut un peu laborieuse à cause du volume de l'utérus et de l'étroitesse du vagin. L'utérus avait le volume d'un gros poing ; il présentait à sa périphérie et dans son épaisseur cinq fibromes gros comme des noix. La section du corps utérin montra l'existence d'un épithélioma végétant, large comme une pièce de cinq francs, inséré sur le fond de l'utérus et n'ayant pas encore franchi la paroi musculaire. Les suites de cette intervention furent excellentes et cette malade est actuellement encore vivante et bien portante. Polype muqueux du col, fibromes utérins et épithélioma du corps coexistaient donc ici. Le fait est des plus rares et d'après Haultain ne se rencontrerait que dans la proportion de 1 pour 300. Sur 633 opérations de fibromes utérins, Jacobs, de Bruxelles, a rencontré 13 cas de cancer du corps et 8 cas de cancer du col concomitants.

Pendant longtemps, on a admis comme chose absolue que la ménopause amenait la régression et finalement la disparition du fibrome. Le fait est indéniable, il existe dans beaucoup de cas, mais peut parfaitement faire défaut. De plus, en général, le fibrome retarde la ménopause. Il ne faudrait donc pas trop escompter l'âge critique pour se condamner à une abstention désastreuse dans certains cas. On voit d'ailleurs quelquefois les fibromes utérins poursuivre leur évolution et leurs ravages après la ménopause.

Bien que bénins du fait de leur structure anatomique, les fibromes utérins amènent souvent soit du fait de leur volume, soit du fait de leur situation des complications des plus désagréables et parfois dangereuses. Il me suffira de citer : l'occlusion intestinale, la compression des uretères et la distension consécutive du rein ; la pyélo-néphrite, l'hydronéphrose, l'urémie ; l'embolie, l'inversion utérine, le sphacèle, les lésions concomitantes des annexes ; annexites suppurées, hémato-salpinx, hydro-salpinx, salpingite, dégénérescence scléro-kystique des ovaires, les douleurs et enfin les hémorrhagies. Si donc histologiquement le fibrome est par lui-même une tumeur bénigne, il n'en est pas moins vrai que cliniquement, par les complications qu'il amène, il met souvent en danger la vie des femmes qui en sont atteintes.

De diagnostic généralement aisé, le fibrome est quelquefois difficile à différencier d'un kyste ovarique, d'une tumeur solide de l'ovaire, de la grossesse normale ou ectopique, de l'hématocèle rétro-utérine, etc. La marche de l'affection, ses signes physiques, doivent entrer en ligne et être examinés avec attention.

Le traitement des fibromes utérins peut être médical ou chirurgical. A ce point de vue il est nécessaire de faire quelques distinctions. Les femmes qui sont en situation de se soigner longtemps et qui peuvent faire les frais d'un traitement coûteux peuvent être traitées médicalement. Pour celles qui sont obligées de travailler pour vivre, la temporisation est moins de mise. On opérera plus volontiers les femmes jeunes que celles qui sont voisines de la ménopause.

Le traitement médical : préparations d'ergot de seigle ; hydrastis canadensis, hamamelis virginica ; piscidia erythrina ; repos, injections chaudes, courants continus et électrolyse ; les petits moyens chirurgicaux ; injections intra-utérines caustiques, dilatation du col, ligature des utérines, curetage ; les cures thermales constituent des palliatifs, qui soulagent, parent à certains symptômes pénibles, combattent les hémorrhagies et dans certains cas peuvent conduire la patiente jusqu'après l'âge critique, cet éden des fibromateuses. Mais ils sont longs et coûteux et ne répondent que d'une façon imparfaite aux exigences de la clientèle hospitalière.

Les eaux minérales chlorurées sodiques : Salins-Moutiers (Savoie), Salies-de-Béarn ont une action indéniable sur les exsudats péritonéaux qui accompagnent fréquemment les fibromes. Elles reconstituent l'état général. Quant aux fibromes résorbés sous l'influence d'un traitement thermal il faut être très sceptique à leur égard. Une de mes clientes présentait depuis une dizaine d'années une petite masse dure, empâtée dans le Douglas, tumeur diagnostiquée fibrome par un chirurgien des hôpitaux de Paris. Cette tumeur, il y a deux ans, se développa rapidement et en trois ou quatre mois, atteignit l'ombilic englobant l'utérus et s'accompagnant de poussées douloureuses. Bien qu'il n'y eut pas de métrorrhagies, qu'il est rare de voir un fibrome se développer aussi rapidement ; cette tumeur était si dure que je portais le diagnostic de fibrome. Malgré un premier traitement à Brides, cette tumeur resta stationnaire et augmenta même de volume. Un second traitement thermal, l'année suivante, fit régresser rapidement cette masse et la réduisit au volume d'une mandarine occupant le Douglas. Le médecin de Brides, qui avait également diagnostiqué un fibrome, m'écrivit pour que je constate cette action remarquable du traitement thermal. Je constatai le fait, mais je pense qu'il s'est agi dans ce cas d'une pelvi-péritonite enkystée, pelvi-péritonite qu'il était bien difficile de ne pas confondre avec un fibrome. J'ai suivi d'ailleurs cette malade et j'ai constaté à plusieurs reprises chez elle que le noyau restant augmentait et diminuait de volume par des moyens simples.

J'en arrive au traitement chirurgical. Dans quel cas faut-il intervenir ? Question délicate qu'il faut poser mûrement. Depuis une vingtaine d'années les gynécologues sont devenus plus interventionnistes. Martin, de Berlin, opère 84 p. % des fibromes dans la classe laborieuse et 75 p. % dans la classe aisée. Etant donné les complications nombreuses que peut amener un fibrome utérin on peut logiquement soutenir que chez une femme travaillant pour vivre, l'opération est à conseiller. Encore dans ces cas, si les hémorrhagies ne sont pas abondantes, et n'immobilisent pas trop longtemps ; si les douleurs ne sont pas vives mieux vaut attendre. Quand il s'agit d'une femme dans une situation sociale qui lui permet le repos, si les hémorrhagies ne sont pas trop abondantes et, à ce point de vue on voit des femmes revenir à la santé après des hémorrhagies très fortes ; si les douleurs ne sont pas trop vives ; ne rendent pas la vie intolérable, peuvent être facilement calmées ; si aucun organe important : uretère, intestin n'est comprimé ; si la tumeur n'est pas en voie de sphacèle, si surtout la ménopause est voisine, il vaut mieux temporiser, instituer le traitement médical ou user des moyens chirurgicaux palliatifs.

L'état des reins est des plus importants à consulter avant l'intervention. Très souvent, surtout dans les fibromes à évolution pelvienne, on trouve de l'albumine dans l'urine. La plupart du temps, il y a compression de l'uretère, dilatation du rein et rétention rénale. C'est une indication formelle d'opérer : *sublata causa, tollitur effectus.*

D'autrefois, on trouve chez une fibromateuse du mal de Bright au début. Il faut soigneusement rechercher les symptômes initiaux de la sclérose rénale et savoir la dépister. Ce sont les petits accidents du brightisme groupés par Dieulafoy : pollakiurie, polyurie surtout nocturne ; sensation de doigt mort ; troubles auditifs (bourdonnements

d'oreille et dureté de l'ouïe) ; le prurit, les crampes nocturnes ; les épistaxis légères et répétées du matin ; l'impressionnabilité spéciale au froid ; la flexuosité de la temporale ; la diminution de l'odorat et du goût ; et enfin la présence dans l'urine d'albumine et surtout d'uro-hématurie. L'existence de la sclérose rénale chez une fibromateuse est une contre-indication formelle à une intervention sérieuse.

Les fibromes utérins,par suite des hémorrhagies répétées qu'ils causent, sont une cause fréquente d'anémie, plus ou moins accusée. Cet état de déglobulisation est quelquefois poussé à l'extrême, et on voit des malades presque exsangues. Jusqu'où peut-on pousser l'intervention en pareil cas ? Dans un excellent article paru dans le *Concours Médical* (14 juillet 1907), le Dr Paul Petit donne les règles à suivre. Il établit qu'une fibromateuse est trop gravement anémiée pour supporter l'anesthésie, le shock opératoire et l'hémorrhagie inhérente à toute hystérectomie, lorsque sans autre cause que l'hémorrhagie le pouls se maintient au-dessus de 100 ; que la teneur en hémoglobine descend en moyenne au-dessous de 40 p. % (30 p. % d'après Mickulicz ; 50 p. % d'après Bloodgood). Il faut dans ces cas savoir attendre, relever l'état général des malades.

Il ne faut pas oublier que ces malades anémiées éliminent mal les anesthésiques et font très facilement des complications post-opératoires dues à cette cause. Je vis opérer, l'année dernière, une femme dans ces conditions,48 heures après,elle fit un premier noyau de broncho-pneumonie ; puis une phlébite du bras gauche vers le 15e jour, puis des noyaux successifs de broncho-pneumonie, qui amenèrent la mort un mois environ après l'intervention.

S'il est douteux que le traitement électrique puisse atrophier un fibrome, il est prouvé que l'électrolyse intra-utérine positive, à haute dose est excellente pour combattre les hémorrhagies. Je me rappelle avoir fait suivre ce traitement, à une malade atteinte d'un volumineux fibrome hémorrhagipare, pendant trois ans et l'avoir conduite malgré des hémorrhagies très graves et très longues à la ménopause. Depuis une dizaine d'années cette dame se porte très bien et a vu son fibrome s'atrophier petit à petit.

Il y a une vingtaine d'années alors que l'hystérectomie était encore redoutée, la castration tubo-ovarienne ou opération de Battey (1872) eut beaucoup de vogue. On pensait qu'en hâtant de cette façon la ménopause on supprimerait les principaux accidents des fibromes, en particulier l'hémorrhagie et on hâterait leur régression.

A la séance du 5 novembre 1890 de la Société de chirurgie, Richelot, étudiant l'action de la castration ovarienne dit qu'elle agit à la façon de l'électricité en décongestionnant l'utérus, qu'elle lui est bien supérieur, applicable à beaucoup de cas, excepté aux fibromes extra-péritonéaux à pédicule étroit et aux petites tumeurs rétro-utérines.

A l'Association médicale britannique (août 1890) Lawson Tait relate 327 opérations sur les annexes dans des cas de fibrome utérin. Chez 201 femmes, il a constaté une guérison complète dans un intervalle de temps variant de vingt mois à sept ans.

Au septième Congrès de chirurgie (1893), Routier dans son rapport dit : « quand j'ai affaire à « des fibromes surtout hémorrhagiques, avec des « cavités utérines profondes, j'ai volontiers re- « cours à la castration tubo-ovarienne, qui, entre « mes mains, a toujours été bénigne et qui m'a « donné des résultats thérapeutiques très satis- « faisants. »

Mais quelquefois après un temps d'arrêt les hémorrhagies reparaissent ; d'autrefois, soit que les annexes soient profondément situées en arrière du fibrome ; qu'il y ait des lésions annexielles sérieuses, l'opération de Battey est ou très difficile à pratiquer et par suite dangereuse, ou incomplète. Aussi a-t-elle perdu du terrain, et après quelques années de vogue, est-elle actuellement rarement pratiquée. Cette déchéance est injustifiée ; et dans certains cas la castration tubo-ovarienne peut encore rendre de grands services ; surtout dans les cas où l'acte opératoire doit être court.

Le traitement curatif des fibromes consiste dans leur ablation soit isolée, soit combinée à celle de l'utérus et des annexes. Pour arriver à ce but on peut utiliser soit la voie vaginale, soit la voie abdominale.

Par la voie vaginale on enlèvera tous les polypes utérins pédiculés. L'opération est des plus simples et ne nécessite pas l'anesthésie ; on attire le col à la vulve ; on tord le polype ou bien on sectionne son pédicule d'un coup de ciseaux en rasant le tissu utérin. L'hémorrhagie est en général insignifiante. Lorsque le polype est trop gros pour être énucléé en bloc, que l'on a affaire à un polype géant il faut le morceler, évider d'abord son centre, puis petit à petit diminuer son volume. Ces polypes géants sont souvent sphacélés, ils répandent une odeur infecte et mettent les femmes dans un état grave. Leur ablation immédiate s'impose ; le plus souvent le morcellement est obligatoire. Il est curieux de voir que dans ces cas de sphacèle amenant forcément un peu de septicémie, l'opération, qui toujours est faite avec une antisepsie annihilée par la nécrose du polype, au contact duquel viennent se contaminer les doigts et les instruments, les suites opératoires soient généralement bonnes.

Un des cas les plus probants que je puisse citer est le suivant : au mois d'août 1906 entre à l'Hôtel-Dieu une femme de la Maurienne. Entre les jambes de cette malade, faisait saillie sortant du vagin une énorme tumeur sphacélée et répandant une odeur infecte. L'état général était très grave. Après lavage, cette tumeur fut enlevée en suivant le sillon de démarcation entre les parties saines et les parties sphacélées. Deux pédicules vasculaires comprenant les utérines et les utéro-ovariennes furent liées de chaque côté à ciel ouvert. Une fois la tumeur enlevée son examen démontra qu'elle était composée d'un gros polype inséré sur le fond de l'utérus et de tout l'utérus inversé. Il y avait eu sphacèle total du polype et de l'utérus. Cette femme racontait qu'elle était atteinte de prolapsus utérin depuis trois ans ; elle n'en avait jamais rien dit par fausse pudeur. Un tamponnement à la gaze iodoformée fut pratiqué et la guérion se fit sans incidents. Il n'y eut pas le moindre réaction péritonéale, bien que pendant l'ablation, de cette masse sphacélée le péritoine fût forcément contaminé par les doigts qui venaient de toucher les parties gangrenées.

Je cite ici un cas de polype intéressant à un autre point de vue. Il s'agit d'une paysanne, qui vers l'âge de 36 ans, avait été atteinte de troubles cérébraux accompagnant un prolapsus utérin supposé. Un jour, dans un accès de délire, elle prend un couteau et tranche tout ce qui dépassait la vulve. Il s'agissait en réalité d'un polype gros comme une tête de fœtus.

Une hémorrhagie abondante se produisit amenant une syncope. Après trois mois de lit, cette femme finit par guérir, sans avoir du reste présenté de signes d'infection. Les troubles cérébraux disparurent en même temps. Huit ans, après, elle est de nouveau atteinte de troubles cérébraux et rentre à l'hôpital. A l'examen je trouve :

Correspondance hebdomadaire
(*Suite*).

Le médecin traitant a-t-il le droit de communiquer une radiographie concernant un blessé qu'il soigne ?

Si le blessé refuse de se dessaisir de sa radiographie la compagnie est-elle fondée à ne pas payer la radiographie en question ?

Réponse. — La radiographie est un moyen de diagnostic que le médecin traitant d'un sinistré du travail est libre d'employer s'il le juge utile dans l'intérêt de son client. Comme telle, elle rentre dans les frais médicaux dont le patron de celui-ci est responsable. Le médecin traitant a le droit de communiquer la radiographie au patron à moins que son examen ne soit susceptible de révéler des faits secrets de leur nature, auquel cas sa communication serait interdite comme ne pouvant avoir lieu qu'en violation du secret professionnel.

Dr C., à P., *à Concours.* — Voulez-vous avoir l'obligeance de me fixer sur les points suivants :

1° Un blessé se présente à moi avec une forte contusion du gros orteil, contusion qui a arraché l'ongle.

L'ouvrier guérit au bout de quinze jours, l'absence de l'ongle légitime-t-elle un certificat de consolidation ? l'ouvrier a-t-il droit à une indemnité du fait de l'absence de l'ongle ?

2° Variante de la même question : Un corps étranger sous-unguéal (pouce droit) avec panaris consécutif nécessite l'ablation de l'ongle. Guérison.

Quel certificat ? Guérison ou consolidation ? Y a-t-il lieu à indemnité du fait seul de l'absence de l'ongle ?

3° Lorsqu'on délivre un certificat de consolidation à un blessé, y a-t-il lieu d'indiquer en même temps que l'incapacité permanente partielle ou totale, le taux de cette incapacité ? Y est-on tenu par un texte, par un modèle officiel de certificat de consolidation ? Y a-t-il intérêt à le faire (pour le blessé s'entend ?)

4° Un blessé se présente avec des blessures superficielles et un gonflement de l'avant-bras qui ne permettent pas d'explorer le squelette, dans les premiers jours ; la radioscopie est négative. J'ai délivré un certificat avec mention des lésions constatées et en ne faisant aucune réserve pour l'avenir.

Au cours du traitement, le gonflement cède et je peux explorer les os et constate une fracture du radius. Que dois-je faire ? Attendre la consolidation afin que le juge de paix ne fasse son enquête qu'après la consolidation de la blessure, ou puis-je

Suite page VIII.

Correspondance hebdomadaire
(*Suite*).

faire un deuxième certificat, de constat, qui sera joint au premier afin que, transmis au juge, il provoque l'enquête de suite ?

Réponse. — 1° et 2°. — La rente, qui doit être, aux termes de la loi, « égale à la moitié de la réduction que l'accident aura fait subir au salaire », ne peut donc être due que s'il y a une diminution de la capacité de travail de l'ouvrier résultant de son accident. Or, sauf dans certaines espèces et dans certaines professions, la perte seule de l'ongle n'a pas un tel effet, surtout s'il s'agit de l'ongle d'un orteil.

3° Le médecin n'est pas tenu d'indiquer le taux de l'incapacité permanente, dans son certificat. Cependant, il peut être de l'intérêt du blessé qu'il le fasse, mais c'est là une question d'espèces.

4° Il est préférable de délivrer au blessé, sans attendre, un certificat constatant la fracture, afin que les formalités prescrites par la loi soient accomplies sans retard et que l'ouvrier puisse plus facilement fournir les preuves nécessaires.

Dr M., de C., *à Concours*. — Un candidat à l'Ecole des Arts et Métiers d'Angers, m'a prié de lui faire un certificat, exigé par le règlement, constatant son bon état physique.

Après examen minutieux, je lui ai délivré cette pièce, qui lui a été refusée sous prétexte que je n'étais pas médecin légiste.

Je vous prie de me dire dans un prochain numéro du *Concours* :

1° Si un médecin ordinaire n'a pas qualité pour délivrer un certificat constatant l'état physique de son client.

2° Si ce pouvoir est uniquement le monopole du médecin légiste ou de son adjoint.

Réponse. — C'est sans doute un certificat délivré par un médecin *assermenté* et non par un médecin *légiste* qui a été exigé. L'administration a en effet l'habitude d'exiger que les certificats qui doivent lui être fournis soient délivrés par des médecins choisis par elle, qui ont préalablement prêté serment et sont pour cette cause désignés sous la qualification de « médecins assermentés ».

Concours à Dr B., à C., — Nous avons répété plus de cent fois que toute formule de politesse, toute formule pouvant avoir la signification d'une correspondance faisaient soumettre les notes d'honoraires à la taxe postale entière. Vous êtes dans votre tort et n'avez qu'une chose à faire, envoyer sur

Suite page XII.

1° un polype allongé gros comme une aubergine inséré sur la partie droite du col ; 2° une deuxième tumeur grosse comme une noix sur la partie postérieure du col ; 3° un allongement sus-vaginal du col. Les deux polypes furent enlevés facilement. Ils étaient tous deux encapsulés; l'un d'eux renfermait une quantité de petits kystes dont le plus gros avait le volume d'une noisette et étaient remplis d'un mucus clair et filant. Cette femme sortait complètement guérie un mois après. A noter dans cette observation la coexistence des métrorrhagies et des troubles cérébraux.

On peut aussi pratiquer par la voie vaginale l'énucléation transvaginale en incisant soit le cul-de-sac antérieur, soit le cul-de-sac postérieur, suivant que le fibrome proémine en avant ou en arrière et est accolé à la paroi antérieure ou postérieure de l'utérus. Ce sont là de véritables myomectomies par cœliotomie vaginale, opérations laborieuses et longues où l'énucléation du fibrome se fait par morcellement, mais opérations bénignes qui respectent et l'esthétique abdominale et l'intégrité des organes génitaux. Il faut y recourir toutes les fois que l'indication s'en présente. J'en ai fait plusieurs jusqu'à ce jour et n'ait pas eu lieu de m'en repentir.

Pour les fibromes du col et ceux du corps on peut pratiquer l'énucléation après avoir incisé leur capsule, ou énucléé la tumeur toute entière en dilacérant l'atmosphère celluleuse lâche qui l'entoure. Cette opération créée par Velpeau fut exécutée pour la première fois par Amussat, dont elle garde le nom. Simple pour les tumeurs du col, l'opération d'Amussat peut être très pénible pour les tumeurs intra-utérines. La tumeur enlevée, il reste une cavité saignante qu'il faudra irriguer avec une solution antiseptique chaude et tamponner avec de la gaze iodoformée. L'hémorrhagie, la perforation de l'utérus, l'inversion, sont les principaux accidents observés pendant l'opération d'Amussat. Les raisons qui faisaient que pendant la période préantiseptique on recourait volontiers à cette opération pour les grosses tumeurs n'existent plus, et actuellement on doit la réserver pour les petites tumeurs très accessibles.

L'opération d'Amussat est inapplicable aux fibromes trop volumineux ou situés trop haut. En appliquant le morcellement d'emblée à ces tumeurs, Péan a étudié les indications de la myomectomie vaginale. Les temps de ce procédé sont les suivants : Pincement et abaissement du col. Section bilatérale du col jusqu'au cul-de-sac vaginal. Introduire le doigt dans le col, franchir l'orifice interne et dilater. Dans certains cas Péan désinsérait le col de ses insertions vaginales et sectionnait jusqu'à l'orifice interne. Sur le doigt conducteur introduire la pince à kyste de Nélaton faire une prise solide du fibrome, tordre, sectionner aux ciseaux et extraire. Recommencer jusqu'à ce que le fibrome soit enlevé en entier. Il faut être très prudent quand on arrive du côté du tissu utérin. Dans une de ses opérations, Terrillon donna 360 coups de pince. D'après l'ancien chirurgien de la Salpêtrière on pouvait en 25 coups de pince extraire un fibrome d'un kilogramme et demi. Dans le cas de fibrome sous-muqueux, il faut avant de faire les prises inciser la muqueuse au bistouri et la décortiquer. Lorsque le fibrome a été enlevé ainsi par morcellement, il faut laver la cavité à l'eau bouillie chaude et tamponner soit à la gaze iodoformée, soit à la gaze stérilisée ; puis administrer de l'ergotine dans la journée pour faire contracter l'utérus.

Je mentionne ici le pocédé relaté par Bouilly à la la Société de chirurgie, le 30 avril 1890. Dans un cas de fibrome utérin volumineux dont la plus grande partie était intra-utérine et le tiers faisait saillie dans le vagin, ce chirurgien opéra comme pour une césarienne. Il enleva la portion utérine après hystérectomie et énucléa le reste par le vagin. Il sutura ensuite l'utérus.

L'opération de Péan par morcellement eut beaucoup de vogue. Lorsque la tumeur est grosse, c'est une opération très laborieuse, qui peut amener des dégâts importants ; aveugle comme toutes les opérations par la voie vaginale. Aussi doit-elle être pratiquée assez rarement. Cependant il faut la connaître, car elle répond à certaines indications. Je l'ai pratiquée plusieurs fois, notamment dans un cas ou l'état général était si mauvais que je ne pus faire l'anesthésie et où elle me donna un excellent résultat.

L'hystérectomie vaginale a été appliquée pour la première fois à la cure des fibromes par Kottmann (1882) ; puis vulgarisée par Péan, qui la pratiqua d'une façon systématique. On a discuté longtemps et on discutera encore sur les mérites et les inconvénients de l'hystérectomie vaginale appliquée aux fibromes. On a fixé le volume des utérus fibromateux à enlever par la voie basse, à une ligne passant à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic (Quénu), au niveau de l'ombilic (Segond), aux tumeurs de 700 à 1200 gr. (Reynier). On peut dire que toutes les fois que l'on peut espérer faire traverser la filière pelvienne aisément par la masse utérine à enlever, que le conduit vaginal est souple et large (ce qui ne se rencontre pas chez les vierges et les vieilles) ; que l'utérus est de volume moyen, elle peut être mise en pratique. Elle a le grand avantage d'éviter la cicatrice abdominale et ses conséquences possibles : éventration, adhérence à l'épiploon ou de l'intestin à la cicatrice. Les éventrations sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne le pense après les laparotomies. J'ai revu plusieurs années après des femmes auxquelles j'avais pratiqué l'hystérectomie abdominale et qui avaient eu une réunion immédiate parfaite. Leur cicatrice, sous l'influence du temps, ou de l'amaigrissement s'était distendue et il existait une laparocèle gênante. Aussi toutes les fois qu'on peut éviter la section abdominale faut-il le faire, une paroi abdominale normale est toujours bien préférable à une paroi abdominale cicatricielle, même non distendue. Quoi qu'il en soit, il y a quelque vingt-cinq ans, l'opération de Kottmann rendit de grands services, alors que l'hystérectomie abdominale était mal réglée, que sa technique était encore incertaine et qu'elle entraînait une mortalité élevée. Elle ne mérite certainement pas l'oubli dans lequel elle tombe petit à petit et trouve encore d'assez nombreuses indications.

A la Société de chirurgie, en décembre 1903, Potherat s'en déclarait très partisan et affirmait que l'hystérectomie abdominale ne devait vivre que des contre-indications de l'hystérectomie vaginale.

La technique de l'hystérectomie abdominale a fait de tels progrès, sa mortalité s'est tellement abaissée, la sécurité opératoire qu'elle donne est si grande que la plupart des chirurgiens lui donnent la préférence dans les cas où l'hésitation est permise entre les deux voies. Il est bien certain que, pour les gros fibromes, la question ne se pose même pas.

Les premières hystérectomies abdominales pour fibromes furent faites à la suite d'erreur de diagnostic par Granville (1837), Atlee et Lane (1844) ; mais ce fut Kimball (1855) qui fit la première hystérectomie de propos délibéré ; puis Kœberlé, de Strasbourg (1863) et Péan (1869) la mirent à l'ordre du jour et la pratiquèrent les premiers couramment. Ils employaient le traitement extra-péritonéal du pédicule avec ligature

métallique. Pour éteindre le pédicule, les uns se servaient soit d'un clamp (Thomas) que l'on laissait une quinzaine de jours en place, soit de deux broches métalliques transperçant en croix le pédicule et le maintenant hors de l'abdomen et par-dessus d'un fil métallique serré sur le pédicule à l'aide du serre-nœud de Cintrat (Péan). Kleeberg, d'Odessa, employa le premier la ligature élastique et ce fut un progrès sérieux. Avec le fil métallique, au bout de quelques jours, le pédicule se rétractait et lâchait, avec le fil élastique la constriction continuant malgré l'amoindrissement du pédicule. Hégar de (Fribourg), perfectionna cette méthode en employant non seulement un cordon plein de caoutchouc de cinq millimètres de diamètre, comme agent hémostatique, mais en traitant le moignon utérin par le thermo-cautère et le chlorure de zinc, en fermant hermétiquement la cavité péritonéale par la suture du péritoine en collerette autour du moignon.

J'ai enlevé des fibromes par cette méthode et je suis depuis douze ans deux malades guéries par le pédicule extra-péritonéal. Les cicatrices sont restées solides et presque aussi belles qu'avec le traitement intrapéritonéal. Il ne persiste qu'une petite dépression amincie par la rétraction du pédicule. Avec la ligature élastique, le pédicule mettait environ vingt jours à se détacher.

Les inconvénients du pédicule externe : éventration possible infection, hémorrhagie, difficulté de faire certains pédicules très épais, l'ont fait abandonner. Mais il ne faut pas oublier qu'à l'époque où l'on pratiquait le pédicule externe, époque où l'on ne faisait pas encore une antisepsie très rigoureuse, cette méthode donnait une mortalité moins élevée que le traitement intrapéritonéal. Et si je me trouvais dans un milieu à antisepsie douteuse je n'hésiterais pas à l'employer de nouveau. Le procédé avec pédicule externe fut d'ailleurs usité jusque vers 1890.

On commença (Czerny, Kaltenbach et surtout Olshausen) par employer la ligature élastique perdue. Si le moignon enserré de son tube de caoutchouc s'enkystait quelquefois, le plus souvent on assistait à des accidents variés dus à la suppuration et au sphacèle du moignon et à l'élimination lente du tube de caoutchouc. Von Hacker et Woelfler pour parer à ces inconvénients drainaient par l'abdomen (1884).

Schrœder, après avoir mis sur le pédicule une ligature élastique temporaire, évidait le moignon en coin et en rapprochait les bords, puis enlevait la ligature. Ce n'était pas encore là le procédé idéal.

Vinrent ensuite les procédés avec pédicule rétro-péritonéal, Hofmeier, de Wurzbourg (1889) et Chrobak, de Vienne (1891) qui consistent à tailler des lambeaux péritonéaux, pour les rabattre et les suturer par-dessus le moignon utérin.

Un dernier progrès fut accompli par l'ablation totale de l'utérus. On commença par employer une méthode mixte (Bardenhauer 1881 ; Péan 1886, Martin 1889) : ablation de la masse fibreuse par l'abdomen ; ablation du moignon du col par le vagin. On en vint enfin à l'ablation de la tumeur et de l'utérus par le ventre : Doyen (1894), Delagenière (1895), Richelot (1897). La méthode est devenue courante.

C'est par une série longue de perfectionnements que l'on est arrivé aux deux grands procédés aujourd'hui en usage : hystérectomie abdominale subtotale ou isthmique, hystérectomie abdominale totale. On discute encore sur les mérites et les avantages de l'une ou de l'autre méthode.

L'hystérectomie isthmique est plus bénigne, plus facile, plus rapide que la totale. Elle est moins dangereuse pour les uretères. Sa technique est plus simple et peu compliquée. L'hémostase est plus sûre et plus facile que dans la totale où les tranches vaginales saignent quelquefois beaucoup, nécessitant de nombreuses ligatures et par conséquent plus de temps.

L'hystérectomie totale à des dangers spéciaux venant de la cavité vaginale. Si l'on a exagéré ce que l'on appelle le péril vaginal, cette cavité étant difficile à aseptiser, ce danger n'en est pas moins réel. La subtotale laisse une cavité vaginale mieux conformée, le moignon du col restant suspendu par les ligaments utéro-sacrés, mais et c'est là un des gros griefs que l'on fait à l'hystérectomie isthmique, ce moignon peut être envahi par le cancer. J'en ai observé un cas chez une femme de 35 ans à laquelle j'avais enlevé un gros fibrome sous-péritonéal et l'utérus et qui sept mois après fut atteinte d'épithélioma du moignon de son col utérin et mourut très rapidement. Mais le fait est rare et il n'est pas dit que ces malades, qui font du cancer de leur col utérin, n'en feraient pas dans un autre organe, si on leur avait pratiqué une hystérectomie totale au lieu d'une subtotale. D'une discussion importante, qui eut lieu à ce sujet à la Société de chirurgie en 1903, il résulte que la cancérisation du moignon est une chose exceptionnelle, qu'elle ne s'observe que dans 4 ou 5 p. % des cas ; que la pratique de thermo-cautériser la muqueuse du col et de la détruire rend bien improbable la formation ultérieure d'une tumeur épithéliale. D'ailleurs l'hystérectomie totale ne met pas à l'abri complètement du cancer et on a cité plusieurs cas où un épithéliome avait envahi la cicatrice vaginale, (Bazy, Société de chirurgie, 8 mai 1904). Cependant d'après Richelot on rencontrerait assez souvent la dégénérescence cancéreuse du col chez les hystérectomisées pour fibrome. Les fibromateuses sont d'après lui plus prédisposées au cancer que les autres. Sur 600 femmes normales on rencontre 1 cancer du corps et 3 du col ; sur 600 fibromateuses 9 cancers du corps et 12 du col (Société de chirurgie, 31 mai 1905). D'après Faure, un des partisans de la subtotale, cette complication ne se produirait pas plus d'une fois sur cent, et la différence de mortalité entre la totale et la subtotale est de plus de 1 p. %.

Lorsque les fibromes sont bas situés, que le Douglas est pris, l'hystérectomie totale recouvre sa supériorité.

En résumé, facilité plus grande et bénignité sont en faveur de l'hystérectomie isthmique. Quant à l'hystérectomie totale, que l'on emploie le procédé de Richelot, le procédé américain ou de Kelly, ou le procédé rapide de Doyen, à part les cas où elle est forcée, elle se montre inférieure à son aînée, et sous le rapport de la longueur, et sous celui de la gravité.

Il est évident que dans des mains très habiles la longueur de temps ne compte pas, et que c'est là un argument de peu de valeur. Mais il faut se mettre à la portée de la moyenne des opérateurs. J'ai fait plusieurs hystérectomies totales et un plus grand nombre de subtotales, je ne suis jamais arrivé à opérer aussi vite dans les deux cas ; l'hémostase de la tranche vaginale vient toujours allonger la durée de l'opération.

Bien que l'hystérectomie totale vagino-abdominale ne soit plus usitée et ait surtout servi de transition entre la subtotale et la totale, il faut savoir l'exécuter ; on peut être obligé d'y avoir recours dans quelques rares cas.

De même que par la voie vaginale, on peut énucléer des fibromes, on peut agir de même par la voie abdominale. La myomectomie abdominale chez les femmes jeunes a le grand avantage de

respecter l'intégrité utérine. Lorsqu'un fibrome est pédiculé, qu'il tient à l'utérus par une base assez peu étendue pour pouvoir être liée, soit en masse, soit par une suture à points séparés, il faut évidemment se contenter d'énucléer le fibrome. Mais il ne faut pas oublier que le fibrome récidive facilement ; que, même dans les cas où l'utérus paraît indemne, il peut contenir de petits noyaux qui évolueront plus tard; que pour peu que la base d'implantation soit large, l'hémostase est difficile. J'ai employé cette méthode, chez une jeune cuisinière de 30 ans, qui avait un volumineux fibrome enclavé dans le petit bassin. La tumeur, grosse comme une tête de fœtus, était attenante à la face postérieure de l'utérus. J'énucléai très facilement ce fibrome en taillant de chaque côté un lambeau séro-musculaire et j'adossai en deux lambeaux par des points séparés à la soie. L'hémorrhagie en nappe fut assez abondante et après la suture du sang filtrait par chaque point. Dans les jours qui suivirent il se fit une petite hématocèle rétro-utérine, la plaie abdominale se réunit par première intention mais le septième jour se produisit une embolie pulmonaire qui faillit tuer la malade. Il en résulta des accidents pulmonaires et notamment une pleurésie droite, qui mirent deux mois à se dissiper.

Je suis persuadé que si j'avais fait d'emblée une hystérectomie subtotale, j'aurais évité ces accidents. Cette question fut plusieurs fois agitée à la Société de chirurgie et la conclusion fut qu'il faut réserver la myomectomie aux femmes jeunes, à annexes saines, avec un ou plusieurs fibromes énucléables sans ouverture de la cavité utérine ; qu'au contraire lorsque la femme n'est plus dans la période génitale - soit du fait de son âge, soit du fait de lésions annexielles doubles, il faut faire l'ablation de l'utérus.

Au lieu d'avoir affaire à un ou plusieurs fibromes évoluant du côté du ligament large, Vautrin, de Nancy, divise ces fibromes ligamentaires en : 1° fibromes pédiculés faciles à opérer en liant le pédicule ; 2° fibromes de moyen volume faciles à énucléer après incision de la capsule séreuse de la tumeur ; 3° fibromes énormes très difficiles et très dangereux à enlever à cause de l'hémorhagie. J'eus affaire à un fibrome de cette dernière variété il y a deux ans chez une fille de 43 ans. Le fibrome était inclus dans le ligament large droit, qui était très vascularisé et sillonné de grosses veines. Je pus enlever cette tumeur avec l'utérus malgré une hémorrhagie assez forte. Après l'ablation, l'artère iliaque était dénudée dans une certaine étendue. Je réséquai les parois du ligament large et marsupialisai le restant de la poche, après avoir péritonisé le moignon utérin. En dehors de la masse principale, l'utérus contenait 5 petits fibromes. Le poids total de la tumeur était de 3 k. 500 gr. Les suites de cette laborieuse intervention furent normales et la guérison se fit sans incidents.

Très souvent les ovaires sont scléro-kystiques, dans la fibromatose utérine. Je crois qu'il est important de laisser en place l'ovaire le plus sain ou, si les deux sont malades, de réséquer les parties malades et de laisser une portion d'ovaire. On évite ainsi de supprimer totalement la sécrétion ovarique, véritable glande à sécrétion interne et on empêche les troubles psychiques consécutifs.

Fibromes et grossesse.

Les fibromes utérins compliquant la grossesse ont été étudiés pour la première fois par Levret (1749). Sans être stériles, les fibromateuses sont moins fécondes : la statistique montre qu'un tiers d'entre elles est stérile, que les autres ont une fécondité amoindrie. (Lefour et Gusserow). La grossesse modifie l'évolution des fibromes en ce qu'elle amène leur hypertrophie, et leur ramollissement. Assez fréquemment le fœtus meurt lorsque la grossesse se complique de fibromes.

Les fibromes du col à évolution pelvienne remplissant l'excavation portent obstacle à la sortie du fœtus ; c'est dans ces cas que l'on peut observer le curieux phénomène connu sous le nom d'ascension des fibromes (Société de Chirurgie, 1869). Le pronostic des fibromes du corps est beaucoup moins grave, soit pour la mère, soit pour l'enfant, que celui des fibromes du col.

D'importantes discussions eurent lieu dans les sociétés savantes sur la conduite à tenir quand on se trouve en présence d'une grossesse compliquée de fibromatose utérine.

D'une façon générale les accoucheurs sont d'avis de rester dans l'expectative et de n'intervenir que si on a la main forcée. A la séance du 13 mai et du 11 juin de l'année dernière de la société d'obstétrique et de gynécologie cette question fut discutée. D'après Lucas-Championnière on ne doit intervenir que si le fibrome barre la route au fœtus. Le professeur Pinard ne considère pas la fibromatose utérine *comme un obstacle au mariage*, pour lui l'allaitement tend au contraire à faire régresser les fibromes ; quant à l'intervention pendant la grossesse il faut qu'il y eut torsion ou enclavement du fibrome ; ou bien qu'il amène de l'obstruction intestinale. La torsion des fibromes pédiculés se remarque surtout pendant le deuxième et le quatrième mois de la grossesse ; elle se fait dans le sens des aiguilles d'une montre.

Au cours de la grossesse le mode d'intervention varie suivant la situation du fibrome ; voie vaginale pour les fibromes de l'excavation ; myomectomie abdominale lorsque le fibrome est sous-péritonéal et qu'on peut l'enlever sans ouvrir la cavité utérine, enfin hystérectomie supra-vaginale ou totale lorsqu'on ne peut enlever le fibrome sans ouvrir la cavité utérine et qu'on est obligé d'intervenir pour des accidents menaçants. On a fait de nombreuses interventions en pareil cas ; elles ont donné une mortalité assez élevée environ le 20 p. %. Très fréquemment on a pu enlever de volumineux fibromes sans interrompre le cours de la grossesse.

Pendant le travail, lorsqu'un fibrome barre la route au fœtus, on peut soit refouler le fibrome au-dessus du détroit supérieur, soit l'enlever par la voie vaginale ; puis appliquer le forceps ou pratiquer de préférence une version. Enfin on peut être amené à faire la symphyséotomie et l'opération césarienne. Les accoucheurs ont de la tendance à préférer en pareil cas l'opération de Porro à la césarienne. Le Porro est forcé lorsque l'utérus est infecté. Lorsque l'enfant est mort, on aura recours à l'embryotomie lorsque les instruments pourront passer.

Après la délivrance on pourra être appelé à intervenir pour des hémorrhagies. En général, les moyens classiques : évacuation de l'utérus, injections chaudes, ergotine suffiront et il ne faut pas se presser d'intervenir. Il y a trente ans un officier de santé est appelé dans un village près de Toulon pour arrêter une hémorrhagie survenue chez une femme qui venait d'accoucher. Il l'examine, trouve une tumeur dans le vagin, croit que c'est un polype ; sans plus réfléchir prend un bistouri et sectionne cette tumeur. C'était l'utérus inversé. Une anse intestinale sortit immédiatement ; et une péritonite suraiguë emporta la malheureuse parturiente. L'affaire se dénoua devant les tribunaux, et se termina par un acquittement. Au cours de la discussion qui eut lieu alors, on rapporta plusieurs faits d'erreurs analogues survenues à des chirurgiens expérimentés. Si j'ai rapporté cette histoire, c'est pour faire voir qu'il ne

faut pas se hâter et faire un diagnostic exact avant d'intervenir.

Pendant les suites de couches, les fibromes sont assez fréquemment l'origine d'accidents puerpéraux graves et ont nécessité l'hystérectomie abdominale. Plusieurs interventions ont été faites dans ces conditions et quelques-unes avec succès.

Tel est, rapidement résumé, le traitement des fibromes utérins. Quand on se trouve en présence d'une femme atteinte de fibromatose utérine, et cela arrive fréquemment dans la pratique, il faut bien connaître tous les moyens médicaux ou chirurgicaux que nous possédons, et ne donner un conseil qu'après avoir mûrement réfléchi et bien pesé le pour et le contre. La condition sociale de la femme, son âge, les complications dépendant de la tumeur, pèseront sur la décision à prendre. Il ne faut pas oublier que, si l'hystérectomie abdominale a vu sa mortalité s'abaisser beaucoup depuis quelques années, elle donne encore huit à dix pour cent de mort dans les mains des meilleurs opérateurs.

Dr Jean TISSOT.
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Chambéry.

THÉRAPEUTIQUE

Sur le véritable principe de la digitale. Il est soluble et ne peut pas s'accumuler.

Les recherches modernes sur l'action thérapeutique de la digitale ont établi ce fait que le véritable principe actif de la plante se trouve dans les *feuilles fraîches* et qu'il est amorphe et *soluble*. Ce principe actif (digalène, digitoxine soluble de Cloétta), est facilement absorbé par l'organisme, rapidement éliminé et ne peut donc pas amener des phénomènes cumulatifs. La toxicité digitalique, habituellement redoutable, se trouve ainsi fort diminuée.

De plus, en possession de la digalène, corps invariable dans sa constitution et sa formule ($C^{14}H^{22}O^{5}$), rigoureusement dosé, de telle sorte qu'un c. cube équivaut à 0 gr. 15 centigr. de poudre de feuilles fraîches, le praticien a le droit de compter sur une activité précise et sûre. Il peut la provoquer en toute circonstance, même dans les cas urgents puisque la solubilité du remède autorise son usage par la voie intra-musculaire, intra-veineuse, aussi bien que par la bouche et le rectum.

Ainsi à l'heure actuelle, il existe deux formes distinctes de la médication digitalique. L'ancienne forme qui, faisant appel aux infusions et macérations de feuilles desséchées, n'utilise pas ce principe actif intégral, mais sa transformation chimique en substance insoluble, cumulative, toxique, et variable dans son énergie thérapeutique. Elle utilise encore divers glucosides digitaliques exactement dosés, il est vrai, mais toujours insolubles et par conséquent, dangereux.

La forme digitalique nouvelle est représentée par la substance active naturelle de la feuille fraîche, c'est-à-dire pas encore altérée, et c'est ainsi que la digalène possède, sans inconvénients toute l'activité thérapeutique de la plante.

Ces notions sont intéressantes pour le praticien Elles redressent les erreurs existant au sujet de la digitale et il nous a semblé utile de les exposer.

Tandis que le professeur Ausset (de Lille,) publiait dans ce journal (1) les résultats cliniques fournis par la digalène chez les enfants cardiaques en asystolie, nous utilisions nous-même ce remède chez l'adulte et par ses deux principales voies d'introduction: l'injection intra-musculaire *profonde* et la voie gastrique.

La méthode intra-musculaire est suivie par nous dans deux cas essentiels : 1° quand il faut agir vite, c'est-à-dire quand nous avons à traiter un cas d'asystolie aiguë avec insuffisance cardiaque rapidement progressive ; 2° quand il existe des troubles gastriques intenses permettant de penser que, malgré son absence d'irritation pour les muqueuses, la digalène serait mal tolérée.

Nous ajouterons une troisième indication, toute personnelle celle-là, et qui résulte de notre propre expérience. Nous utilisons, en effet, les injections intra-musculaires chez les malades qui ont présenté déjà plusieurs crises asytoliques. Leur myocarde est dégénéré, moins sensible à la digitale et il nous a paru que la digalène injectée réussissait mieux que la digalène ingérée.

De toute façon, il faut savoir que ces injections intra-musculaires profondes (région fessière supéro-externe, région fémorale externe), sont indolores et n'irritent pas les tissus. Nous injectons en moyenne, 2 et 3 c. cubes de digalène par 24 heures, et pendant 4 à 5 jours.

Par la voie gastrique, le remède est mieux toléré que les autres digitaliques. Il n'amène pas de vomissements et 2 à 4 c. cubes par 24 heures, pendant 6 à 8 jours consécutifs, représentent une dose moyenne généralement suffisante.

Nos traitements, on le voit, sont assez intensifs, puisque la moyenne de 3 c. cubes de digalène, c'est-à-dire 0 gr. 45 centigr. de poudre de feuilles fraîches, est absorbée, souvent sans arrêt, pendant une semaine.

Est-ce à dire que l'activité médicamenteuse du remède est restreinte ? Certes non, car nous la croyons, personnellement, au moins égale à celle de la macération digitalique. Mais la digalène ne s'accumule pas, elle s'élimine dans les premières 24 heures, par sa solubilité même et par la diurèse qu'elle développe, de telle sorte qu'il est nécessaire de renouveler les doses pour maintenir une imprégnation suffisante de l'organisme.

En 24 heures, en effet, après l'ingestion de doses convenables, on voit, dans les cas d'asystolie moyenne, la diurèse monter à 800 et 1000 gr. Ce chiffre augmente ensuite avec les doses nouvelles et, dans plusieurs observations, il atteignait, au 4e et 5e jour, 3 litres à 3 litres et demi.

Après injection, c'est au bout de 10 à 12 heures que la diurèse s'élève. Elle dépasse 1000 gr. à la fin du 1er jour et atteint parfois 4 litres après quelques jours d'injections répétées.

Avant même que nous constations ce phénomène, l'état asphyxique ou dyspnéique s'amende. Le cœur bat plus fort et se ralentit, la pression sanguine augmente. Par la suite, le bon fonctionnement de l'organe se rétablit, le pouls reste bien frappé et régulier, les œdèmes s'éloignent.

Dans plusieurs cas d'insuffisance cardiaque, avec dégénérescence de la fibre musculaire, nous avons pu prolonger sans inconvénients le traitement digitalique, pendant 10 et 12 jours.

Au début, quand on essaye ce remède, on ne peut s'empêcher d'être influencé par la notion de toxicité et d'accumulation qui suit toujours dans notre esprit le mot digitale, et, par prudence, on arrête la digalène au bout de 3 à 4 jours. Mais, comme on voit alors que la diurèse diminue, et que l'amélioration obtenue ne se développe pas autant qu'il le faudrait, on est amené à penser que la digalène est éliminée, et on reprend alors le remède. Les effets physiologiques de la digi-

(1) Voir *Concours médical*, n° 47, 1907.

tale se reproduisent aussitôt, ce qui prouve bien la non-accumulation de la digalène et par conséquent, sa faible toxicité.

Ainsi, chaque fois que le cœur faiblit, dans les cardiopathies comme dans les maladies infectieuses, nous utilisons la digalène. Elle est d'un maniement facile, n'ajoute pas une intoxication médicamenteuse à l'intoxication déjà existante, elle permet d'obtenir sans retard les effets de la digitale, de les arrêter dès qu'on le juge nécessaire. En un mot, on doit dire qu'à l'heure actuelle, la médication digitalique est devenue sûre et pratique, grâce à l'utilisation raisonnée du seul principe actif naturel, contenu dans les feuilles fraîches.

Dr M. Lender.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Syndicats ou associations. Quelle forme de groupement convient-il au Corps médical d'adopter pour assurer le mieux la défense professionnelle ?

Par G. Rocher,
Avocat à la Cour d'Appel de Paris,
Membre du Conseil judiciaire de l'Union des Syndicats Médicaux de France.

Depuis la promulgation de la loi du 1er juillet 1901, relative au contrat d'association, des groupements médicaux, qu'ils soient déjà constitués en syndicats professionnels dans les termes de la loi du 21 mars 1884, conformément à l'article 13 de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine, ou qu'ils se proposent de s'associer, se préoccupent de la question de savoir ce qui peut être le plus avantageux de l'association syndicale régie par la loi de 1884, ou de l'association prévue par la loi de 1901.

Pour se faire une opinion, il est nécessaire de se reporter aux origines de l'une et l'autre loi, et de rechercher l'esprit qui a présidé à leur confection.

Ce qu'il faut poser en principe, c'est que la liberté d'association est une condition primordiale de vie pour l'humanité. Seul, l'homme ne peut rien. Le réduire à l'isolement, ou le contraindre à n'utiliser que ses propres forces, c'est le frapper de stérilité.

« L'association vivifie et l'isolement tue », a dit Toussenel.

Les groupements formés en vue d'intérêts matériels ont presque toujours reçu l'appui des lois, et pourtant la loi du 14-17 juin 1791 a supprimé toutes les corporations des citoyens de même état et profession. La défiance du législateur a encore été plus excessive lorsqu'il s'agissait d'associer des intelligences, des volontés, des énergies en vue d'une action plus haute dans un but moral, politique, religieux, littéraire, artistique, philosophique et scientifique, pour servir les intérêts les plus nobles de l'humanité. Si bien que les citoyens qui auraient voulu se réunir à cet effet en étaient empêchés par l'article 291 du Code pénal.

Pendant presque un siècle toutes les tentatives échouèrent pour arriver au triomphe du grand principe de la liberté d'association.

A la séance de la Chambre des Députés du 11 février 1882, M. Waldeck-Rousseau, proposant une loi relative au contrat d'association, commençait l'exposé des motifs par ces paroles :

« Le droit de mettre un capital en commun, « pour en retirer des bénéfices et les partager ne « rencontre aucune entrave, s'il s'agit d'un capi- « tal argent, valeurs ou industrie, s'il s'agit en un « mot de former ce que l'article 1832 du Code civil « définit une Société. Mais que des citoyens con- « viennent de mettre en commun leur activité, « leurs efforts, leurs facultés, dans le but d'en re- « tirer un avantage intellectuel, social ou politi- « que, c'est le Code pénal qui intervient ».

Et il ajoutait : « Ce que le Code pénal condamne, « la science sociale contemporaine n'hésite pas « à le recommander ».

On pouvait donc croire que l'on allait enfin obtenir ce droit, si longtemps promis et toujours attendu. Eh bien ! non, et les années se sont encore écoulées sans que l'on ait pu, en France, faire proclamer la liberté d'association.

Il s'était bien fondé des associations d'un genre particulier, appelées Chambres syndicales de patrons ou d'ouvriers, sur lesquelles l'autorité fermait les yeux et auxquelles, même, elle donnait des autorisations expresses, mais c'était toujours le régime de l'arbitraire. Ce qui empêchait le législateur de reconnaître par un texte le privilège des syndicats, c'est qu'il tenait à établir une distinction entre les chambres syndicales autorisées à titre exceptionnel et les autres associations soumises au régime du Code pénal.

Enfin, en 1884, les associations professionnelles formées pour l'étude et la défense des intérêts économiques, industriels, commerciaux ou agricoles, furent reconnues et affranchies du régime de l'article 291 du Code pénal.

La loi du 21 mars 1884 sur les syndicats professionnels était un premier pas vers la liberté d'association, tout en instituant un régime de faveur.

Le syndicat professionnel est constitué par un contrat dans lequel un certain nombre de personnes exerçant la même profession, des métiers similaires ou des professions connexes, conviennent de mettre en commun leurs connaissances et leur activité pour étudier et défendre leurs intérêts économiques et professionnels (article 3). Ce contrat doit réunir les conditions exigées par l'article 1108 du Code civil : 1° consentement des adhérents ; 2° capacité ; 3° objet certain et déterminé ; 4° cause licite.

L'article 3 détermine nettement le but exclusivement économique et professionnel que doivent poursuivre les syndicats formés conformément à la loi de 1884, à l'exclusion de tout ce qui touche à la défense ou à la propagande d'idées politiques, philosophiques ou religieuses.

Le syndicat ainsi conçu présente trois caractères bien déterminés : 1° absence de bénéfices pour ses membres ; 2° droit essentiellement personnel de ceux-ci dans l'association ; 3° abandon de tout droit de copropriété sur le fonds social destiné à faire face aux dépenses nécessitées par l'étude et la défense des intérêts professionnels, économiques, industriels, commerciaux et agricoles des associés.

La loi de 1884 permet donc la formation de syndicats professionnels entre associés ayant pour but spéculatif ou théorique l'étude et la défense de leurs intérêts, mais non une participation effective à leurs travaux industriels, commerciaux ou agricoles. (Trib. d'Alençon, 16 janvier 1894 ; *Le Droit* du 29 septembre 1894).

L'étude comporte l'ensemble des voies et moyens que les syndicats emploieront pour arriver à améliorer et à perfectionner leurs méthodes, à favoriser leur exercice, à former et à instruire

leurs membres, à assurer leur bien-être ou leur assistance en cas de maladie ou de vieillesse.

La défense comprend la revendication des droits légitimes et généraux de la profession, la surveillance des agissements de chacun pour assurer la moralité de l'exercice, l'installation de Chambres d'arbitrage, l'intervention auprès du Gouvernement, du Parlement, des administrations, pour obtenir les réformes nécessaires à la prospérité de la profession, et les interventions dans les procès touchant aux intérêts généraux de ladite profession.

Les intérêts économiques sont l'ensemble des besoins matériels et intellectuels des membres du syndicat et ce qui est utile ou nécessaire pour accroître leur bien-être et leur richesse.

Voilà, ce semble, le but et la portée de la loi de 1884 aussi complètement défini que possible. Son esprit comme son texte ne paraissent établir aucune distinction entre les professions, et le législateur n'a voulu que fortifier par l'union des intérêts les aspirations professionnelles.

Et pourtant jusqu'en 1892 on a admis que le droit de se constituer en syndicats professionnels était refusé notamment aux médecins, parce qu'ils n'avaient à défendre aucun intérêt commercial ou industriel, ni par suite aucun intérêt économique s'y rattachant. (C. de Douai, 11 novembre 1901, Dalloz, 1901. 2. 504.)

Il a fallu un nouvel effort pour arriver à étendre les bienfaits de la loi de 1884 à la profession médicale.

L'article 13 de la loi du 30 novembre 1892 a tranché la difficulté, mais, néanmoins, la tendance est restée d'en restreindre les effets. C'est ainsi que la Cour de Cassation (arrêt du 28 février 1902) décide que l'art. 13 a statué par voie de disposition exceptionnelle, et, à raison de la dérogation qu'il apporte à une loi générale, doit être strictement interprété, de telle sorte, par exemple, que les médecins pourront se syndiquer entre eux, mais non avec d'autres personnes exerçant des métiers similaires ou des professions connexes.

Quoi qu'il en soit, cela a été encore un acheminement dans la voie de la liberté.

La loi du 1er juillet 1901 a enfin proclamé la liberté d'association et, alors que la loi de 1884 exigeait certaines qualités de ceux qui voulaient se grouper, la loi nouvelle accordait à tous citoyens le droit de s'associer.

Art. 1er. — L'association est la convention par laquelle deux ou plusieurs personnes mettent en commun, d'une façon permanente, leurs connaissances et leur activité dans un but autre que de partager des bénéfices. Elle est réglée, quant à sa validité, par les principes généraux du droit applicables aux contrats et obligations.

Art. 2. — Les associations de personnes pourront se former librement sans autorisation ni déclaration préalable, *mais elles ne jouiront de la capacité juridique que si elles se sont conformées aux dispositions de l'article* 5. (Cet article spécifie les formalités à remplir).

Art. 3. — Toute association fondée sur une cause ou en vue d'un objet illicite, contraire aux lois, aux bonnes mœurs, ou qui aurait pour but de porter atteinte à l'intégrité du territoire et à la forme républicaine du gouvernement est nulle et de nul effet.

La loi de 1901 a réglé : 1° la formation, la capacité juridique et la dissolution des associations (Tit. 1er, art. 1 à 9) ; 2° la reconnaissance d'utilité publique ; le droit spécial de dissolution des associations composées en majeure partie d'étrangers (Tit. 2, art. 10, 11, 12) ; 3° la formation, le fonctionnement, la capacité civile, la dissolution des congrégations religieuses et, en cas de dissolution, la liquidation de leurs biens (Tit. 3 art. 13 à 18) ; 4° par des dispositions communes aux associations et aux congrégations religieuses, la concession du bénéfice des circonstances atténuantes, la mise à exécution de la présente loi par un règlement d'administration publique, l'obligation des lois antérieures et de toutes dispositions contraires à la nouvelle loi (Tit. 2, art. 19, 20 et 21).

Elle a ainsi supprimé, quant aux associations, les rigueurs de la législation antérieure et assuré un régime de liberté qui constituera désormais le droit commun, sauf pour les congrégations religieuses, à l'égard desquelles elle établit un régime spécial et restrictif.

Le contrat d'association visé par la loi de 1901 concerne donc toute mise en commun des forces c'est-à-dire de l'intelligence, du travail ou de la fortune, de deux ou plusieurs personnes en vue d'un objet déterminé.

Lorsque cette forme de l'activité humaine s'applique à la réalisation d'un intérêt pécuniaire ou de bénéfices partageables, elle prend le nom de Société civile ou commerciale ; elle garde celui d'association quand elle poursuit un but désintéressé, un avantage moral ne procurant aucun profit matériel. (*Lois Nouvelles*, 1re partie, *Revue de législation*. T. 36, p. 469.)

La législation française reconnaît donc actuellement toutes les associations, mais les unes paient l'affranchissement de toute ingérence administrative du défaut de personnalité civile, les autres sont soumises, pour avoir les bénéfices de cette personnalité, à l'obligation du dépôt de leurs statuts.

Dans son article 21, *in fine*, la loi de 1901 indique que ne rentrent pas dans son application plusieurs catégories de collectivités, notamment les syndicats professionnels, qui sont des associations constituées par certaines personnes déterminées en vertu d'objets limitativement énumérés. Cela indique bien que la loi de 1901 n'a en rien porté atteinte à la loi de 1884.

M. Wahl, professeur à la faculté de Droit de Paris, dans une note au bas de l'arrêt de la Cour de Douai du 9 novembre 1901, dit : il reste aux syndicats le droit, mais ils n'ont plus l'obligation de se mettre sous l'application de la loi de 1884.

Il faut en conclure que, désormais, les syndicats, ceux qui pourraient être considérés comme interdits par la loi de 1884, pourront librement se *former sous l'abri tutélaire de la loi sur les associations.*

Pour les autres, notamment pour les syndicats médicaux, rien n'est changé. Les avantages que leur a concédés la loi de 1892 en leur accordant le bénéfice de la loi de 1884 subsistent, et il paraît certain qu'ils ont tout intérêt à se placer sous le régime de la loi du 21 mars 1884 et à invoquer le bénéfice de la législation spéciale à laquelle ils ont été soumis.

C'est qu'en effet, les formalités exigées pour la constitution des syndicats professionnels par la loi de 1884 sont moins compliquées que celles prescrites par la loi de 1901, que la capacité juridique des syndicats est beaucoup plus étendue que celle des associations, même reconnues d'utilité publique, qu'il s'agisse de dons et legs à recevoir sans autorisation ou de valeurs mobilières à posséder, que les pénalités prévues pour manquement aux prescriptions de la loi sont moindres.

L'autorité de la législation de 1884 reste entière et nous semble plus avantageuse, dans le cas spécial des groupements de médecins, aux sti-

pulations de la loi de 1901 sur les associations en général, qui conserve néanmoins une sorte de caractère particulier. L'on ne voit pas, du reste, quels avantages l'on pourrait tirer de la loi de 1901 pour la constitution d'associations professionnelles.

(*Bulletin de l'Union des Syndicats médicaux.*)

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE du Corps médical français.

Assemblée générale du 26 *avril* 1908.
Présidence de M. le Dr LANDE.

Lecture et adoption du procès-verbal de l'Assemblée générale de 1907.

Le procès-verbal est adopté.

M. Lereboullet prie l'Assemblée de vouloir bien le remplacer comme membre du comité directeur : ses nouvelles fonctions de président de l'Association générale l'absorbant trop pour pouvoir remplir convenablement sa place dans le comité. L'Assemblée accepte avec regret la démission de M. Lereboullet et l'acclame à l'unanimité comme président d'honneur de la caisse des pensions.

M. de Ranse est nommé membre du comité directeur à la place de M Lereboullet.

M. Ravanier (de Paris) est nommé membre du comité des censeurs à la place de M. de Ranse.

MM. Moreau, Millet et Noir, membres sortants du comité des censeurs, sont réélus pour trois ans.

M. Jeanne propose que, pour les besoins de la propagande, les deux secrétariats de l'Amicale et de la Caisse des pensions soient en contact immédiat et permanent : il ajoute que le meilleur moyen d'y parvenir serait de nommer M. Mignon secrétaire-adjoint de la caisse des pensions.

M. Mignon secrétaire-général de l'Association amicale et membre de la Caisse des retraites accepte et est nommé secrétaire adjoint de cette caisse. La Caisse des retraites et l'Association amicale s'enchevêtrant l'une dans l'autre de plus en plus par la combinaison C, il est, en effet, nécessaire que les secrétaires généraux de ces deux filiales de l'A. G. s'entendent de plus en plus pour collaborer à la prospérité de ces deux sociétés et au recrutement de l'A. G.

Lecture du rapport de M. le secrétaire général Delefosse.

Rapport de M. le secrétaire général.

Messieurs et chers collègues,

Comme je vous le disais déjà l'année dernière dans mon rapport annuel, ce qui est le plus intéressant à connaître pour vous, dans une Société comme la nôtre, c'est le compte rendu publié par notre cher trésorier. Le secrétaire général fait toute la cuisine, comme l'on s'exprime dans le journalisme ; cette cuisine est généralement peu intéressante pour les adhérents, sauf quelques demandes de renseignements sur des points particuliers. Mais où ses fonctions deviennent intéressantes c'est dans la propagande, et Dieu sait si elle serait nécessaire. Je lisais dernièrement dans le compte rendu de l'Assemblée générale de l'Association générale de 1907 les phrases suivantes du Dr Baudin : « Ce qui me navre dans mon département (Ain) c'est de voir mes confrères ne pas vouloir rentrer dans les filiales parce qu'ils disent ne pas les connaître : nos confrères de campagne, ne pouvant lire qu'un chemin de fer ou en voiture, ont toujours peur d'être trompés quand on leur parle de statuts : il faudrait donc simplifier les statuts ». A quoi mon excellent confrère et ami le Dr Gassot proposait d'aller faire une conférence dans le département de l'Ain ». M. le secrétaire général ajoutait : « Ce qui se passe dans l'Ain se passe presque partout. Même à Paris, parmi ceux qui viennent à l'Association centrale, il y a des médecins qui ignorent ce qu'est la Caisse des retraites. Il est malheureux de constater qu'à Paris, comme à Bourg, comme ailleurs, les médecins semblent vouloir ignorer les œuvres qui leur font de plus en plus de bien ».

Ce sont hélas ! de tristes réalités.

Et comme si cette indifférence ne suffisait pas, des médecins croient devoir créer, en dehors de nous, d'autres sociétés qui diminuent encore le nombre possible d'adhérents. Car il ne faut pas oublier que l'on compte vingt mille médecins français, que c'est dans cette agglomération seule que se trouve la source de nos adhérents et que par conséquent cette source. déjà minime au point de vue assurance, s'épuise vite si elle se divise en plusieurs canalisations.

L'Association générale des médecins de France a fait pour nous cette année une très grande et très bonne propagande, dont nous la remercions vivement, en envoyant aux médecins des petits bulletins de demande de statuts, à remplir. J'en ai reçu un grand nombre et je me suis empressé d'y répondre par l'envoi de tous les imprimés qui pouvaient intéresser.

Le *Concours médical*, si dévoué aux filiales de l'Association, ne cesse de faire une propagande énergique par son excellent journal et ses délégués : il va aussi adresser à ses abonnés des fiches à remplir. Je profite de cette occasion pour exprimer ici au conseil d'administration de ce journal toute mon admiration pour le dévouement dont il fait preuve vis-à-vis des intérêts du corps médical.

Il faut espérer que ces moyens de propagande feront connaître notre caisse. Dans tous les cas, en ce qui me concerne, je me suis toujours tenu à la diposition des sociétés médicales qui me feraient l'honneur de me demander, je ne dirai pas une conférence, c'est peut-être un gros titre pour ce qui concerne le fonctionnement de la Caisse des pensions seul, mais un simple exposé de nos statuts avec explications.

Je ne saurais mieux terminer ce court rapport qu'en vous citant ces quelques lignes inscrites au rapport de M. Lereboullet lu l'année dernière à l'Assemblée générale de l'A. G.

« En contractant ces contrats avec la Caisse des pensions de retraites et avec l'Association amicale, l'Association générale unira l'assistance à la prévoyance. Elle fera œuvre de bienfaisance et œuvre de mutualité. Elle montrera leur devoir aux jeunes confrères qui tardent trop à s'inscrire à nos caisses de prévoyance. Elle affirmera hautement que, *seule* de toutes les

œuvres semblables, elle est en état de *garantir* à tous ses sociétaires la sécurité de leurs placements mutualistes. Puissent les médecins qui s'efforcent trop souvent de fonder en dehors de l'Association des œuvres dont l'avenir est gros de dangers parce qu'elles ne peuvent compter ni sur le nombre des adhérents, ni sur les économies accumulées par nos devanciers, ni sur les dons et les legs qui font notre prospérité, comprendre mieux nos statuts et les commentaires qui les accompagnent. »

Eh bien ! nous aussi, nous prions nos confrères qui ne font pas partie de la caisse de vouloir bien nous demander nos statuts et nous sommes entièrement à leur disposition pour leur donner soit verbalement, soit par écrit toutes les explications que la lecture de ces statuts pourra leur avoir suggéré. (*Applaudissements.*)

Rapport de M. le Trésorier.

Messieurs et chers collègues ;

Le bilan que j'ai l'honneur de vous présenter est en augmentation de 21.092 fr. 05 sur celui de l'exercice dernier ;

Bilan au 31 *décembre* 1907 :

	Actif	Passif
Caisse	5.731 35	
Obligations du Midi	144.007 73	
Rente 3 % amortissable.	113.676 05	
Obligat. foncières 1883	62.674 50	
Obligat. Paris-Orléans	83.142 25	
Obligat. Paris-Lyon-Méditerranée	133.949 23	
Obligat. chemins de fer de l'Est	34.647 50	
Obligat. Banque hypothécaire 1881	28.345 07	
Obligat. Banque hypothécaire 1880	261.217 50	
A capital		867.391 18
	867.391 18	867.391 18

Caisse, exercice 1907.

Recettes :

Cotisations		57.605 20
Portefeuille :		
Intérêts	27.542 40	
Remboursements	15.889 75	43.432 15
Dons		225 »
Frais généraux (par divers)		1 05
Total des recettes		101.263 40
En caisse au 1er janvier		16.736 85
En caisse au 31 décembre		118.000 25

Dépenses :

Achat de valeurs	75.734 30
Paiement des retraites	31.924 75
Frais généraux	4.609 85
Total des dépenses	112.268 90
En caisse au 31 décembre	5.731 35
Egal	118.000 25

Quelques détails sur ces divers chiffres :

Les cotisations se sont élevées au total de	57.605 20
Sur ce chiffre, l'Association amicale a versé	13.152 »
Reste donc pour les cotisations ordinaires	44.453 20

Détail des remboursements du portefeuille :

1 oblig. chemin de fer du Midi	490 15
1 oblig. Banque hypothécaire, 1880	975 20
6 oblig. foncières 1883	2.937 40
15 fr. de rente amortiss.	498 »
330 fr. de rente amortiss.	10.989 »
Total	15.889 75

La recette des frais généraux est constituée par le remboursement de quelques frais de quittance par divers ; soit 1,05.

Dons, abandon de retraites :

M. Lereboullet	142
M. Blache	83
Total	225

Depuis l'année où ils ont été appelés à toucher leur retraite, MM. Blache et Lereboullet en ont toujours abandonné le montant ;

Vous saluerez, Messieurs, de vos applaudissements, cette année comme les précédentes, cet acte généreux ;

Dépenses :

L'achat de valeurs du portefeuille en constitue le chiffre le plus important : la dépense s'élève de ce chef à 75.734 30

Cette somme se décompose ainsi :

21 oblig. Banque hypothéthécaire, 1880	11.586 75	
2 oblig. Banque hypothécaire, 1880	1.126 20	12.712 95
40 oblig. chemin de fer Paris-Orléans.		17.300 »
6 oblig. foncières 1883 (pour remploi)	2.566 05	
1 oblig. foncière 1883	430 50	
30 oblig. foncières 1883	12.667 50	
20 oblig. foncières 1883	8.474 80	24.138 85
30 oblig. chemin de fer du Midi	12.997 50	
20 oblig. chemin de fer du Midi	8.585 »	21.582 50
Total égal		75.734 30

Retraites :

Le paiement des *retraites* absorbe la somme de 31,924, 75 ; sur ce chiffre, votre trésorier a eu le chagrin de verser la somme de 3,230 fr. entre les mains de notaires, trois de nos collègues étant décédés dans les premiers mois de l'exercice 1907 ;

MM. Licke ...... pension de	830 fr.	
Dartigolles. »	800 fr.	
Laurent ... »	1.600 fr.	3.230 fr.
Sont décédés dans le courant de 1907, après le paiement de la retraite :		
MM. Brun ...... pension de	400 fr.	
Pouillot.... »	600 fr.	1.000 fr.
Total		4.230 fr.

Les extinctions de retraite seront donc cette année de 4,230 fr. Vous allez être appelés, Messieurs, à voter cette année 7 retraites nouvelles dont le total s'élèvera à la somme de 3, 216 francs ; soit une diminution de dépenses d'environ un millier de francs ;

Les *frais généraux* sont toujours à peu près les mêmes ; en voici la décomposition :

Frais de bureau, de correspondance, de port, indemnités de voyage et autres	3.518 40
Impressions diverses..................	508 55
Frais de banque....................	582 90
Total des frais généraux....	4.609 85

Le tableau des *profits* et *pertes* vous donne le chiffre net qui a pu être versé au compte capital et le grossit de 21,092, 05. Ce compte « Capital » du bilan est donc constitué ainsi :

Capital au 31 décembre 1906.........	846.299 13
Excédent disponible de l'exercice 1907.	21.092 05
Total au 31 décembre 1907..	867.391 18

L'actif est représenté par les valeurs du portefeuille (inventaire au 31 décembre, cours de la bourse de Paris à ce jour)...........

L'actif est représenté par les valeurs du portefeuille (inventaire au 31 décembre, cours de la bourse de Paris à ce jour)...........	861.659 83
Espèces en caisse au 31 décembre 1907	5.731 35
Total égal..................	867.391 18

Le Portefeuille comprend :

269 obligations du chemin de fer du Midi (anciennes).
79 obligations du chemin de fer du Midi (nouvelles),
3,585 francs de rente 3 % amortissable.
190 obligations du chemin de fer Paris-Orléans.
320 obligations Paris-Lyon-Méditerranée ;
80 obligations du chemin de fer de l'Est (nouvelles).
69 obligations de la Banque hypothécaire 1880.
501 obligations de la Banque hypothécaire 1880.
151 obligations foncières 1883.

Rapports de la Caisse de retraite avec l'Association générale des médecins de France :

L'Association générale a versé en 1907 à la caisse la somme de 515 francs qui se décompose ainsi :

Pour augmenter la pension de retraite du Dr D[1].......................	150 fr.
Pour payer la cotisation du Dr D[2]....	177 fr.
Pour payer la cotisation du Dr C.....	188 fr.
Total..................	515 fr.

—Tel est, Messieurs et chers collègues, l'abrégé de notre histoire pour l'exercice 1907 ; elle est simple et claire, notre marche se poursuit tranquille et votre trésorier la surveille avec tout le soin possible ; il ne demande qu'à continuer à donner à notre œuvre tout son zèle en méritant toujours votre confiance amicale.

Profits et Pertes :

A frais généraux, pour balance..................	4.608 80	
A divers, pour moins-values sur les valeurs du portefeuille au 31 décembre 1907..................	27.747 »	
Solde ou excédent de recette, versé au compte **Capital**...............	21.092 05	53.447 85
Par caisse, coupons et intérêts encaissés en 1907.	27.542 40	
Par **Caisse des Pensions**, sa balance, soit la partie disponible des recettes à ce compte au 31 décembre 1907, savoir la différence entre les dons et cotisations reçues et les retraites payées............	25.905 45	
Egal.....................		53.447 85

Valeur du Portefeuille au 31 décembre 1907 :

	Prix d'achat	Amortissement	Net	Valeur d'inventaire au 31 décembre 1907
Midi............	164.857 25	11.374 79	153.482 46	144.007 73
3 pour 100........	134.044 55	43.969 50	90.075 05	113.676 05
Foncières 1883.....	64.896 70	4.405 55	60.491 20	62.674 50
Obligations Orléans.	82.385 20	489 95	81.895 25	83.142 25
Oblig. P.-L-M.	154.432 85	6.898 47	147.534 38	133.949 23
Obligation Est....			35.972 50	34.647 50
Banque hypoth. 1881	32.640 85	981 78	31.659 07	28.345 07
Banque hypoth. 1880	297.707 55	4.883 70	292.823 85	261.217 50
			893.933 76	861.659 83
Moins-value..............				32.273 93
Total..............				893.933 76

La moins-value générale du total du portefeuille, n'est donc en réalité que de 32.273 fr. 93, depuis la création, et ce, malgré la dépréciation considérable qu'ont subie les valeurs de bourse dans ces dernières années.

Tableau des retraites pour 1907 :

M. L.......	830 »	*Report.*	19.508 10
B..........	400 »	M. et Mad. L.	800 »
L..........	1.600 »	M..........	751 65
M. et Mad. G.	2.400 »	M..........	800 »
M..........	800 »	P..........	600 »
O..........	800 »	R..........	130 »
R..........	73 »	R..........	800 »
M..........	800 »	R..........	557 »
A..........	600 »	M. et Mad. R.	366 »
B..........	800 »	L..........	400 »
B..........	800 »	B..........	800 »
B..........	162 65	C..........	427 »
B..........	800 »	C..........	800 »
B..........	800 »	B..........	800 »
C..........	323 35	P..........	800 »
Mad. C.....	800 »	P..........	372 »
D..........	322 »	S..........	800 »
E..........	800 »	L..........	800 »
G..........	309 25	L..........	217 »
G..........	150 85	D..........	221 »
H..........	800 »	D..........	800 »
H..........	800 »	L..........	142 »
H..........	337 »	B..........	83 »
J..........	1.600 »	D. (par l'Association)..	150 »
J..........	1.600 »		
A reporter.	19.508 10	Total.....	31.924 75

Note. — Il est fort intéressant de relever les sommes versées par certains de nos retraités et le total des sommes qu'ils ont encaissées depuis leur entrée en jouissance :

Voici quelques chiffres pris au hasard :

M. le Dr Licke, qui est décédé au commencement de l'exercice 1907 avait versé en dix ans la somme de 3,520 francs.

Le total des sommes qui lui ont été versées est de 13,580.

Tel autre, M. le Dr X a versé 5,100 francs ; il a touché 13,200 fr. et il compte bien continuer à toucher sa retraite pendant longtemps encore.

Madame X. a aussi touché 13, 200 francs, et n'a versé que 4,600, elle est, elle aussi, disposée à continuer le plus possible ;

On pourrait multiplier les exemples ;

EXERCICE 1908. SITUATION AU 20 AVRIL 1908.

Recettes :

Cotisations..............	43.996 55	
Intérêts du portefeuille...	10.591 30	
En caisse au 1er janvier....	5.731 35	60.319 20

Dépenses :

Frais de bureau..........	27 80	
Frais de banque.........	242 10	
Retraites payées.........	4.000 »	
Remboursement à la succession R.............	287 »	4.556 90

Note. sur le chiffre de 242,10 (frais de banque) est compris le remboursement de la somme de 123,50 au Dr B. montant de la cotisation qu'il a versée indûment, ayant été appelé cette année même à toucher sa retraite :

La somme de 287 (remboursement à la succession du Dr R...) représente les deux primes contre-assurées qu'avait versées le Dr R. décédé :

Note.—La somme de 150 francs que verse l'Association générale pour augmenter la pension de retraite du Dr D. devrait être inscrite au chapitre : Dons. Elle a été englobée dans le total des cotisations ; elle est balancée au tableau des retraites, le Dr D. touchant sa retraite en deux pactes, l'un de 322 francs (retraite statutaire), le second de 150 francs (supplément versé par l'Association générale).

Paris, 25 avril 1908.

Messieurs les Censeurs de la Caisse des Pensions de retraite du Corps Médical français

Messieurs les Censeurs,

J'ai l'honneur de vous faire savoir que, conformément à la demande qui m'avait été faite par le Comité des Censeurs de la Caisse des pensions de retraite du corps médical français, j'ai procédé, le 24 avril 1908, à l'examen des comptes de la Caisse pour l'exercice 1907.

Cette vérification a porté sur les points suivants :

Cotisations : J'ai procédé au relevé des souches du livre de quittances de 1907, et j'ai vérifié la conformité de ce relevé avec le livre de Caisse et avec le montant des quittances indiqué au rapport du Trésorier, soit 57.605,20.

Intérêts des valeurs : le montant des intérêts sur les valeurs, relevé d'après le livre de caisse, et vérifié d'autre part d'après la composition détaillée de l'actif de la Société, s'élève bien, ainsi qu'il est porté au rapport à 27.542,40.

Remboursement de valeurs. Les valeurs remboursées comprennent.

6 Foncières 1883.
1 Oblig. Midi
1 Oblig. Banque hypothécaire 1880
345 fr. rente 3 o/o amortissable.
pour un total de 15889,75.

Retraites payées. Les retraites payées vérifiées par les bordereaux des Banques chargées du paiement, se montent à 31,924,75.

Achat de valeurs. Les achats de valeurs, vérifiés d'après les bordereaux, comprennent,

23 Oblig. Banque hypothécaire
57 Oblig. Foncières 1883.
40 Oblig. Orléans anciennes
50 Oblig. Midi
Pour une somme totale de 75.734,30.

Composition du portefeuille. Enfin la composition du portefeuille est conforme à celle qui résulte du portefeuille au 31 décembre 1906 et des mouvements par remboursement et achats pendant l'année 1907.

Encaisse. La composition de l'encaisse au 15 avril, justifiée par les comptes des banques où les fonds sont déposés, concorde avec le solde indiqué dans les comptes du Trésorier.

Je n'ai donc qu'à approuver entièrement les comptes présentés.

Je vous prie d'agréer, Messieurs les Censeurs, l'assurance de mes sentiments les plus distingués

Em. FLEURY.
Actuaire

Rapport des censeurs par M. le Dr Noir.

Séance du Comité des censeurs de la caisse des retraites.

du 25 avril 1908, à 4 heures et demie.

Sont excusés : MM. de Ranse et Baronnet.

Présents : MM. Millet, Baradat, Lugeol, Noir, Bardy, Hiblot et Moreau.

M. le Dr de Ranse président, s'étant excusé, M. le Dr Lugeol, doyen d'âge, remplit les fonctions de président et le Dr Moreau celles de secrétaire.

La parole est donnée à M. le Dr Verdalle, trésorier qui fait connaître la situation de la caisse au 31 déc. 1907, situation qui a d'ailleurs été publiée antérieurement dans le *Concours médical.* Le trésorier entre dans tous les détails de cette situation et, en passant, signale le généreux abandon de leur retraite par MM. Blache et Lereboullet, à la caisse ; ce dont le comité les remercie chaleureusement.

Le trésorier donne ensuite un aperçu de l'état de la caisse depuis le 1er janvier 1908.

Il fait la lecture d'une lettre de M. Fleury sur la vérification des comptes ci-dessus, lettre qui annonce que ces comptes sont rigoureusement exacts et qu'il déposera demain à la séance de l'Assemblée générale un rapport à ce sujet. Le portefeuille a été scrupuleusement examiné et reconnu rigoureusement conforme.

Les comptes sont approuvés à l'unanimité.

Monsieur le président propose, ce qui est accepté à l'unanimité, d'adresser de chaleureux remerciements à M. Verdalle notre dévoué et inlassable trésorier.

Suivent les signatures des censeurs présents.

Lecture est donnée du rapport de M. Fleury ci-dessus.

M. le président met aux voix les comptes du trésorier qui sont approuvés à l'unanimité. Il propose à l'Assemblée de voter de sincères remerciements à M. Fleury, actuaire, à M. le trésorier et à M. le secrétaire général.

M. le président fait observer que si chacun des membres est à même, en temps que particulier, de s'apercevoir d'une façon douloureuse de la baisse des valeurs, il serait nécessaire que le trésorier voulût bien éclairer davantage les associés de la Caisse sur tout ce qui atténue l'importance des différentes fluctuations de ces valeurs.

M. le Trésorier dit qu'il sera très facile d'établir que si nous sommes actuellement dans la période des vaches maigres, nous avons eu antérieurement la période des vaches grasses.

M. Maurat propose de faire, comme l'a établi M. Gassot, trésorier de l'Amicale, pour cette

association : c'est-à-dire composer des tableaux indiquant succinctement pour chaque valeur en portefeuille, le prix d'achat, les principales fluctuations, le prix actuel. D'ailleurs tout ceci n'a qu'un intérêt relatif, puisque les intérêts sont les mêmes et que la caisse n'a pas besoin de toucher à ces valeurs.

L'Assemblée décide qu'il vaut mieux, dans le but d'avoir un plus grand nombre d'assistants à la réunion, que l'Assemblée générale ait lieu dorénavant au mois de novembre, le même jour que l'Assemblée de l'Amicale et dans le même local.

Dès lors les retraites pourront dorénavant être payées en janvier de l'année suivante : les nouvelles retraites seront établies chaque année à l'Assemblée de novembre. Le secrétaire général indique le nombre 47 comme celui des nouveaux adhérents dans l'année.

Nouvelles retraites :

B..............	800 fr.
C.....	479 fr. (réservée).
C.	141 fr. (réservée).
M.........	400 fr.
P. D......... .	199 fr.
V..............	800 fr.

Le Dr M. qui avait droit cette année à une retraite de 397 fr. désire en retarder l'échéance pour l'augmenter.

Rien n'étant plus à l'ordre du jour la séance est levée.

Le Secrétaire général, Dr Delefosse.

Le Président, Lande.

Depuis le jour de l'assemblée générale la caisse a réglé les dépenses suivantes :

Retraites à divers	24.853 »
Achat de deux oblig. Banq. hyp. 1880.	1.142 »
Achat de cinquante obligations chemin de fer de l'Est (nouvelles)	21.650 »
Frais généraux	1.659 »
Total.....................	49.304 »

Syndicat médical de Mortagne.

(*Extrait du procès-verbal de la séance d'octobre* 1907.)

Le Syndicat médical d'Alençon. — Un nouveau groupement de défense professionnelle dont la nécessité se faisait vivement sentir s'est créé depuis notre dernière réunion.

C'est le Syndicat médical d'Alençon qui compte trente membres sur trente-et-un praticiens exerçant dans l'arrondissement d'Alençon. Notre président, le Dr Levassort, fut invité par le bureau pour y représenter notre arrondissement. Un compte rendu très fidèle a été publié dans le *Concours médical* et le bulletin de l'*Union* où chacun aura pu le lire. Notre sympathique président, le Dr Levassort, invité à la première séance et au banquet qui l'a suivi, a pris la parole en ces termes :

Mes chers confrères,

En invitant à votre premier banquet le Président du Syndicat médical de Mortagne, vous avez voulu rendre hommage à cette modeste association et je vous remercie en son nom de votre délicate attention.

Ce n'est pas, croyez-le bien, sans un certain degré de fierté que je suis venu ici. Vous me permettez, en effet, de penser que l'exemple donné par notre Syndicat dans des débats récents a été pour beaucoup dans la résolution que vous avez prise de vous associer également, et de saluer en votre Syndicat un fils de celui de l'arrondissement de Mortagne. Vous n'avez pas échappé à cette contagion de l'exemple et je vous en félicite.

Vous ne tarderez pas, soyez-en sûrs, à récolter les fruits de votre bonne entente et de vos cordiales réunions.

Né le 14 mai 1883, notre Syndicat, malgré le petit nombre de ses membres, une vingtaine environ, n'a cessé de lutter depuis bientôt vingt-cinq ans, ayant toujours bien soin de laisser de côté toute politique, cette haineuse, et, chaque fois, il est sorti victorieux de la lutte.

C'est grâce à lui que le service de la protection du premier âge nous a donné 1 fr. 30 par visite au lieu de 1 franc proposé par M. le préfet, qui s'était fait fort de faire accepter ce chiffre par les médecins en s'adressant à chacun d'eux en particulier.

C'est grâce à lui que son président fut consulté par la Commission d'assistance du Conseil général lors de la mise en pratique de la loi sur l'assistance médicale des indigents et put discuter utilement vos intérêts.

C'est grâce à lui et par le mouvement qu'il détermina au moment de l'application de la loi sur la vaccine que tous *les confrères, sans exception, furent* nantis d'une circonscription vaccinale et que le Conseil général, mieux éclairé, voulut bien revenir sur un vote préjudiciable à nos intérêts.

Je dois dire , d'ailleurs, que nous n'avons jamais rencontré dans l'administration que la courtoisie la plus grande parce que courtois nous-mêmes.

En dehors de ces luttes purement locales, le Syndicat de Mortagne a toujours été à son rang dans les débats concernant les questions d'un intérêt plus général et, modeste soldat de 2e classe, n'a cessé d'apporter son appoint dans les batailles engagées par l'Union des Syndicats médicaux de France.

Vous voyez ce qu'a pu faire une toute petite phalange, grâce à l'union de ses membres. Que sommes-nous donc en droit d'attendre de votre imposante association ? L'entente entre les deux syndicats permettra d'étudier et, espérons-le, de faire prévaloir plus facilement nos idées.

Laissez-moi donc souhaiter longue vie, prospérité croissante au Syndicat d'Alençon et lever mon verre en l'honneur de tous ses membres.

30 *juin* 1907.

Les accidents du travail. — Le Président donne ensuite lecture d'une lettre qu'il a reçue du Dr Pinoche, de Moulins-la-Marche, au sujet des Compagnies d'assurances-accidents. Notre confrère exprime le vœu que le Syndicat ne reste pas inactif dans les luttes individuelles que ses membres peuvent être appelés à soutenir. Le Syndicat doit être une force, qui s'impose à cette autre force que constituent les Compagnies.

A ce sujet, le Dr Pinoche indique un « procédé de choix » et cite le cas personnel suivant :

La « Compagnie Générale » tenta de faire réduire une note d'honoraires, en menaçant notre confrère, en cas de refus, de « se passer de ses services ». Après entente avec le Dr Garnier, la réponse fut une lettre collective rejetant tout rabais.

La Compagnie émit alors la prétention d'appliquer le tarif Dubief à un accident *agricole*, de déplacer jusqu'au cabinet du médecin un phlegmon grave *non transportable*, d'appliquer le tarif en chemin de fer dans un pays *où il n'en existe pas*, de compter 6 kilomètres au *lieu de* 8, et enfin de tarifer à 15 sous un grand pansement *avec lavages*.

C'en était trop à la fois. Devant une telle ignorance — peut être involontaire — de la loi, des faits, du pays, de la distance, de la nature des soins nécessaires, les confrères intéressés com-

prirent que toute discussion devenait impossible sinon ridicule.

Et leur réponse fut celle que la Compagnie n'attendait pas... *la grève*, la grève des certificats seulement, bien entendu.

Pendant près de deux mois, la Compagnie ne donna pas signe de vie. Il fallut trois accidents pour la réveiller.

Le Dr Pinoche fait remarquer la simplicité et l'efficacité de ce moyen de défense, qui deviendrait une arme redoutable entre les mains d'un Syndicat bien uni. Il reconnaît que cela n'a été possible que grâce à la solidarité du Dr Garnier, à la bonne confraternité de qui il rend ici hommage.

Le Dr Mortagne expose ensuite sa manière de voir sur l'incident :

Le récit que notre confrère Pinoche vient de nous faire des difficultés qu'il a eues avec une compagnie, difficultés qui auraient pu être plus grandes encore s'il n'avait pas eu la chance d'être soutenu par un excellent confrère, prouve une fois de plus que, pour se défendre contre les compagnies d'assurances, non seulement il ne faut pas être isolé, mais que l'entente la meilleure entre confrères est elle-même une arme insuffisante, si elle reste purement locale.

Ce qu'il faut, c'est opposer collectivité à collectivité, syndicat à compagnie. C'est indispensable et, sous peu de temps, ce sera d'une urgence absolue.

En effet, nous touchons au moment où va être révisé le tarif légal.... Quel sera le nouveau tarif ? Nous donnera-t-il satisfaction au moins en ce qui concerne l'indemnité kilométrique ? C'est là une question vitale dont nos confrères des grands centres ne soupçonnent que vaguement l'importance. Elle se pose pour nous avec une acuité d'autant plus grande que nous sommes tous médecins de campagne et que nous exerçons dans un département où la population est plus particulièrement clairsemée. — Il faut donc que nous nous défendions énergiquement nous-mêmes.

Sachons d'abord une chose : c'est que le tarif légal est maintenant entré dans les mœurs et qu'une fois révisé, il sera appliqué plus strictement qu'il ne l'a été au milieu des tâtonnements du début.

Si l'on maintient la manière de calculer l'indemnité prévue dans le tarif actuel, c'est-à-dire de l'extrémité de la commune où réside le médecin à la mairie de la commune où réside le blessé, il est impossible que nous acceptions..... Ce serait nous engager à faire dans la plupart des cas des visites pour lesquelles nous toucherions moins que nous ne dépenserions en frais de transport. Beaucoup de nos communes sont fort étendues. Dans la mienne (et je sais dans le département des cas plus défavorables encore) il y a des hameaux distants de 4 et même 5 kilomètres du bourg, ce qui, pour l'aller et le retour, donne 8 ou 10 kilomètres. — Pour couvrir ces 8 ou 10 kilomètres nous dépensons donc 3 francs au moins, et, n'étant pas sortis de la commune, nous n'aurions droit qu'à la visite, soit 1 fr. 50.

Pour les communes voisines, j'ai étudié mon canton village par village. La conclusion est que l'indemnité prévue ne correspondrait que dans des cas très exceptionnels à notre déplacement réel. — Dans un quart ou un tiers tout au plus des cas nous serions indemnisés à peu près pour la moitié de ce déplacement. Très rapidement pour les deux autres tiers la disproportion augmente ; nous ne serons indemnisés que pour 1/3, 1/4, 1/5, voire même 1/10 du déplacement réel.

Exemple : la mairie de Saint-Hilaire est distante de quelques centaines de mètres à peine de la limite de Sainte-Gauburge. Mais de cette limite au bourg de Sainte-Gauburge, où habite notre confrère Clupot, il y a 5 kilomètres. En comptant le kilomètre commencé comme dû, il aura donc droit tout au plus à une indemnité pour 2 kilomètres aller et retour, alors que dans le cas le plus favorable il en aura parcouru dix ou onze. Et s'il est appelé à l'autre extrémité de la commune de Saint-Hilaire, à 4 ou 5 kilomètres de là, cela lui fera un trajet de 18 à 20 kilomètres et il sera toujours rétribué pour 2 kilomètres.

Ajoutons que comme il y a une gare à Saint-Hilaire, l'indemnité sera calculée à 0 fr. 20 au lieu de 0 fr. 40, les compagnies ayant la prétention, dans ces cas-là, d'imposer le tarif prévu pour les localités desservies par une ligne de chemin de fer !

Il est facile à chacun de nous d'étudier ainsi sa région.

Eh bien ! que ferons-nous si cette éventualité se réalise, je veux dire, si le tarif actuel est maintenu ?

Essaierons-nous de nous tirer d'affaire chacun comme nous pourrons, dans notre quartier ? Avec ce système, le résultat est fatal. Nous aboutirons tout simplement, tôt ou tard, à nous faire exploiter séparément, en détail.....

Le syndicat ne pourrait-il, au lieu de cela, s'aboucher directement avec les compagnies d'assurances sérieuses (il y en a), exerçant dans la région et discuter avec elles un tarif à l'amiable. Il est permis de supposer que quelques-unes au moins s'y prêteraient, car elles y trouveraient un avantage, en s'assurant ainsi l'appui moral et la publicité du Syndicat. Il nous resterait en effet à faire connaître à nos clients quelles seraient les compagnies ayant des traités avec nous, en les avertissant que nous ignorons les autres, c'est-à-dire en leur déclarant qu'en cas d'accident nous nous bornerons à remplir notre devoir d'humanité auprès du blessé, mais que nous refuserons tout certificat en dehors de ceux qui nous seraient demandés par le juge de paix comme exigibles d'après la loi. — Il est probable qu'avec un peu de ténacité nous amènerions assez rapidement à composition les compagnies récalcitrantes, qui auraient à tout instant à lutter contre des sinistrés désireux de prolonger le plus longtemps possible une prétendue incapacité de travail.

Telle est, rapidement esquissée, l'idée que je tenais à soumettre au Syndicat. Sans doute, elle est très imparfaite, elle a besoin d'être étudiée et mûrie. Je vous demande seulement de vouloir bien la prendre en considération pour que nous puissions l'examiner à fond dans une réunion ultérieure si les circonstances l'exigent, c'est-à-dire si la révision du tarif légal ne nous donnait pas satisfaction et nous obligeait à prendre des mesures de défense. Ce qui me paraît certain, c'est que contre des collectivités aussi puissantes que les compagnies d'assurances, toute défense individuelle, tout effort isolé, sont voués d'avance à un échec certain.

Au Syndicat de prendre en mains les intérêts de tous. Lui seul, grâce à notre union et à notre étroite solidarité, aura la force de les faire respecter.

Le Président remercie au nom de tous le Dr Mortagne des observations si pratiques et si judicieuses qu'il vient d'exposer, il engage tous les confrères syndiqués à étudier à leur tour cette question et à apporter le résultat de leurs réflexions à la prochaine réunion, afin qu'une ligne de conduite uniforme soit adoptée vis-à-vis des compagnies d'assurances.

Puis la séance est levée à midi et demi, on se rend à la salle du banquet.

Le Président, Dr Levassort. — *Le secrétaire,* Dr Chamousset.

La Mutuelle médicale française de retraites.

Nous rappelons à nos lecteurs la *Mutuelle Médicale Française de Retraites*, œuvre purement philanthropique fondée par le Syndicat Médical de l'Arrondissement de Saumur, approuvée par arrêté ministériel du 10 mai 1900,

patronnée par l'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE MAINE-ET-LOIRE.

Elle s'étend à tous les Médecins de France et à leurs femmes, et est destinée à donner à ses adhérents une retraite de droit et non de faveur, soit entière (après 50 ans d'âge et 20 ans de participation), soit proportionnelle (après 5 ans de participation) — dans tous les cas, la pratique médicale étant abandonnée, — pour une cotisation annuelle de 60 francs.

Au 1er mars dernier, le nombre des Sociétaires (hommes et femmes), s'élevait à 325, l'avoir social à 88.855 fr. 85.

La veuve d'un Sociétaire (y ayant droit) est retraitée à 375 pour l'année 1908, et un sociétaire infirme à 450 fr.

S'adresser au secrétaire : Dr TERRIEN, à Varennes-sur-Loire.

CORRESPONDANCE

Pour la sérothérapie à la campagne.

Mon cher Confrère,

Je serais reconnaissant au *Concours* de me donner un renseignement d'ordre pratique et scientifique à la fois, que je n'ai pu trouver dans les sociétés ni dans les journaux médicaux, et qui me semble de nature à intéresser ceux d'entre nous qui exercent loin des grands centres. Il s'agit de la valeur thérapeutique et de la limite de conservation des sérums antiseptiques desséchés. Les médecins de grande ville n'ont guère à se préoccuper de cette question, étant à même de se procurer rapidement et constamment des flacons récents de sérums liquides. Il n'en va pas de même pour nous. Nous restons souvent fort longtemps sans avoir à recourir à l'emploi du sérum antidiphtérique, le plus répandu de tous. Et quand, à l'improviste, nous sommes mis dans l'obligation de l'employer, notre petite provision personnelle se trouve souvent trop ancienne et ne nous offre plus les garanties voulues d'efficacité. Je ne parle pas de l'embarras où nous pouvons nous trouver la nuit à la campagne, en présence d'un cas urgent. Mais, même lorsque les circonstances de temps et de lieu nous sont favorables, il nous arrive de ne point trouver de sérum frais chez les pharmaciens de la région. La marge de bénéfice que laisse à ces derniers la vente du sérum est des plus réduites, et se trouve absorbée par les frais qu'entraîne pour eux l'échange des flacons, à la condition toutefois qu'ils ne laissent pas écouler la limite au bout de laquelle l'Institut Pasteur refuse le renouvellement de leur provision; aussi se trouvent-ils souvent dépourvus, eux aussi, de sérum de Roux vraiment efficace. Bien entendu la situation est plus marquée encore pour les sérums à inoculations exceptionnelles (antistreptococcique, antitétanique, antivenimeux). Je suis convaincu que les dévoués collaborateurs scientifiques du *Concours* rendraient service à beaucoup d'entre nous, s'ils nous donnaient sur l'emploi et la valeur des sérums desséchés des renseignements plus complets que les vagues indications glanées de-ci de-là dans les publications médicales, et pouvaient nous mettre en mesure de posséder un petit arsenal efficace, de transport facile même en bicyclette, et qui nous éviterait le grave mécompte de rester les bras croisés devant un cas grave, pour avoir négligé de rajeunir assez fréquemment notre pharmacie.

Merci, d'avance mon cher confrère.

Veuillez agréer l'assurance de mes meilleurs sentiments.

Dr F. SUBERT.

Abonné au *Concours médical.*

N. D. L. R. — Le journal, suivant sa vieille habitude, demande à ceux de ses lecteurs qui pourront le faire avec compétence la réponse sollicitée par M. le Dr F. Subert (de Clamecy).

L'agrément des fonctions de médecine publique.

Le Dr VATIN, du Val-d'Ajol (Vosges),

au *Concours médical* et au « Sou médical »

Monsieur le Rédacteur en chef du *Concours*, et honoré Confrère,

J'ai l'honneur de solliciter l'appui du *Concours médical* et du « Sou médical » dont je suis membre dans les circonstances que je vais vous exposer et qui, tout en m'intéressant personnellement, intéressent le corps médical tout entier, car tout praticien est exposé à être frappé dans les mêmes conditions que moi-même.

Le 14 février dernier, je reçois de M. le Sous-Préfet de Remiremont la lettre suivante :

« Le Sous-Préfet de Remiremont fait connaître à M. le Dr Vatin que, par arrêté préfectoral du 26 janvier dernier, à dater de ce jour, la surveillance des enfants du premier âge, placés en nourrice dans la commune du Val-d'Ajol, s'exercera comme suit :

« Par M. le Dr Jacquot, de Plombières, dans les sections de la Croisette, la Montagne, le Hariol.

« Par M. le Dr Nurdin, du Val d'Ajol, dans les sections de Laître, la Côte, la Chapelle, la Chaume, le Bas d'Hérival, Courupt, Hamaurard et Outremont ».

Par cette lettre, j'apprenais que la circonscription de protection dont j'étais inspecteur était partagée entre mes deux confrères, déjà tous deux pourvus auparavant d'une circonscription de protection, et que par conséquent je devais me considérer comme révoqué.

Vous pouvez voir que, dans cette lettre, aucun motif ne m'était donné. Le jour même, j'écris à M. l'Inspecteur du service à Epinal pour demander des explications. Il veut bien m'aviser que c'est au Préfet qu'il appartient de me donner les raisons pour lesquelles il m'a retiré le service de protection du premier âge. Je m'adresse aussitôt au Préfet qui ne m'a pas encore répondu.

Enfin à la suite de démarches d'un ami je finis par être reçu le 11 mars dernier par M. le Sous-Préfet de Remiremont qui m'apprit alors les raisons qui le déterminèrent à demander ma révocation.

Avant de vous exposer ces raisons et pour vous en faciliter l'intelligence, je crois utile de vous donner quelques explications.

Le 21 décembre 1907, M. le Sous-Préfet de Remiremont m'adressait la lettre suivante :

« J'ai l'honneur de vous prier de vouloir bien me faire parvenir un rapport sur les conditions dans lesquelles est installée la tuerie de M. Caluot (Albert), boucher au Val d'Ajol qui sollicite l'autorisation prescrite par la loi.

« Je vous serais obligé de vouloir bien me faire connaître les moyens d'approvisionnement et d'écoulement des eaux de lavage, sang, débris d'abatage, etc. les moyens d'aération de cette tuerie et si les locaux dont il s'agit remplissent bien au point de vue de l'hygiène toutes les garanties désirables. »

Je répondais en priant M. le Sous-Préfet de vouloir bien me dire quels étaient les honoraires attribués au travail qu'il me demandait.

Veuillez remarquer que le fait d'avoir demandé quels étaient les honoraires attribués à ce travail ne constituait pas de ma part une preuve de mauvais vouloir puisque la première lettre de M. le Sous-Préfet ne me disait pas en quelle qualité ces renseignements m'étaient demandés.

Le 28 décembre 1907, je reçois la lettre suivante :

« Le Sous-Préfet à l'honneur de faire connaître à M. le Dr Vatin qu'il n'existe aucun crédit permettant de le rétribuer en ce qui concerne la visite de la tuerie Caluot.

« Ces renseignements ont toujours été demandés aux médecins locaux vaccinateurs ou du service de la protection du premier âge en vue d'éclairer l'administration et les assemblées d'hygiène et ont toujours été donnés gratuitement.

« Si donc, il ne consentait pas à les fournir, le Sous-Préfet lui serait obligé de l'en informer sans retard ».

J'attire votre attention sur cette lettre. Il y est dit que les renseignements sont fournis gratuitement par les médecins vaccinateurs et du service de protection du premier âge.

Or, la tuerie en question n'est pas située dans ma circonscription de protection du premier âge et de vaccination, mais dans celle de mon confrère le Dr Nurdin. Je ne voulais pas exciter les susceptibilités de mon collègue et m'immiscer dans sa circonscription.

Les renseignements, comme vous pouvez le voir, m'étaient demandés sans retard. Ce même jour, très affecté et préoccupé par la maladie de ma femme et de deux de mes enfants, je n'avais pas le temps de répondre. Le facteur m'avait remis cette lettre devant l'Hôtel-de-Ville et, comme ordinairement je faisais transmettre par l'administration municipale toute ma correspondance avec la Sous-Préfecture, je priai le secrétaire de mairie de répondre pour moi que je regrettais de ne pouvoir donner satisfaction à M. le Sous-Préfet car cette tuerie ne se trouvait pas dans ma circonscription, mais dans celle de mon confrère.

Lors de mon entrevue avec M. le Sous-Préfet, ce dernier me reprocha d'avoir mis du mauvais vouloir à lui fournir les renseignements qu'il me demandait et surtout de lui avoir fait répondre par la mairie.

Je lui fis observer, en lui donnant les raisons que je vous expose plus haut, que le motif allégué était bien futile, que s'il avait bien voulu me demander des explications, je ne pouvais douter qu'il les eût acceptées,

C'est alors qu'il me dit (à ma grande surprise, car je suis loin de professer les idées qui m'étaient attribuées) que des renseignements lui avaient été donnés sur mes opinions politiques, que j'étais signalé dans tout le département pour mes idées réactionnaires.

Inutile de vous dire je ne fais pas de politique et que je n'en ai jamais fait.

Je dus donc comprendre que j'étais visé depuis longtemps et qu'on avait été heureux de saisir la légère incorrection que je m'étais permise pour me révoquer.

Après m'avoir entendu, M. le Sous-Préfet me conseille de m'adresser aux deux confrères entre lesquels avait été partagée ma circonscription et de les prier de lui écrire une lettre dans laquelle ils demanderaient, dans un but de bonne confraternité, que je sois réintégré dans mes fonctions. Mes deux confrères m'ont promis de faire cette démarche.

Depuis lors, je suis sans aucune nouvelle de cette affaire, c'est pourquoi me rappelant avec quel dévouement le *Concours Médical* et le « Sou médical » s'occupent des intérêts de leurs adhérents, j'ai pensé à m'adresser à vous.

J'ajouterai que je remplissais depuis plus de douze ans les fonctions dont je suis brusquement dépossédé, avec un zèle et un dévouement qui m'ont valu en 1898 une mention honorable, et quelques années plus tard une médaille de bronze du ministère de l'intérieur.

Je considère en outre cette décision comme de nature à porter atteinte à ma considération et à mes intérêts, car les habitants de la localité ne manqueront pas d'attribuer l'incapacité et l'ignorance comme causes à ma révocation.

J'adresse une même lettre à M. le Dr Parisot, sénateur des Vosges, vice-président de l'association de prévoyance des médecins des Vosges, ainsi qu'à M. le Président de l'Association générale des médecins de France.

Veuillez agréer, Monsieur et très honoré Confrère, l'assurance de mes sentiments respectueux.

Le Val d'Ajol, le 25 avril 1908.

Dr VATIN.

Dr Vatin du Val d'Ajol (Vosges), de l'Association de Prévoyance et du Syndicat des Vosges, de l'Amicale et du « Sou Médical ».

N. D. L. R. — Il nous a paru que la meilleure réponse à faire à cette lettre était de la publier.

Pourquoi ?

Parce que nous ne doutons pas que MM. les Drs Jacquot et Nurdin vont faire bien vite le geste demandé par M. le Sous-Préfet mieux informé ;

Parce que, d'autre part, il convient de montrer jusqu'où vont, dans les services de médecine publique, les abus de la gratuité obligatoire et de l'ingérence de la politique.

Le Syndicat des Vosges saurait d'ailleurs remplir son devoir si satisfaction légitime se faisait trop attendre.

REPORTAGE MÉDICAL

Ligue nationale contre l'alcoolisme. — 2e Congrès national contre l'alcoolisme (Lyon 28-31 mai 1908).

Président : Dr A. Pierret, professeur à la Faculté de médecine.

Secrétaire général : Dr Jean Lépine, agrégé à la Faculté de médecine.

Questions à l'ordre du jour: Utilisation industrielle de l'alcool. — Rôle des commerçants et industriels dans la lutte anti-alcoolique — Propagande anti-alcoolique dans l'armée — Propagande dans l'enseignement.

La cotisation est de 10 francs ; elle est réduite à 5 francs pour les instituteurs, les militaires et les membres des Sociétés anti-alcooliques.

Les adhésions et cotisations doivent être adressées dans le plus bref délai à M. le Dr Etienne Martin, Trésorier, 7, rue du Plat, à Lyon : les demandes de billets à prix réduits au Dr Bourrillon, à St-Maurice (Seine).

Pour tous renseignements s'adresser au siège de la Ligue Nationale contre l'alcoolisme, 50, rue des Ecoles, à Paris, au Dr Bourrillon, susnommé, ou au Secrétaire général du Comité local, 30, place Bellecour, à Lyon.

L'ouverture de Châtel-Guyon. — La Société des Eaux Minérales de Châtel-Guyon nous prie de rappeler à tous les intéressés que l'ouverture de la Saison thermale en cette Station est maintenant fixée au 1er mai, — et que le mois de mai est à demi-tarif pour tous les Abonnements et toutes les opérations hydrothérapiques pour tous les Baigneurs.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le Dr BOUDET, de Cahuzac-sur-Vère (Tarn), membre du « Concours médical ».

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trentième année | N° 20 | Dimanche 17 MAI 1908

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Les droits des médecins d'asiles d'aliénés en matière de clientèle civile.

Paris, le 7 mai 1908.

Cher Monsieur,

Vous m'avez écrit il y a quelque temps que de divers côtés on vous signalait « des asiles d'aliénés situés dans de petites localités où exerce très modestement un médecin » et dont les médecins aliénistes auraient le droit de soigner des malades hors de l'asile ; et vous m'indiquiez la crainte qu'éprouvaient certains de vos confrères de cette concurrence nouvelle.

Ces craintes, cher Monsieur, ne sont pas justifiées ; je ne puis mieux faire que de vous adresser copie d'une note communiquée par le cabinet du ministre à la presse à la suite d'une séance de la Commission du Sénat ; cette note date du 12 juillet 1907 ; les sentiments et du Sénat et du gouvernement ne se sont en aucune façon modifiés. Je ne connais aucun fait nouveau qui puisse justifier les appréhensions dont vous avez bien voulu vous faire l'écho auprès de moi.

Agréez, cher Monsieur, l'assurance de mes meilleurs sentiments.

MIRMAN.

Note envoyée aux journaux médicaux le 12 juillet 1907.

La révision de la loi de 1838 au Sénat.

La Commission du Sénat, chargée d'examiner la proposition de loi votée par la Chambre, et relative aux modifications à apporter à la loi de 1838 sur le régime des aliénés, poursuit activement ses travaux sous la présidence de M. Rolland.

Dans le texte voté par la Chambre des députés, une disposition avait été introduite qui avait fait naître les plus vives appréhensions dans l'esprit des médecins actuels des asiles et surtout des docteurs se préparant au concours d'adjuvat ; elle édictait que ces médecins pourraient demeurer normalement et se consacrer librement à l'exercice de la médecine en dehors des asiles, par assimilation aux médecins des hôpitaux.

Après avoir recueilli de nombreux et concordants témoignages, et conformément à l'avis du Ministre de l'Intérieur, considérant qu'il y avait intérêt à ce que les futurs candidats au concours d'adjuvat connussent sur ce point son avis, qui sera sans aucun doute l'avis du Sénat lui-même, la Commission a décidé de se prononcer dès maintenant sur la disposition sus-visée. A l'*unanimité, elle a résolu d'effacer de la proposition de loi la disposition relative au libre exercice de la médecine, et de faire de la résidence du médecin dans l'asile le régime normal auquel il ne pourrait être dérogé qu'exceptionnellement et sous des garanties spéciales.*

N. B. — Le Conseil de direction du *Concours médical* remercie M. le Directeur de l'hygiène et de l'assistance de cette intéressante communication et lui sera reconnaissant de soutenir devant le Sénat la résolution ci-dessus rappelée et dont nous ne croyons pas avoir reçu le texte à la date indiquée.

LA SEMAINE MÉDICALE

Le goitre exophtalmique.

On a déjà beaucoup discuté sur la pathogénie et la nature du goitre exophtalmique sans parvenir à tomber d'accord : toutefois, au dernier Congrès de médecine de 1907, il semble que le chaos se soit un peu éclairci.

On ne parle plus que pour mémoire des théories cardiaques, humorales, etc.

Deux seulement restent encore en présence : la théorie thyroïdienne et la théorie nerveuse, vaso-motrice, du grand sympathique.

M. Ch. Abadie soutient la théorie nerveuse. En commençant par l'étude des symptômes, on en trouve un qui est primordial, fondamental et qui à lui seul ruine complètement la théorie thyroïdienne. *C'est l'exagération manifeste du volume et des battements des carotides, qui reste strictement limitée à ces deux gros troncs vasculaires du cou.*

Trousseau en avait déjà fait la remarque.

« Alors, dit-il, qu'il y a une exagération manifeste dans les battements carotidiens, les autres grosses artères, telles que les fémorales, continuent à battre comme dans les conditions normales. »

N'est-il pas évident qu'il en serait autrement si la théorie thyroïdienne était vraie ?

Avec cette théorie, en effet, l'exagération des battements artériels étant provoquée par l'introduction de la thyroïdine en excès dans le torrent circulatoire, toutes les grosses artères de l'organisme devraient en éprouver les mêmes effets, ce qui n'a pas lieu.

L'amplitude des battements carotidiens limitée à cette région relève donc d'une cause locale, régionale, qui n'est autre que l'excitation des vaso-dilatateurs de ces vaisseaux.

La thérapeutique chirugicale et la thérapeutique médicale sont également favorables à la théorie vaso-dilatatrice par excitation du grand sympathique. La thyroïdectomie a échoué presque constamment, les injections opothérapiques de sérum d'animaux privés de glande thyroïde, toutes les médications thyroïdiennes, en un mot, n'ont donné aucun résultat durable.

« Au contraire, l'emploi systématique du sulfate de quinine à dose élevée, vaso-constricteur par excellence, a donné entre les mains de Lancereaux Paulesco, Huchard, des guérisons complètes et durables.

« Tous les symptômes, aussi bien ceux qui relèvent de l'intoxication thyroïdienne que ceux qui appartiennent en propre à l'excitation du sympathique, c'est-à-dire le goitre, l'exophtalmie et la tachycardie, disparaissent tour à tour. »

Inhalations d'oxygène.

D'après M. le Dr Bureau, de Nantes, une des premières affections où les inhalations d'oxygène sont bien indiquées, c'est la broncho-pneumonie, en particulier la broncho-pneumonie grippale, qui exige de grandes quantités d'oxygène chaque fois que les lèvres et les ongles prennent une teinte violacée.

« L'utilité en est douteuse chez les tuberculeux, en dehors des cas d'asphyxie des cavitaires. Hayem conseille l'oxygène dans la chlorose ; Pinard contre les vomissements incoercibles de la grossesse ; Tarnier, Bonnaire et Mlle Landais chez les enfants nés avant terme ou débiles et élevés en couveuses; Albert Robin contre la cyanose des typhiques ; l'indication en est formelle dans les cas d'asphyxie aiguë : submersion, étouffements, pendaison.

« On peut employer les classiques ballons munis d'un tube à robinet, le gaz barbotant dans un flacon laveur. Aujourd'hui, l'industrie fournit des cylindres d'acier contenant sous pression 600, 800 1000 et jusqu'à 1200 litres d'oxygène rigoureusement pur d'oxyde de carbone : on doit leur donner la préférence dans les cas où il est nécessaire d'en avoir de grandes quantités à sa disposition.

« Il est inutile de placer la canule dans la bouche ou les narines du malade ; maintenue à quelques centimètres, elle fournit une proportion suffisante d'oxygène.

« Seul l'état asphyxique doit guider la quantité à donner ; aussi cette thérapeutique nécessite-t-elle la présence continuelle d'un aide ou d'une garde-malade assez expérimentés pour se conformer très exactement aux indications données : l'oxygène doit être administré très largement, tant que persiste la cyanose et chaque fois qu'elle reparaît. »

La radiothérapie contre les durillons plantaires.

L'électricité médicale publie une intéressante observation de MM. Peugniez et Degouy sur l'action des rayons X dans les cas de durillons et de cors aux pieds.

« Au mois de mai 1907, dit M. Peugniez, j'ai commencé à ressentir une gêne légère de la marche déterminée par une sensibilité étroitement localisée à la région de la face plantaire de la tête du deuxième métacarpien gauche. Au bout de quelque temps, un durillon apparut à ce niveau et vers le mois de juillet, la marche sur les pavés était devenue impossible et le durillon avait acquis les dimensions d'une pièce de un franc, bien que j'aie pris la précaution pendant ce temps de faire toutes mes courses en voiture.

« Dans le courant du mois de juillet, la sensibilité était devenue telle que je ne pouvais plus me livrer à aucun des sports que je pratique habituellement.

« J'avais dû abandonner les séances de boxe et d'escrime ; la pression sur l'étrier et la pédale était telle que je ne pouvais plus monter à cheval, ni à bicyclette. J'allai terminer mes vacances à la campagne où je fus réduit à la plus complète immobilité.

« Lorsque je repris mon service à l'Hôtel-Dieu, au mois d'octobre, je ne pouvais qu'avec les plus grandes difficultés traverser à pied la cour pavée de l'Hôtel-Dieu ; c'est alors que je demandai au Docteur Degouy de me faire une application de Rayons X.

« La première séance dura six minutes et la dose fut de 2 H 1/2 environ.

« L'amélioration se fit sentir *immédiatement*.

« Le jour même, la sensibilité était assez atténuée pour que je puisse marcher sans souffrir sur un sol uni.

« L'amélioration s'accentua à chacune des séances qui se renouvelèrent tous les huit jours avec les mêmes doses.

« La souplesse de la zone cornée revenait peu à peu, en même temps que les tissus reprenaient une coloration rosée.

« En cinq semaines, la guérison fonctionnelle et anatomique était complète.

« Le nombre des séances s'est élevé à six. »

« La guérison des cors par les Rayons X n'est pas un fait absolument nouveau.

« Guillemonat et Chuiton en ont rapporté plusieurs exemples au Congrès de Lyon (1906). L'observation ci-dessus semble intéressante parce qu'elle a été rédigée par le patient lui-même qui a pu analyser ainsi correctement ses sensations et suivre pas à pas la transformation de la lésion jusqu'à la guérison définitive.

« L'action sur le symptôme douleur a particulièrement été d'une netteté remarquable ; dès la fin de la première séance, le pied se posait avec assurance sur le sol ; la marche était redevenue possible !

« Notons la dose relativement faible de Rayons X (2 H 1/2) qui a suffi à procurer cette analgésie immédiate.

« La dose totale a été également assez faible, puisqu'il n'a fallu que six séances dont chacune n'a jamais dépassé 3 H.

« Aussi la guérison anatomique s'est-elle opérée insensiblement sans réaction appréciable ! »

L'entérite trichocéphalienne.

La mode est actuellement aux helminthes de l'intestin, conformément aux théories de Metchnikoff et Guiart ; une nouvelle maladie, dont il n'avait guère été parlé jusqu'à présent, vient de prendre sa place dans les cadres nosologiques : il s'agit de l'entérite chronique due à des trichocéphales, maladie entraînant une symptomatologie constante, indépendante des symptômes classiques des maladies vermineuses, troubles nerveux ou anémie.

M. Ch. Garin expose, dans le *Progrès médical*, la symptomatologie de cette entérite, qui comporte de la diarrhée, des coliques, des vomissements et de la température.

Le caractère de cette diarrhée, c'est d'être absolument rebelle à l'opium et au bismuth.

Les douleurs simulent souvent, à s'y méprendre, les douleurs de l'appendicite. Elles semblent dues à un certain degré de péritonite, causée par l'infection de la paroi intestinale due aux piqûres du trichocéphale en milieu septique. Les poussées thermiques peuvent atteindre 40 degrés.

Enfin, il n'est pas rare d'observer en outre les symptômes les plus ordinaires de l'helminthiase : vertiges, délire et anémie.

L'entérite trichocéphalienne peut durer des années.

Sa terminaison n'est jamais spontanée. Elle peut céder, dans les cas favorables, à la médication thymolée ; mais souvent aussi elle peut se terminer par une des deux complications graves : appendicite ou fièvre typhoïde.

On prend facilement l'entérite trichocéphalienne pour de l'entérite tuberculeuse. L'examen microscopique des fèces doit être fait dans tous les cas douteux.

Le traitement consiste dans l'emploi du thymol, suivant la formule de M. Guiart : durant trois jours consécutifs, donner chaque matin, à jeun, à une heure d'intervalle, 2 ou 3 cachets de 1 gramme de thymol pulvérisé. Le malade s'astreindra à ne boire que de l'eau, l'alcool étant un dissolvant du thymol, qui serait ainsi absorbé et manifesterait ses propriétés toxiques.

Quand faut-il faire la cure de Vichy ?

La plupart des malades et un grand nombre de médecins croient que les mois les plus chauds (juillet et août) sont les plus favorables à la cure thermale ; cela peut être vrai pour les stations d'altitude, mais il n'en est pas de même pour Vichy, dont le climat tempéré permet d'appliquer la cure pendant toute l'année.

Ils sont légion les arthritiques, les hépatiques chroniques qui, n'ayant pas d'accidents aigus, ont intérêt à faire leur cure *au commencement de la saison* et aussitôt que possible ; en agissant ainsi ils évitent les crises ou en reculent l'échéance en débarrassant les tissus et les organes des tares accumulées par l'imperfection de la nutrition et les écarts de régime.

Vichy est, du reste, admirablement organisé pour recevoir les baigneurs dans les saisons intermédiaires ; les agrandissements effectués il y a cinq ans, la reconstruction totale des établissements thermaux et des principaux hôtels, la parfaite organisation des appareils de balnéation, d'électrothérapie, font de Vichy le modèle des stations thermales.

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Sporotrichose mortelle.

La sporotrichose, affection causée par un champignon particulier, le *sporotrichum Beurmanni*, n'avait pas encore à son actif de cas connu suivi de mort. Les gommes cutanées et les lésions muqueuses engendrées par le sporotrichum avaient semblé, jusqu'à ce jour, céder facilement à la médication iodurée. Il n'en a pas été ainsi dans l'observation que viennent de rapporter MM. Letulle et Debré. Il s'agit d'une femme atteinte de sporotrichose de la peau et de la muqueuse pharyngo-laryngée. Le diagnostic fut établi, une première fois, par MM. de Beurmann, Gastou et Brodier, à l'hôpital Saint-Louis, où, sous l'influence du traitement ioduré, les gommes cutanées disparurent. Mais il n'en fut pas de même des altérations du pharynx et du larynx : celles-ci entraînèrent une dysphagie intense, une dénutrition progressive, et la malade finit par succomber subitement, dans le service de M. Letulle.

L'examen pendant la vie et à l'autopsie montra une vaste lésion ulcéreuse et végétante, ayant envahi le pharynx, le larynx et la trachée. Les caractères de cette lésion, dit M. Letulle, sont très différents de ceux de la syphilis et de la tuberculose. L'ulcère sporotrichosique des muqueuses est en relief, sans fausses membranes. Il est bourgeonnant, tend à se diffuser, sans détruire, sans mutiler, comme le font la syphilis et la tuberculose. Il se caractérise, en outre, par la présence du champignon spécifique, qui donne des filaments mycéliens à la surface et plutôt des filaments courts (en navette) dans la profondeur.

Rhumatisme cérébral.

M. Rosenthal et Mlle Joffé présentent une étude clinique et bactériologique de deux cas de rhumatisme cérébral.

Les deux malades étaient éthyliques : l'alcoolisme constitue, on le sait, une des causes prédisposantes les plus ordinaires des manifestations cérébrales dans le rhumatisme ; il a la valeur des tares névropathiques.

Dans les deux cas, le signe de Vincent (tuméfaction du corps thyroïde et douleur au pincement de cet organe) manquait. Ceci concorde avec les idées émises par M. Vincent sur la valeur pronostique du dit signe : son absence, dans un cas de rhumatisme articulaire aigu, impliquerait (selon cet auteur) généralement une gravité particulière de la maladie.

Les symptômes et les lésions constatées n'offraient rien de particulier. D'ailleurs, « le rhumatisme cérébral n'est pas une entité morbide. Il comprend, selon l'opinion des pathologistes modernes, toutes les manifestations cérébrales qui peuvent se produire, sous l'action du virus ou de la toxine spécifique, au cours du rhumatisme articulaire aigu. En conséquence, il n'a ni formule bactériologique, ni anatomie, ni histologie constante.

Au point de vue thérapeutique, le premier cas fut foudroyant, mortel en quelques heures et ne permit d'employer aucun traitement. Dans le deuxième cas, de bons résultats ont été obtenus par les injections intra-veineuses d'électrargol (deux injections de 10 cent. cubes), associées à la médication salicylée et à la ponction lombaire (extraction, en une fois, de 35 cent. cubes de liquide céphalo-rachidien).

Quant à la question bactériologique, les auteurs ont retrouvé dans le sang, grâce à une technique spéciale, le bacille d'Achalme (variété rhumatismale), ce qui tend à faire rentrer le rhumatisme articulaire aigu dans le groupe des septicémies, des infections sanguines.

CLINIQUE INFANTILE

Hôpital des Enfants-Malades : M. le prof. HUTINEL.

La chlorose

Je vous présente une jeune fille de 15 ans qui se plaint d'essoufflement, de fatigue. Réglée pour la première fois il y a deux ans, ses règles ne sont pas réapparues depuis. L'enfant nous dit qu'elle est altérée ; elle a de la polyurie. C'est là, remarquez-le en passant, un signe devant lequel vous ne devez jamais passer sans vous y arrêter. Je voyais dernièrement, à ma consultation, une fillette qui maigrissait, sans cause jusqu'alors reconnue. Tenant compte du symptôme « polyurie », qu'elle accusait, je fis un examen des urines ; il révéla une forte glycosurie, 400 grammes environ de sucre par jour.

Revenons à notre petite malade. La première chose qui frappe, chez elle, c'est la pâleur des téguments, dont la teinte est un peu verdâtre. Une telle pâleur éveille l'idée d'anémie, et, étant donnés l'âge et le sexe de la malade, d'une anémie spéciale : la chlorose.

Envisageons les symptômes de la chlorose.

Tout d'abord la pâleur ; je n'y reviens pas.

Les troubles circulatoires, l'essoufflement, les palpitations, les bruits cardiaques et vasculaires. Les souffles cardiaques des chlorotiques sont souvent assez nets pour faire penser à l'existence d'un souffle organique. Sachez-le, lorsqu'il y a lésion orificielle du cœur, chez l'enfant, le souffle est intense, rude, crevant l'oreille. Si vous ne trouvez pas ces caractères, si vous hésitez, il ne s'agit probablement pas d'un bruit organique, à moins que la lésion ne soit à son début. De plus, le souffle organique a son maximum à la pointe et il se propage vers l'aisselle. Chez notre malade, le souffle cardiaque que nous percevons est doux et il a son maximum au-dessus de la pointe (souffle sus-apexien de Potain). En outre, le cœur est ici petit, non abaissé comme il l'est dans l'affection organique. Le souffle fonctionnel, extra-cardiaque, de la chlorose, enfin, se retrouve dans les vaisseaux du çou : le bruit systolique se prolonge dans la carotide.

Chez les chlorotiques, il se produit toujours une sorte d'aplasie du système circulatoire : le cœur est petit, l'aorte étroite, à parois minces (aorte chlorotique des Allemands). On note une sorte d'arrêt dans le développement des vaisseaux, qui retentit probablement sur la nutrition des autres organes.

Notre malade offre une diminution du murmure vésiculaire aux deux sommets, sans submatité.

Autrefois, Hanot faisait de la chlorose et de la bacillose deux affections antagonistes. Puis, les opinions courantes, sur ce sujet, ont changé. MM. Labbé et Landouzy, s'appuyant sur la constatation de traces de lésions bacillaires chez des chlorotiques, ont avancé que, dans beaucoup de cas, la chlorose était fonction de la tuberculose. Personnellement, j'admets que les enfants ayant eu des tares tuberculeuses et ayant conservé en réserve certains noyaux bacillaires, se trouvent dans un état dystrophique spécial, susceptible de se joindre aux autres conditions provocatrices de la chlorose. Je ne dis pas que toute chlorotique soit une ancienne tuberculeuse ou issue de tuberculeux, je dis simplement que la tuberculose peut donner sa note dans l'étiologie de la chlorose. Maintenant, quand on est chlorotique, a-t-on beaucoup de chances de devenir tuberculeuse ? Non, les chlorotiques ne deviennent pas fréquemment tuberculeuses. Mais, lorsqu'on a été chlorotique, on en conserve longtemps l'empreinte. Voyez les jeunes femmes qui, jeunes filles, ont été atteintes de chlorose. Regardez-les dans la vie. Vous les retrouverez manquant de vigueur, de vaillance, quoique grosses, avec tendance à l'adipose. Les troubles nutritifs les poursuivent toute leur existence. Elles conservent un certain degré d'hypotrophie. Pour ce qui concerne notre petite malade, il est possible qu'elle ait été bacillaire : toutefois, elle n'a pas, actuellement, de tuberculose en activité.

L'appareil digestif est également intéressé dans la chlorose. L'appétit et les digestions peuvent être modifiés. La chlorotique a de l'appétence pour les choses relevées, épicées, de haut goût, le vinaigre, les salades, les pommes vertes. Les digestions sont mauvaises, avec douleurs gastralgiques, souvent hyperchlorhydrie, plus tard même, parfois, ulcère simple. On avait voulu, jadis, rattacher la chlorose à l'ulcus gastrique. Cette théorie pathogénique est inexacte, bien qu'elle dérive d'un fait réel : la coexistence des deux affections. Outre les accidents stomacaux, il y a habituellement de la constipation.

La menstruation est irrégulière. Les règles sont souvent absentes ou très douloureuses. Mariées, ces malades se plaignent fréquemment de troubles menstruels.

La peau est pâle, les extrémités froides, glacées.

Le fonctionnement du système nerveux est imparfait. On observe des modifications de la sensibilité, des pleurs sans motif.

La chlorose est une maladie propre à la fillette. Les jeunes garçons peuvent devenir anémiques, ils ne deviennent pas chlorotiques. C'est un état morbide contemporain de l'adolescence, de cette

période troublée où l'organisme fait des frais de croissance considérables, où prennent leur essor en quelques mois les organes sexuels, le bassin, les mamelles. Je suis convaincu, pour ma part, qu'il existe une relation directe entre la chlorose et l'établissement de la fonction génitale. Il est certain, par exemple, que le développement du testicule a sur l'individu une action considérable. Au moment où le jeune homme arrive à la puberté, il subit une transformation profonde ; le larynx grossit, la taille s'accroît rapidement, l'intelligence surtout s'éveille. L'enfant est devenu un homme et ce changement est contemporain de l'établissement de la fonction testiculaire. Eh bien ! une particularité analogue existe aussi chez la femme. A mon avis, la chlorose offre un rapport direct avec la fonction génitale.

Au point de vue anatomique, la chlorose est une anémie qui comporte plutôt une altération des globules (petits globules, peu riches en hémoglobine) qu'une grande diminution de leur nombre.

Quel traitement appliquer à cette affection ?

On a employé les médications les plus variées. Les uns ont conseillé l'air, la marche. Non, il faut, au contraire, recommander le repos. A l'hôpital des Enfants-Assistés, pour forcer les petites malades à rester au lit, nous faisions enlever leurs jupons. La chlorotique se couchera de bonne heure, se lèvera tard, et passera la plupart de son temps sur une chaise longue. Elle évitera les fatigues de tout genre.

Pour activer la circulation, on pourra recourir aux frictions générales, et, plus tard, aux douches froides.

Il est un médicament spécifique de la chlorose : c'est le fer. Vous n'arriverez à guérir vos malades qu'avec le fer. Certes, il importe de mettre la chlorotique au repos ; d'autre part, les frictions et les douches sont utiles : toutefois, vous n'obtiendrez la guérison qu'avec le fer.

Vous donnerez le fer comme vous voudrez : l'organisme saura toujours l'assimiler. Actuellement, la vogue est au protoxalate de fer, recommandé par le profesesur Hayem. Vous en ferez prendre 0 gr. 20 centigr. par jour, en deux fois. Vous pourrez prescrire également les nombreuses autres préparations ferrugineuses, le tartrate ferrico-potassique, l'albuminate de fer, etc. Dans les campagnes, on se sert plus simplement de clous que l'on laisse séjourner dans l'eau.

Fait intéressant à signaler. Chez le petit enfant, de 2 ou 3 ans, qui offre quelquefois une même anémie profonde à la suite de troubles digestifs, c'est encore le fer qui réussit. J'ai essayé l'arsenic, sans résultat. Ces petits malades, qui, à la suite d'une alimentation défectueuse, ont épuisé leur réserve de fer, guérissent avec ce médicament.

Vous soignerez les troubles digestifs de la chlorose par un régime convenable. S'il y a hyperchlorhydrie, vous formulerez la poudre absorbante suivante :

Craie préparée............	30 gr.
Bicarbonate de soude.... } Magnésie .... }	ââ 10 gr.

Une cuillerée à café au moment des accès pour neutraliser l'acide gastrique. Y joindre, au cas de douleurs très vives, un peu de belladone.

II

Végétations adénoïdes.

Notre deuxième malade est un cas banal, dont vous aurez tous les jours l'occasion de rencontrer des exemples : il n'en présente pas moins plusieurs particularités intéressantes.

Il s'agit d'une fillette dont les parents — père et mère — sont tuberculeux. Si l'on examine l'enfant, on est immédiatement frappé par son facies adénoïdien type : nez mince, lèvre supérieure courte, segment moyen de la face aplati, menton tombant. La voûte palatine est ogivale et creuse, les dents sont mal insérées. L'enfant est effectivement atteinte d'hypertrophie de sa troisième amygdale, de végétations adénoïdes. Le nez est resté étroit et le segment moyen de la face est peu développé parce que tout organe ne fonctionnant pas est voué à l'arrêt.

La fonction respiratoire est ici insuffisante puisqu'elle utilise seulement la voie buccale, moins productrice que la voie nasale. La respiration buccale n'est qu'une respiration supplémentaire.

L'enfant introduit donc, dans ses poumons, une quantité d'air inférieure à ce qu'elle devrait être. Il en résulte une conformation vicieuse du thorax ; celui-ci est rétréci, aplati ; les omoplates sont détachées et saillantes, en forme d'ailes.

Ces malades sont des hypotrophiques. Aussi voit-on souvent se produire chez eux, tout à coup, quand on a enlevé leurs adénoïdes, de véritables poussées de développement.

Il y a autre chose. Presque toujours les adénoïdiens sont des infectés. Leur arrière-cavité nasale est le siège d'un microbisme latent, d'une infection qui se rallume à propos de la moindre cause occasionnelle.

Cette infection retentit sur les parties voisines. Elle arrive à créer du catarrhe de la pituitaire : conséquemment, il est nécessaire dans bien des cas, après l'opération, de soigner ce catarrhe hypertrophique, par des cautérisations, pour rétablir complètement la respiration nasale.

Les adénoïdiens sont voués aux otites. D'autres fois, l'infection du cavum gagne le nez et les voies lacrymales, crée des conjonctivites et des kératites. Je ne parle pas des sinusites, puisque, à cet âge, les sinus sont peu développés ou n'existent pas.

Ce n'est pas tout. Nous avons trouvé, chez notre petite malade, une respiration soufflante au niveau du hile du côté droit. Mais, lorsqu'il s'agit d'un adénoïdien, avant de poser un diagnostic ferme de bacillose pulmonaire, il convient d'étudier le malade avec attention. Un sujet adénoïdien est exposé à faire des manifestations inflammatoires sur le larynx et les bronches. Consulté pour un enfant qui s'éveille la nuit avec une crise de laryngite striduleuse, explorez toujours le cavum et recherchez s'il n'existe pas d'adénoïdes. De même pour les bronchites, voire les pneumonies. Il vous arrivera d'observer des enfants qui toussent dès qu'ils sont couchés. Examinez-les. Ce sont des nerveux qui ont des sibilances bronchiques. Ce sont souvent aussi des adénoïdiens. Vous ne guérirez pas, *ipso facto*, la bronchite ou l'asthme dont ils sont atteints en les opérant ; toutefois, vous diminuerez ainsi les chances de réapparition de cette bronchite ou de cet asthme.

Il ne se passe pas d'années sans que je voie 5 ou 6 enfants chez lesquels on a diagnostiqué à tort la tuberculose. Il s'agit simplement d'adénoïdiens ayant de l'infection habituelle des voies respiratoires. Quand vous trouvez des modifications dans le rythme respiratoire, même des bronchites du sommet, ne dites pas trop vite : tuberculose. Chez notre petite malade, il existe certainement de l'adénopathie médiastine ; mais, là encore, il y a à faire la part des adénoïdes :

c'est peut-être à cause de ses adénoïdes que l'enfant, moins protégée, s'est infectée.

Autrefois, on devenait — disaient les pathogénistes — tuberculeux par inhalation. M. Calmette estime, aujourd'hui, qu'on le devient par ingestion. Le contrôle des expériences de M. Calmette, il est vrai, a montré qu'elles n'offraient pas, sur bien des points, la rigueur nécessaire. Il faut en retenir ceci : le rôle accordé auparavant à l'inhalation est trop exclusif, tout en restant le plus important.

Donc, les adénoïdes sont une source d'infections multiples. Dans le cas présent, elles ont favorisé l'éclosion d'une adénopathie médiastine. Qu'allons-nous faire ? Pas d'opération, pour le moment. Lorsqu'il y a poussée aiguë, infection en activité, on ne doit pas toucher aux adénoïdes, sous peine d'ouvrir la porte aux agents infectieux. J'ai vu, avec M. Netter, un enfant, qui avait été opéré en période de catarrhe aigu, contracter une pneumonie et succomber. A l'hôpital où, faute de pouvoir hospitaliser assez longtemps les enfants, nous opérons quelquefois des adénoïdiens dont l'infection locale n'est pas totalement calmée, nous voyons se produire parfois des petits accidents du côté des oreilles ou des bronches. Chez cette enfant, nous allons attendre, soigner la bronchite, soigner le nez par des pommades, donner de l'huile de foie de morue, du sirop iodo-tannique, des bains salés. Dans quelques semaines, nous ferons l'ablation des tumeurs adénoïdes.

Leçon recueillie par le Dr P. LACROIX.

OPHTALMOLOGIE

Les plaies de l'œil

par M. le Dr A. TROUSSEAU.

Médecin des Quinze-Vingts.

En présence d'une plaie de l'œil non infectée, j'agis avec la plus extrême simplicité. Après désinfection des paupières, du bord ciliaire et des culs de sac conjonctivaux. Je me borne à appliquer un pansement sec aseptique, que je renouvelle le moins souvent possible. Je me fais une règle de panser les plaies les plus insignifiantes, en apparence, ayant eu quelques désagréables surprises à laisser certaines d'entre elles, aux soins aléatoires du patient. Je n'emploie jamais d'anesthésiques locaux, l'immobilisation du globe étant, à mon avis, le meilleur analgésique. La douleur cesse dès que l'œil est contenu. Je répugne à l'emploi des collyres, mais lors du premier pansement, j'instille parfois l'ésérine, s'il y a menace de perforation cornéenne, l'atropine s'il y a crainte d'iritis, de synéchies.

Lorsque j'ai à lutter contre une plaie infectée c'est encore au pansement sec rare que j'ai recours si je ne redoute pas les annexes, si les prélèvements bactériologiques de la conjonctive et des voies lacrymales sont rassurantes, si je ne crois pas à l'imminence d'une panophtalmie ; sinon et surtout dans cette dernière éventualité, je fais faire de fréquents lavages intra-palpébraux avec une solution de cyanure à 0,25 centigr pour 1000 et j'applique en permanence sur l'œil des compresses chaudes d'eau bouillie très mouillées et souvent renouvelées, m'efforçant de détruire dans les voies lacrymales tout foyer infectieux spécialement par le curettage du sac suivi d'injections de liqueur de Van-Swieten (sans alcool) ou d'Argyrol. Je n'emploie les collyres que dans les circonstances que je viens d'indiquer en parlant des plaies non infectées. Le nitrate d'argent le collargol, le sulfate de zinc, la dionine m'ont paru gâter les choses.

Les injections sous-conjonctivales me semblent impuissantes à arrêter l'évolution d'une panophtalmie commençante. J'ai entrepris à ce sujet de nombreuses recherches comparatives qui m'ont laissé sans conviction. J'ai rencontré bien des cas où je croyais prochaine la destruction panophtalmique et où, sans injections, les choses s'arrangeaient presque contre tout espoir alors que les injections ont été inactives dans des circonstances inverses.

J'aurai, ainsi que beaucoup d'ophtalmologistes, une grande joie, quand naîtra un valable sérum, efficace contre les infections oculaires. Je n'accorderai ma confiance qu'à celui qui aura démontré son action spécifique en dehors de toute autre médication. Comme très utile adjuvant du traitement local, je tiens l'emploi du mercure en injections ou en frictions.

En résumé, qu'une plaie soit ou non infectée, je prescris les divers topiques qui me paraissent jouer un rôle plutôt néfaste. Leur suppression pure et simple, quand ils avaient été prescrits par ailleurs, m'a souvent permis de constater une amélioration locale surprenante. J'ai toujours été surpris que, nous donnant tant de peine pour enlever des culs de sac le moindre corps étranger, quelques ophtalmologistes persistent encore à soupoudrer l'œil d'iodoforme par exemple.

Dans les plaies de l'œil, les sutures à moins d'être purement conjonctivales ou très superficielles, épisclérales, quand il s'agit de la sclérotique entr'ouverte, ne sont pas sans prédisposer à l'ophtalmie sympathique parfois à l'infection (si celle-ci a chance d'éclore), en enfermant le loup dans la bergerie, en limitant le rôle local des lavages antiseptiques. J'emploie volontiers, après une opération de cataracte, la suture de la cornée en cas de renversement du lambeau ou d'hémorrhagie expulsive, mais je ne l'ai jamais vue utile dans les traumatismes.

Je suis donc très avare de sutures, ainsi que de toute autre intervention sur un œil blessé. Ainsi, je ne résèque une hernie de l'iris que si elle est toute récente et que si cette résection est facile, sans tiraillement, et peut être immédiatement, suivie du retard des angles ; je ne réduirais pas volontiers, l'iris prolabé même, si cela était possible, ce qui est très rare. Je me garderai toujours de toucher au galvano-cautère une hernie irienne, ayant observé, à la suite de cette manœuvre, une ophtalmie sympathique dans un cas que j'ai publié autrefois. Je ne peux mieux comparer les plaies de l'œil qu'aux plaies de la main ; moins on y touche, plus on s'abstient de régularisations mieux elles s'arrangent. Plus tard quand tous les phénomènes réactionnels ont cessé et qu'on a eu l'heureuse chance de conserver un œil non douloureux et d'aspect satisfaisant, qu'on s'abstienne de chercher mieux et à moins d'exceptionnelles circonstances qu'on ne veuille par trop bien faire. Les tentatives même éloignées du moment de l'accident, sur les yeux blessés, sont génératrices d'ophtalmie sympathique qui a bien plus souvent qu'on ne le pense, une origine chirurgicale.

Je fais exception à la règle, que l'expérience m'a imposée, dans des cas très spéciaux. J'extrais un cristallin luxé dès que cette extraction se présente bien, une cataracte traumatique quand les phénomènes irritatifs ont cessé absolument depuis plusieurs mois et quand ils ont été très modérés après l'accident, pourtant j'évacuerais par ponction, quelques masses, s'il y avait forte hypertension ; j'enlève un corps étranger intra-oculaire, le plus vite possible, exception faite pour

MATIÈRE MÉDICALE MODERNE

UNE INVITATION DE CHATEL-GUYON
AUX MÉDECINS

Voici qu'avec le renouveau va s'ouvrir l'ère des villégiatures estivales. C'est l'heure où l'on se plaît à songer délicieusement aux vacances qui viennent couper d'une trêve bien méritée les durs labeurs de la vie professionnelle.

Châtel-Guyon, dont le rêve toujours caressé d'être la *Villégiature d'été des Médecins*, est aujourd'hui une réalité, leur doit et se doit à soi-même de leur adresser, à l'aube de la saison nouvelle, le traditionnel appel qui les convie à son rendez-vous de douce et réconfortante oisiveté.

Les Médecins ne sont-ils pas devenus maintenant,— grâce à l'opération financière qui mit entre leurs mains, l'an dernier, l'universalité des nouvelles Actions de Châtel-Guyon — non plus seulement ses Protecteurs et ses Patrons, mais ses vrais Propriétaires ?

Inutile d'ailleurs de leur rappeler les vertus de nos Eaux et leur toute-puissante action sur les Affections du tube digestif et sur les Maladies de la Nutrition. Inutile de vanter à leurs yeux avertis combien nos Sources sont douces et bienfaisantes à tous les Ventres douloureux et enflammés.

Tout cela, c'est de l'acquis, c'est du connu.

Mais, ce que nous offrons de nouveau cette année à nos Amis, à nos Invités, c'est l'élargissement, le développement, le perfectionnement du Chapitre : *Distractions*. Après en avoir fait le type de la Station médicale, nous avons tenu maintenant à mondaniser du mieux possible Châtel-Guyon et à en faire un centre d'attractions et de plaisance où l'on guérit avant tout, mais aussi où l'on rit et où l'on s'amuse.

Donc, — et par suite de la collaboration précieuse que nous apportent dans la Direction de notre Casino, ces compétences avisées qui ont nom : de Martini et Vervoort, nous pouvons leur prédire une saison théâtrale qu'un éclectisme éclairé se propose de diversifier pour tous les goûts, pour toutes les aptitudes. Les Spectacles de haute intellectualité : Comédies de genre, Comédies de mœurs, chefs-d'œuvre lyriques classiques et modernes, y alterneront avec les Opérettes joyeuses et les désopilants Vaudevilles ; à côté de la pièce à thèse, se produiront des numéros de Music Hall, de ces exhibitions amusantes qui réjouissent l'œil à l'heure où l'esprit fatigué se sent encore incapable de l'attention que réclament les œuvres plus sérieuses.

Les Concerts donnés par un Orchestre dont les membres ont été recrutés parmi les lauréats du Conservatoire et placés sous l'habile direction du Maëstro Cherubini, exécuteront des programmes où le classicisme le plus pur s'alliera au modernisme musical. M. de Martini s'est juré de faire de Châtel-Guyon le grand centre musical d'été, le Bayreuth des Villes d'Eaux : il a réuni tous les éléments nécessaires et se tiendra parole.

Pour ceux que tentent les fortes émotions du Jeu, un Salon d'une tenue parfaite offrira son hospitalité dont la correction absolue aura pour pendant l'urbanité la plus accueillante.

Parlerons-nous encore des Fêtes projetées, des Kermesses en perspectives, des Divertissements de toutes sortes ? Tout a été calculé pour qu'il ne s'écoule pas un seul jour qui n'apporte avec lui son délassement, sa distraction.

N'oublions pas aussi — la chose est d'importance au regard des palais délicats et des estomacs exigeants — l'excellent Restaurant installé au centre même du Casino, et complété de son Café-Bar, où les joies de la table pourront se donner libre cours dans les conditions de l'hygiène culinaire la plus rigoureuse et du plus fin gourmettisme ?

Si nous ajoutons, pour finir, que nous avons obtenu de la plupart des Hôtels, des Villas et des Commerçants des réductions de prix importantes au bénéfice des Médecins-Baigneurs et de leur famille, nous aurons démontré, croyons-nous, que tout a été mis en œuvre pour leur rendre l'existence agréable et facile à Châtel-Guyon. Nous voudrions tant qu'au départ, l'esprit en joie et le corps en vigueur, tous puissent dire : « *Haec nobis otia fecit* Châtel-Guyon ! Nous reviendrons. »

D[r] G. DUCHESNE.

N. B. — MM. les Médecins qui n'auraient pas reçu le Guide 1908 et la Carte médicale incluse, sont priés de les réclamer à la Société de Châtel-Guyon, 1, rue Rossini, Paris.

Correspondance hebdomadaire
(*Suite*).

produits dont il est question dans votre lettre, ils ne peuvent être vendus que par un pharmacien ou un médecin exerçant la pharmacie dans les conditions légales. Nous ne saurions donc trop vous conseiller de vous abstenir d'en protéger la vente par un non-pharmacien, quelle qu'en puisse être l'utilité dans une commune éloignée de toute officine.

Dr L., de M., à *Concours Médical*. — 1° Un office de recouvrements vient d'être créé par notre Syndicat. A ce propos, l'idée a été suggérée de mettre les frais à la charge du client. Cette théorie a-t-elle des chances d'être admise par les juges de paix ?

2° Les dits juges de paix ont-ils le droit de réduire une note d'honoraires que le client trouve simplement exagérée par rapport à ses moyens (ce qui est toujours le cas), sans qu'il puisse alléguer ni une erreur dans le calcul des visites, ni une exagération dans le nombre de celles-ci, ni une tarification au-dessus des usages locaux ? Dans les cas de ce genre, et en dehors d'une possibilité d'appel, n'y a-t-il absolument rien à faire qu'à courber la tête devant une décision non motivée, mais irrévocable ?

Réponse. — 1° Les seuls frais que le juge puisse mettre à la charge du défendeur en recouvrement d'honoraires sont les frais judiciaires proprement dits, dans lesquels ne sont pas compris les honoraires du mandataire du demandeur, soit, en l'espèce, la commission de l'office de recouvrements.

Dans le cas seulement où la mauvaise foi du débiteur aurait causé au créancier un préjudice, il pourrait être accordé des dommages-intérêts qui l'aideraient à rémunérer son mandataire.

2° Les juges de paix ont le droit d'apprécier le montant des honoraires du médecin, en tenant compte notamment de la situation de fortune du client, et de tous autres éléments. Sauf dans les affaires d'accidents du travail, une décision portant appréciation des honoraires du médecin ne serait pas susceptible d'un pourvoi en cassation.

Dr V., de L., à *Concours*. — Je vous serais très obligé de vouloir bien me dire combien doivent être payés les certificats de constatation d'accident et de guérison lorsque les médecins sont choisis par les patrons.

Réponse. — Dans le cas où le médecin est choisi par le patron, c'est le tarif ouvrier local qui est applicable. Vous n'avez donc qu'à

Suite page X.

les grains de plomb de chasse que je respecte.

Je ne puis dans cette leçon m'appesantir sur les plaies de l'œil considérées dans les rapports, qu'elles peuvent avoir avec la nature du corps vulnérant. Il y aurait bien des points à traiter, dans cet ordre d'idées. Pour n'en citer qu'un en un temps si limité, j'ai été frappé de la fréquence des graves phénomènes infectieux, des panophtalmies, dans les plaies pénétrantes très étroites, telles que celles qui sont faites par des piqûres d'aiguilles à coudre, lesquelles par leur usage, ne sont pourtant pas très exposées à recueillir des germes.

Je crois que seule l'énucléation quand il s'agit de prévenir, met à l'abri de l'ophtalmie sympathique. J'ai autrefois montré qu'une résection du nerf optique pouvait la provoquer ; je soigne depuis trois mois un homme qui a été atteint de sympathie après une ablation du segment antérieur faite, lui avait-on dit, pour éviter le malheur qu'elle a créé. Quand l'énucléation est pratiquée pour prévenir ou guérir la sympathie, on doit s'abstenir de toute incorporation pathétique dans le moignon. Les sutures même de la conjonctivite sont à éviter, elles sont d'ailleurs inutiles et pour la guérison qu'elles retardent et pour la prothèse, qu'elles n'améliorent nullement. L'énucléation doit être faite à diverses périodes : 1° d'urgence ; 2° après une période d'observation ; 3° tardivement.

1° D'urgence quand le délabrement est tel que la conservation ne donnerait qu'un moignon inutile, difforme, douloureux, dangereux ; quand il existe dans l'œil un corps étranger qui n'a pu être extrait, exception faite pour les grains de plomb, quand il y a panophtalmie (je ne crois guère à une panopthalmie convaincante pour les cas de mort rapportés). Dans cette dernière hypothèse, on peut lui substituer l'exentération à la curette, si simple; bien faite et bien pansée, elle guérit vite avec peu de réaction alors que l'exentération ignée prolonge inutilement les souffrances ou tout au moins la gêne du patient.

2° *Après une période d'observation* alors que le chirurgien est convaincu que les phénomènes irritatifs se reproduisent sans cesse dans un œil définitivement aveugle surtout si celui-ci a été touché vers le corps ciliaire et a été le siège de poussées successives de cyclite à tendances atrophiques.

3° *Tardivement* à la moindre apparition de troubles sympathiques du côté sain, je dis de troubles et non d'ophtalmie, car il est souvent, en pareil cas, trop tard pour agir. Cependant, en l'état actuel de la science, je n'hésite pas à énucléer l'œil sympathisant même après l'éclosion d'accidents confirmés dans le congénère. Surtout qu'on ne touche jamais de quelque manière que ce soit à l'œil sympathisant excepté pour l'enlever.

A part l'emploi rationnel des collyres, je ne connais pas de traitement de la sympathie autre que le mercuriel. Il m'a bien semblé à deux reprises avoir réussi avec des injections d'alcool à la tempe, mais les faits ne sont pas absolument probants.

PRATIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE
DANS LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Une rubrique de plus dans notre journal.

Les événements récents et les polémiques ouvertes dans la grande presse, ont remis à l'ordre du jour de l'actualité la question des accidents du travail et l'une des conséquences, assez inattendues, de la campagne menée par les assureurs, aura été d'amener les médecins à se mieux pénétrer de leurs droits, tout en répudiant d'une façon très catégorique et très nette les compromissions dangereuses et les fautes qui auraient été commises par certains.

D'autres ont dit et montré que les fautes, ainsi qu'on tendait à l'accréditer, n'étaient point toutes du côté des médecins, mais qu'au contraire le dossier des assureurs atteignait un volume imposant... On aurait, sans doute, trouvé tendancieuse la mise au jour de ces documents, s'ils avaient été produits il y a deux mois, mais, venant en réponse aux accusations, ils ont contribué à fixer le public et les milieux intéressés, qui, à l'heure présente, ont les éléments nécessaires pour juger, et sont loin d'être aussi montés qu'on voulait bien le dire dans la grande presse.

Fidèle à sa ligne de conduite, le *Concours* ne pouvait se désintéresser de ces incidents. Des nombreux renseignements qui lui sont parvenus, il a cru pouvoir tirer cette conclusion: qu'il restait encore beaucoup à apprendre aux confrères qui ne s'occupent pas exclusivement d'accidents du travail,

Nous ne redirons pas ce que chacun sait, que les blessés du travail ne peuvent être bien soignés à l'hôpital, qui, d'ailleurs, n'est pas fait pour eux ; j'en excepte, bien entendu, les petits hôpitaux de province dont l'utilité s'impose parfois. Mais, dans les grands centres et à Paris, notamment, le blessé du travail est encombrant, gênant, peu intéressant pour le chef, l'interne et les élèves.

Dans ces conditions, je vous laisse à penser ce qu'on fera pour garder un doigt ou en assurer le fonctionnement ultérieur parfait ; quel temps on passera aux pansements délicats et minutieux ?

Et cependant cette main est utile, ce doigt vaut beaucoup pour un travailleur, ouvrier d'art ou simple artisan.

Noyé, perdu dans la foule des hospitalisés ou des malades qui viennent aux pansements, l'accidenté est soigné par la panseuse et c'est souvent d'elle, encore, qu'il a le plus de secours et de soins efficaces.

Je n'insiste pas sur les certificats délivrés par les internes. Ils ne voient pas le blessé sous le même angle que nous praticiens, ces jeunes gens pleins de mérite et de science. « Carottier, raseur », c'est trop souvent ainsi qu'on juge l'accidenté qui n'est pas un cas.

Doit-on leur en vouloir ?

Non, certes, il ne savent pas et le chef ne leur a jamais indiqué ce qu'il fallait faire. Il arrive donc parfois que des certificats de déclaration d'accidents faits à l'hôpital sont notoirement insuffisants et qu'il en résulte un réel dommage pour le blessé. Nous reviendrons sur ce sujet, par la suite, non point, encore une fois, pour rééditer des critiques, mais pour prouver, par des exemples, l'exactitude de nos affirmations.

Si les malades ne sont pas, en général, bien soignés à l'hôpital, il est aussi des Compagnies d'assurances où la cave sert de salle de consultation ou d'opération, comme si ce local sombre et humide était assez bon pour ces pauvres diables, dont les misères forment la rançon du luxe des bureaux ou des salles des employés et de réception.

Comment n'y a-t-il pas eu un directeur de service médical d'une de ces compagnies qui ait eu l'idée de demander la plus belle pièce de l'immeuble pour y recevoir ou soigner les pauvres blessés ?

C'est bien là qu'est le défaut de ces cliniques des assurances.

On vit du blessé et par lui, mais on n'a pour lui qu'une considération relative et plutôt médiocre.

Des garçons de bureau galonnés et médaillés traitent tout ce bon bétail humain à la façon d'un gardien de prison ses prisonniers ; il faut marcher droit ou gare !

De temps à autre, on se révolte et le susdit gardien en prend pour son grade, mais la masse est plutôt craintive et se laisse faire.

Le point faible de ces organisations réside, pour le blessé, dans la délivrance des certificats et le manque d'appui aux expertises.

Le médecin de compagnie est juge et partie ; il ne peut être pour le blessé et pour la compagnie.

Je ne dis pas qu'il est systématiquement pour la compagnie, mais c'est de ce côté qu'il penche, et franchement c'est fatal. Cela toutefois ne devrait pas être.

Le refus de certificats est ce qui cause à l'ouvrier le plus grand préjudice, quand il accepte, par indolence ou entraînement, de se rendre au siège de la compagnie pour y recevoir des soins.

Veut-on un exemple ? il m'a été raconté il y a huit jours à peine

Un ouvrier reçoit dans l'œil un éclat de métal et va à l'assurance où on lui donne les soins nécessaires.

Le travail est repris deux jours après. On n'a point fait de certificat, ou du moins l'ouvrier n'en a pas eu connaissance. Par suite, aucune réserve n'a été faite quant aux conséquences du traumatisme, lequel s'annonçait en somme bénin : mais qu'en sait-on ? Bien que gêné, l'ouvrier continua à travailler, mais au bout de quelques semaines, il va consulter et une taie s'étant formée au point antérieurement blessé, le malheureux se voit menacé de perdre partiellement la vue. Il prend conseil et va à l'assurance demander un certificat qu'on lui refuse ; il va chez un oculiste qui ne peut que constater l'état actuel, mais ne saurait établir une relation de cause à effet entre l'accident antérieur que lui rapporte le blessé et l'état présent qu'en relatant les dires de l'intéressé, sans pouvoir en certifier l'exactitude.

Voilà donc notre malade privé de ressources et dans le plus grand embarras.

Morale. — Allez chez votre médecin qui, même pour le plus petit traumatisme, fera un certificat. Le certificat, dont on conservera le double, devra toujours mentionner les réserves quant aux conséquences.

Si notre blessé avait agi ainsi, il aurait eu, en outre du certificat d'origine, la possibilité de faire constater et expertiser l'aggravation de son cas.

Les cliniques spéciales pour accidents du travail ont été, souvent, fort bien organisées et les ouvriers y reçoivent des soins excellents : les assureurs eux-mêmes le reconnaissent.

On aurait tort de croire que l'accidenté n'a pas à bénéficier de l'expérience de son médecin. Je ne dis pas que cette expérience ne peut être acquise que par ceux qui ont des cliniques d'accidents du travail, mais j'affirme que le praticien aura une méthode de traitement d'autant plus sûre et d'autant plus efficace, qu'il verra un plus grand nombre de blessés.

Les statistiques montrent quelles sont les parties du corps le plus souvent atteintes. La main, les doigts, fournissent un contingent d'accidents considérable.

La conservation, si elle donne parfois de beaux résultats, cause dans d'autres cas les pires déboires et du temps perdu ; à la souffrance endurée ne vient pas toujours faire compensation le résultat fonctionnel satisfaisant.

Quand faut-il sacrifier un doigt ou une partie de doigt ? Quand faut-il amputer ou réséquer ? C'est là une question de doigté (sans jeu de mots) qui ne peut s'acquérir qu'avec le temps, ou qu'il faut apprendre de gens expérimentés.

J'ajoute que les conseils juridiques dont le blessé a besoin, au même titre que des soins médicaux, sont donnés dans ces cliniques spéciales et que le blessé y trouve les certificats qui lui sont nécessaires.

Mais le libre choix du médecin, qui peut conduire parfois le blessé chez les assureurs ou dans les cliniques d'accidents du travail, doit de préférence le conduire chez le praticien, son médecin habituel.

Il est bon que celui-ci ne soit pas pris au dépourvu en présence d'un accident, et c'est pour suppléer à la multiplicité des cas, qui fait acquérir l'expérience, que le *Concours* a cru devoir prendre l'initiative d'une série de chapitres où seront passés en revue les accidents du travail.

Par des citations et des exemples, le praticien isolé sera, nous l'espérons, utilement renseigné, et n'imitera pas ceux de nos confrères qui, tout en protestant bien haut contre le soi-disant accaparement du blessé, ne manquent pas d'envoyer à l'hôpital ceux qui s'égarent dans leur cabinet parce qu'un ouvrier ne sent pas toujours la rose, parce qu'une cotte et un bourgeron sont parfois tachés et que le sang ou le pus menacent la propreté des tapis ou des tentures, etc.

Nous dirons donc un mot de l'installation du médecin en vue des soins à donner aux accidentés du travail.

Nous indiquerons le genre de certificats qui peut convenir à certains cas offrant entre eux de l'analogie.

Nous parlerons du traitement, des opérations possibles. Le *Concours* tient déjà à la disposition de ses lecteurs un aperçu des indemnités auxquelles peut avoir droit le blessé. Il n'est, en effet, pas admissible que le médecin ne fournisse aucun renseignement à son client au point de vue juridique.

Dans les organisations ouvrières et dans les cliniques spéciales, ce rôle revient à des avocats ou à des conseils judiciaires, mais le médecin isolé ne doit rien ignorer de la loi.

Il va sans dire que nous agissons sans prétention à l'infaillibilité et que nous n'avons d'autre but que de faire œuvre utile.

Nous accepterons, non seulement avec plaisir, mais avec reconnaissance, les observations qui pourront nous être présentées et nous serons heureux de voir les lecteurs du *Concours* prendre intérêt à ces divers chapitres pour lesquels nous avons l'intention de suivre la nomenclature du tarif Dubief, car si nous n'avons pas ainsi pour nous la logique parfaite, nous aurons au moins la certitude de ne point commettre d'oubli.

(*A suivre*).

Dr Ch. Levassort,
de Paris.

THÉRAPEUTIQUE

Un moyen d'alimenter les tuberculeux anorexiques,

Par le Dr Allison.

Les débuts de la tuberculose pulmonaire sont souvent marqués par une anoréxie tenace qui résiste à la plupart des médications. Le dégoût pour la viande est surtout prononcé, et, quand,à force d'insistance, les malades se décident à s'alimenter, leurs digestions sont difficiles, l'estomac est ballonné et douloureux. Il existe de la dyspepsie hypochlorhydrique avec fermentations anormales. Cette situation, cependant, ne peut se prolonger longtemps sans dangers, les lésions pulmonaires font des progrès, l'amaigrissement se développe, le malade brûle ses réserves et se déminéralise.

Or, l'expérience prouve que la guérison de cet état dyspeptique réside précisément dans l'alimentation. On constate, en effet, que l'estomac devient plus tolérant quand, par la méthode des petits repas répétés et rendus progressivement plus substantiels, l'état général s'améliore. Le relèvement de l'économie entraîne la disparition des troubles dyspeptiques. Il se passe un fait analogue dans la chlorose et l'anémie. Lorsque l'on parvient à tonifier l'organisme par le fer et l'arsenic, on ramène aussitôt l'appétit et les bonnes digestions.

Mais le problème est singulièrement embarrassant quand il s'agit de nourrir des tuberculeux anorexiques et, c'est en raison de ces difficultés qu'on nous saura gré, sans doute, d'exposer ici une méthode de traitement qui nous a souvent réussi.

Tout d'abord, nous laissons de côté les viandes saignantes à ce moment mal supportées. Nous préférons nous adresser à des substances albuminoïdes *naturelles* et déjà *prédigérées*. Le nutrigène est l'aliment type qui représente ces conditions. C'est une albumose-peptone préparée avec des viandes fraîches et de provenance sûre. Représenté par une poudre très fine se mélangeant parfaitement à tous les liquides (de préférence au bouillon) il est bien accepté des malades et comme il a déjà subi l'action du suc gastrique physiologique il ne fatigue pas l'estomac. Cette albumose-peptone est, en effet, chimiquement identique au bol alimentaire à sa sortie du pylore et provenant de la digestion gastrique de la viande. Voilà donc le moyen d'alimenter les tuberculeux dyspeptiques avec une substance très nutritive et qui n'a pas besoin pour être digérée du concours de l'estomac.

Nous donnons donc en moyenne, en 3 petits repas, 6 cuillerées à soupe par jour, de nutrigène mélangé à du bouillon dégraissé. Les malades supportent bien ce mélange dont la solubilité est parfaite, et ils s'y habituent volontiers.

Au bout de quelques jours à peine, les œufs sont supportés, puis l'appétit renaît, et on peut sans inconvénient donner de la viande hachée. Dès ce moment, l'état général s'améliore, les forces reviennent, l'amaigrissement s'arrête, l'état dyspeptique du début disparaît. On peut alors songer aux lésions pulmonaires, et instituer une thérapeutique médicamenteuse prudente. Pour nous, c'est aux comprimés de thiocol qu'il faut s'adresser. Ils ne fatiguent pas l'estomac et déversent dans l'économie une quantité suffisante de gaïacol. Nous ordonnons aussi une substance reconstituante fort active, le neurogénol. C'est une association de phosphates purs et *naturels* sans adjonction de sucre. Nous ne dépassons pas la dose de 2 cuillerées à café par jour.

L'estomac supporte bien ce traitement qui a l'avantage d'allier à l'action curative directe une action reconstituante et nutritive de premier ordre.

Nos malades, en effet, augmentent de poids. Ils ont des forces et peuvent faire chaque jour des promenades en plein air qui augmentent encore leur appétit. On peut déjà les suralimenter et pour cela, le nutrigène est encore d'un grand secours. Il permet d'introduire dans l'économie, sous un faible volume, une quantité relativement considérable d'un principe albuminoïde très nutritif. Nous avons à ce sujet plusieurs observations démonstratives. Certains malades arrivés à ce bon état général avaient cru bon de cesser le nutrigène pensant leur alimentation ordinaire suffisante. Mais l'augmentation de poids s'étant arrêtée, et des périodes de fatigue ayant reparu, ils reprirent 6 cuillerées par jour d'albumose-peptone ; bientôt après l'amélioration générale se développa à nouveau.

Cette substance représente donc un puissant *moyen de reconstitution organique*, et nous tenons à insister sur ce fait que l'absorption de certaines albumoses d'origine chimique sont mal digérées et amènent de la diarrhée. D'autres encore entraînent des putréfactions intestinales avec leur cortège toxique.

On n'observe pas ces troubles graves chez le tuberculeux utilisant le nutrigène. Qu'il serve à l'alimentation ou à la suralimentation, ce superaliment est aussi bien toléré par *l'intestin que* par l'estomac.

Ces faits, d'ailleurs, sont assez connus pour que nous n'y insistions pas. Ce qui, surtout, était intéressant de signaler,c'est le moyen commode que fournit le nutrigène pour tourner la difficulté en apparence insurmontable d'alimenter sérieusement les tuberculeux anorexiques et dyspeptiques.

CHRONIQUE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Du tac au tac

A Monsieur le Ministre du Travail.

Monsieur le Ministre.

Au cours d'une audience que vous avez bien voulu accorder à M. le Député Dubuisson et à divers autres délégués des Syndicats médicaux et ouvriers, j'ai attiré votre attention sur le refus systématique du Parquet de la Seine de donner suite aux plaintes que nous lui avons adressées au sujet de la violation par les assureurs et les patrons de l'article 30 de la Loi Accidents.

Vous m'aviez demandé de fournir à ce sujet une note et des documents à transmettre au Procureur de la République, que vous aviez l'intention d'appeler à votre cabinet dès que vous seriez en possession des documents que vous avez bien voulu examiner au cours de notre conversation.

J'ai l'honneur de vous adresser les documents suivants :

1re Affaire. — **Plainte du Dr de Grissac.**

1° Une photographie de deux lettres écrites par un Syndicat de garantie, et adressées, les 21 et 26 septembre 1905 à M. Broutin, ouvrier blessé à Argenteuil.

Ces deux lettres avaient motivé une plainte au Parquet de la Seine de M. Broutin, l'ouvrier

blessé, et une plainte de M. le Dr de Grissac.

2° Une photographie de la note remise par le sieur M. Directeur général de ce Syndicat de garantie.

3° Le texte d'une lettre adressée par les Syndicats médicaux à M. le Procureur Général près la Cour de Paris, pour protester contre le classement de la plainte du Dr de Grissac à la suite de la note du Directeur du Syndicat de garantie. Dans une brochure intitulée: « *Une contre-enquête* », que j'ai l'honneur de vous remettre, vous trouverez, Monsieur le Ministre, aux pages 25 et suivantes, notre protestation au Procureur Général et tous les détails relatifs à cette affaire.

4° Un numéro du *Concours médical* publiant sous le titre : « *Simple rapprochement* », un parallèle entre l'affaire Rochette et l'affaire M.

2e Affaire. — **Plainte du Dr Diverneresse.**

Le dossier de cette affaire que j'ai l'honneur de vous transmettre contient :

1° Une photographie de la lettre adressée le 25 avril 1906, par le sieur B., à Mme Labulle, tante d'un nommé Labulle, ouvrier blessé. Dans cette lettre, M. B. déclare que si son ouvrier blessé ne se rendait pas dans les 24 heures chez le médecin qu'il lui indiquait, lui, patron, déclinait toute responsabilité sur les suites de l'accident.

Il y avait là une tentative évidente de porter atteinte au libre choix du médecin par menace de refus des indemnités dues au blessé, tentative punie par le § 5 de l'article 30 de la Loi Accident.

Le blessé m'a communiqué cette lettre le 28 avril 1906.

Comme mes intérêts de médecin du blessé étaient ainsi directement menacés, j'ai immédiatement, le 29 avril 1906, adressé une plainte à Monsieur le Procureur de la République près le tribunal de la Seine.

Je suis obligé de vous dire, Monsieur le Ministre, que je n'ai jamais entendu parler de la suite donnée à ma plainte.

Instruit par ce qui était arrivé à M. le Dr de Grissac dont une plainte semblable avait été classée, malgré la lettre de protestation du Syndicat médical de la Seine à M. le Procureur Général, j'ai cru inutile, sage et même prudent, de ne pas insister davantage sur une demande de poursuite contre un patron qui avait violé la loi.

2° Une nouvelle plainte sur le même fait contre ce même M. B., qui, le 25 avril 1906 a tenté, par menace de refus des indemnités dues à M. Labulle, son ouvrier blessé, de porter atteinte au droit qu'avait cet ouvrier de me choisir comme son médecin pour le soigner et pour la fixation de l'incapacité temporaire en lui faisant croire que le médecin patronal avait seul qualité pour remplir cette mission.

3e Affaire. — **Plainte du Dr Dally.**

Le dossier de cette affaire que j'ai l'honneur de vous transmettre contient :

1° La photographie d'une lettre adressée le 5 février 1908 par M. L..., chef d'industrie, à M. le Dr Dally. Par cette lettre, M. L... a tenté de porter atteinte au libre choix du médecin par le blessé.

2° La plainte que M. le Dr Dally me charge de faire parvenir aux autorités compétentes.

3° La copie du texte de la lettre par laquelle M. le Dr Dally me charge de faire parvenir sa plainte. Le texte de cette lettre du Dr Dally au Dr Diverneresse se trouve reproduit à la page 31 de la deuxième partie de la brochure : « *Une contre-enquête* », qui fait partie des documents que j'ai l'honneur de remettre à Monsieur le Ministre.

Confiant dans votre haute justice, nous espérons, Monsieur le Ministre, qu'au moment où, sur la simple plainte de M. Villemin, président du Syndicat de garantie, on perquisitionne chez des médecins, en se basant seulement sur une rédaction de certificat tout au plus imprudente, vous ne voudrez pas tolérer que des patrons puissent impunément et cyniquement se moquer d'un article de la loi qui accorde une bien faible protection au droit naturel que possède tout citoyen de choisir en toute liberté le médecin qui lui inspire le plus de confiance, aussi bien pour les soins à donner que pour l'indépendance avec laquelle ce médecin aura à rédiger des certificats de la plus haute importance pour les intérêts du blessé.

Nous espérons également, Monsieur le Ministre que le parquet de la Seine voudra bien tenir compte à l'avenir des instructions qu'il recevra de vous, pour que soient poursuivis tous les chefs d'industrie ou assureurs, quels que soient les titres dont pourraient se prévaloir les avocats qui sont leurs habituels conseils, car jusqu'à ce jour ce ne sont pas seulement les plaintes des particuliers, mais les procès-verbaux mêmes des juges de paix qui étaient mis également au panier et restaient sans suite. C'est ainsi qu'à la page 30 de la deuxième partie du document « *Une contre-enquête* », vous trouverez signalé ce fait que le 26 juillet 1906, M. le juge de paix d'Ivry avait dressé procès-verbal à l'audience contre une Compagnie qui usait de bulletins tendant à faire croire aux blessés qu'ils devaient se rendre chez le médecin de l'assureur. A ce procès-verbal d'un magistrat, le parquet de la Seine n'a donné aucune suite.

S'il était procédé chez les chefs d'entreprises et assureurs accusés d'avoir violé l'article 30 de la loi 1898, à des perquisitions comme celles prodiguées chez les médecins dénoncés par M. Villemin — et s'il n'existe pas deux poids et deux mesures dans l'application de la loi suivant la catégorie des délinquants, nous ne voyons pas pourquoi les mêmes mesures d'instruction ne seraient pas prises contre les uns aussi bien que contre les autres — nous sommes persuadés que les preuves les plus décisives des infractions commises seraient recueillies.

Les assureurs donnent des ordres aux Juges de Paix.

Dans la revue « *L'Aide Sociale* » à la page 205 du n° du 5 décembre 1907 et reproduites à la page 21 de la 2e partie « *Une contre-enquête* » vous pourrez voir, Monsieur le Ministre, qu'un Sénateur, médecin d'un syndicat de garantie, conseille aux juges de paix de « *faire supporter aux médecins indépendants des frais de justice supérieurs au montant des honoraires qui leur étaient attribués* ». Vous pourrez voir par une pièce publiée à la page 22 « *Une contre-enquête* » (2e partie), que ce conseil est journellement suivi par les juges de paix de certains grands centres industriels. Je vous remets également une pièce émanant du « *Service médico-chirurgical de la maison des Fédérations ouvrières* » qui établit que le juge de paix du XIXe arrondissement de Paris a fait supporter 40 francs de frais de justice à un médecin auquel ce même juge de paix a accordé 30 francs d'honoraires.

Ainsi, les dossiers 3 et 5 d'« *Une contre-enquête* » d'une part, les réclamations qui vous sont présentées aujourd'hui et la pièce provenant de la « *Maison des Fédérations* » établissent que, lorsque des médecins se permettent de soigner un blessé du travail sans l'autorisation des Cies, ces médecins se voient faire des procès en dommages-intérêts

sans motif sérieux, puisque les Cies sont toujours déboutées, qu'ils voient des juges d'instruction faire exécuter des perquisitions à leur domicile sur la demande d'un directeur de syndicat de garantie, et que des juges de paix condamnent ces médecins contrairement à toute jurisprudence, à supporter les 2/3 des frais alors que leur note n'a été réduite que dans la proportion d'un quart (1/4).

Dans ces conditions, il n'est pas extraordinaire que les blessés ne trouvent plus de médecins indépendants pour les soigner, en dehors des médecins d'assurances. Ainsi, l'article 4, accordant le libre choix du médecin aux blessés, est supprimé dans la pratique, du fait de la manière d'agir des magistrats, qui obéissent aux instructions qu'ils reçoivent des assureurs.

Veuillez agréer, Monsieur le Ministre, l'hommage de mon plus profond respect.

Dr DIVERNERESSE,

Membre du Conseil d'Administration du « Concours Médical » et du « Sou Médical », Secrétaire-adjoint de l'Union des Syndicats Médicaux de France.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

L'Ancre médicale.

Le 26 avril 1908.

Mon cher Confrère,

Pour répondre à votre demande de communication, pour le *Concours*, des résultats obtenus à l'*Ancre médicale* pendant l'année 1907, j'ai dû attendre que tous les comptes aient été approuvés par l'Assemblée générale, approbation qui seule pouvait les rendre définitifs.

Cette Assemblée a eu lieu le 14 courant. Je vous ferai adresser, en communication, si vous le voulez bien, les rapports du Conseil d'Administration, de la Direction et des commissaires censeurs.

Pour aujourd'hui, je me borne à vous envoyer ci-joint :

1° La situation pour l'exercice 1907.

2° La situation depuis la création jusqu'à la fin du dernier exercice.

Vous y verrez que nous progressons régulièrement. Les sinistres sont minimes, et les primes de réassurances constituent toujours le chapitre le plus lourd naturellement du côté des dépenses.

Sans supprimer brusquement ni complètement cette garantie, nous allons bientôt, j'espère, grâce au fonctionnement parallèle d'une caisse spéciale de réassurance, pouvoir alléger notablement notre budget. Une des premières conséquences de cette réforme sera un abaissement très notable de nos tarifs.

Je vous tiendrai au courant de mes projets.

Les lettres de confrères que vous m'avez transmises me sont bien parvenues, le nécessaire a été fait pour donner satisfaction à toutes ces demandes de renseignements. Merci de vos bons offices.

Croyez-moi votre tout dévoué. Dr LÉPINE.

L'ANCRE

Mutuelle spéciale au corps médical.

Situation pour l'exercice 1907.

Il a été réalisé, en 1907, 76 polices dont 41 automobiles, 13 motocyclettes, 6 bicyclettes et 16 chevaux-voitures.

Ces 76 polices forment un total de cotisations de	5.243 65
Mais, dans ce chiffre, sont comprises 15 polices qui ne nous appartiennent immédiatement que pour partie, l'autre partie constituant une reprise pour plus tard : le montant de ces reprises s'élève en cotisations à la somme de	1.053 30
Reste comme cotisations, pour les polices à effet immédiat, la somme de	4.190 35

Qui se décompose de la manière suivante :

Timbres de 79 polices dont 3 annulées	197 50	
Répertoire *id.*	39 50	
Coût des polices *id.*	237 00	
Impôts incendie	23 25	
Cotisations nettes	3.693 10	
Total	4.190 35	4.190 35

Il a été encaissé pendant l'exercice, soit en cotisations nettes de première année, soit en cotisations de deuxième année, la somme de	6.785 95
A déduire pour remboursements de cotisations à suite de modifications ou d'annulations de polices	109 25
Reste en encaissements	6.676 70
Sur cette somme il y a d'abord lieu de prélever le cinq pour cent du fondateur, soit	333 85
Reste	6.342 85

A déduire :

Réassurances	3.315 90	
Frais d'encaissement des cotisations	126 70	
Frais d'imprimés, circulaires	269 00	4.397 30
Frais généraux et timbres	485 70	
Honoraires des censeurs	200 00	
Excédent de recettes		1.945 55
Sur cet excédent de recettes il y a lieu de prélever 25 pour cent pour amortissement des frais de premier établissement, soit		486 40
Reste disponible		1.459 15
Sur cette somme il est attribué :		
1° A la réserve statutaire 60 %, soit	875 50	948 45
2° A la Direction générale et au conseil d'administration par moitié entre eux 5 %, soit	72 95	
Par où il reste à distribuer aux assurés la somme de		510 70

Soit 7 fr. 55 pour cent des cotisations encaissées pendant l'exercice.

Sinistres : Il y a eu pendant l'exercice 1907 quatre sinistres à régler, savoir :

Dr CHARLES, à Meursault	50 45
Dr PIGNAL, à Annonay	150 »
M. FROGET, vétérinaire à Thizy	108 10
Dr MASSON, à Beaune	127 »
Soit au total	435 55

Cette somme, montant total des sinistres et des frais de règlement y afférents, a été remboursée par la compagnie réassureur.

CAPITAUX ASSURÉS : Il a été assuré pendant l'exercice 1907 :

Pour automobiles : 590.500 fr. dont 482.500 fr. *immédiats* et 108.000 fr. *de reprises.*

Pour motocyclettes : 79.000 fr. dont 76.000 fr. *immédiats* et 3.000 fr. *de reprises.*

Pour bicyclettes : 40.000 fr. dont 40.000 fr. *immédiats.*

Pour chevaux-voitures : 64.750 fr. dont 56.750 fr. *immédiats* et 8.000 fr. *de reprises.*

Pour incendie d'autos : 79.500 fr. dont 79.500 fr. *immédiats.*

Totaux : 853.750 fr. dont 734.750 fr. *immédiats* et 119.000 fr. *de reprises.*

Situation depuis la création, 12 juillet 1906, jusqu'au 31 décembre 1907.

I. — Il a été réalisé **145** polices formant un total de cotisations de.. 10.829.95
Il y a sur ce chiffre pour 3.223 fr. 20 de « reprises », (polices ne venant à effet que plus tard).......... 3.223 20
Reste pour polices à effet immédiat......... 7.606 75

II. — Sur les dites 145 polices il y a 82 polices automobiles, 24 polices motocyclettes, 14 polices bicyclettes et 25 polices chevaux-voitures.

III. — Les capitaux assurés au 31 décembre 1907, s'élèvent :

1° Pour les polices automobiles à..	946.150
2° — — motocycles à...	165.000
3° — — bicyclettes à...	80.000
4° — — chev.-voitures à	114.750
5° — — incendie-autos à	287.000
Soit au total à...........	1.592.900

IV. — Il a été payé, depuis les débuts quatre sinistres s'élevant ensemble à **435** fr. **55**, y compris les frais de règlements : — Le tout a été remboursé par la compagnie réassureur.

V. — Les dépenses diverses se sont élevées à...................... 6.193 10
qui se décomposent ainsi :

En 1906, frais d'encaissements de cotisations, frais généraux, imprimés de toute nature, honoraires des censeurs....	688 »	
Primes de réassurance	1.107 80	
En 1907, frais d'encaissements de cotisations, frais généraux, imprimés de toute nature, honoraires des censeurs..	1.081 40	
Primes de réassurance	3.315 90	
Total égal.....	6.193 10	6.193 10

VI. — Les frais de premier établissement, se sont élevés à la somme de.......................... 3.156 40
Il a été amorti en 1906 189 50 ; — — 1907 486 40 } 675 90
Il reste dû.............. 2.480 50

VII. — Il a été distribué aux assurés, à titre de bénéfices **7** fr. **55** c. pour cent de leurs cotisations.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Le blessé est responsable vis-à-vis de son médecin des honoraires calculés au tarif de droit commun.

JUSTICE DE PAIX DU LUDE (SARTHE).
26 décembre 1907.

Sur l'action principale :

Attendu que le Docteur B.... réclame à C.... la somme de trente-huit francs pour honoraires médicaux à la suite d'un accident du travail survenu à ce dernier le quinze mai mil neuf cent sept ;

Attendu que, pour repousser cette demande, le sieur C... prétend que les soins médicaux dont le paiement lui est réclamé dérivant d'un accident survenu à l'occasion de son travail, il n'était tenu du paiement qu'autant que ces honoraires seraient basés sur le tarif spécial prévu en pareille matière par l'arrêté ministériel du trente septembre mil neuf cent cinq ;

Que la somme de trente-huit francs était manifestement exagérée, en tous cas non conforme au tarif précité ;

Qu'établie sur les bases du dit tarif, il ne devrait que la somme de vingt et un francs dont il avait fait offre à la barre ;

Attendu qu'il est acquis aux débats que C... a fait lui-même choix du docteur B..... pour obtenir les soins que nécessite son état ;

Attendu que le droit légal, pour la victime d'un accident du travail, de choisir le médecin dans lequel il a confiance, ne saurait astreindre celui-ci, alors même qu'il s'agirait, comme dans l'espèce, d'un accident du travail, d'établir sa note d'honoraires d'après un tarif spécial à la matière ;

Que la loi de mil huit cent quatre-vingt-dix-huit ne saurait évidemment être appliquée que dans les rapports entre ouvriers et ceux qui les emploient, qu'à l'égard des tiers, le droit commun reprend son empire (Tribunal civil de Poitiers, 26 mars 1901, *Gazette du Palais*, 1—493);

Attendu, en effet, que pas plus que le tarif de l'Assistance gratuite, sous le régime initial de l'art. 4 de la loi du 9 avril 1898, le nouveau tarif officiel élaboré en exécution de la loi du 31 mars 1905, ne s'impose aux médecins et pharmaciens, ceux-ci restant en droit, comme auparavant, entièrement libres de débattre la rémunération de leurs soins ou le prix de leurs fournitures; que ce tarif a seulement pour effet et pour but, dans le cas où la victime d'accident du travail a fait choix elle-même de son médecin et de son pharmacien et où des contestations s'élèvent sur la quotité des prestations à la charge du chef d'entreprise de fournir une base préfixe aux décisions des juges de paix appelés à arbitrer ses prestations (Circulaire du Ministre du Commerce du 6 novembre 1905) ;

Attendu qu'il y a lieu, dans ces conditions, les honoraires réclamés n'étant contestés qu'eu égard au tarif commun appliqué, d'accueillir la demande du Docteur B... et de dire insuffisante l'offre de C...

Sur la demande additionnelle en dommages-intérêts:

Attendu que le demandeur n'établit pas et n'offre pas d'établir le préjudice qu'il a subi du fait de non-paiement des honoraires au jour exact où il les a réclamés, qu'il ne faut voir en cette demande en trois cents francs de dommages-intérêts qu'un moyen pour le demandeur de se ménager, le cas échéant, un recours en appel ;

Qu'il échet de rejeter cette demande en tous points mal fondée;

Attendu que la partie qui succombe doit supporter les dépens ; par ces motifs, statuant en audience

publique par jugement contradictoire et en premier ressort seulement.

Déclarons le docteur B.... bien fondé dans le principe de sa demande, insuffisante l'offre de vingt et un francs faite à la barre par C...

En conséquence, condamnons ce dernier à payer au Docteur B.... la somme de trente-huit francs qu'il lui doit pour les causes sus-énoncées avec intérêt de droit et aux dépens. Déboutons le docteur B... du surplus de sa demande parce qu'injustifiée.

*
* *

Il est acquis depuis longtemps en matière d'accidents du travail, conformément à la loi du 9 avril 1898, modifiée par la loi du 31 mars 1905, que l'ouvrier blessé est responsable vis-à-vis de son médecin des honoraires qui lui sont dus, calculés non pas au tarif de l'assistance médicale gratuite remplacé par le tarif dit tarif Dubief, mais bien conformément au tarif de droit commun c'est-à-dire au tarif ouvrier minimum local.

Pourtant la jurisprudence n'avait pas fixé ce point depuis l'élaboration du tarif Dubief. Il y avait 2 ou 3 jugements, antérieurs à 1901 et un seul postérieur à 1905, datant de juillet 1907 et émanant de la justice de Paix de Villefranche. Le jugement ci-dessus de M. le Juge de Paix du Lude (Sarthe) confirme celui de son collègue et fixe d'une façon définitive la jurisprudence sur ce point.

Cette question de tarif est trop simple et trop importante à la fois pour être ignorée des médecins. Cependant beaucoup encore ne sont pas au courant et il y a lieu d'y revenir à toutes les fois que l'occasion s'en représente.

Lors de la promulgation du tarif Dubief, tous les médecins en particulier et tous les syndicats se sont émus à juste raison, prévoyant que les Cies d'sssurances chercheraient à l'imposer comme tarif obligatoire. La prévision devait se réaliser et, de fait, chacun de nous, certes, a reçu la visite d'agents d'assurances venant affirmer avec un aplomb éhonté que ce tarif était obligatoire et non discutable.

De vieux médecins, peu habitués à ces questions nouvelles, à cette paperasserie qui n'a rien de médical et qui nous obligerait presque à avoir un secrétaire, s'y sont laissé prendre pour avoir la tranquillité. Des jeunes confrères, mal au courant de ces questions qu'on n'apprend pas à la Faculté, ont pu se laisser duper. C'est ce que cherchent les Cies d'assurances. A mon avis, la ligne de conduite à tenir en matière d'accident du travail doit être la suivante, conseillée par la plupart des syndicats, mais mise en pratique par de trop rares médecins :

Ignorer complètement les Cies d'assurances, ne connaître que l'ouvrier, porter les honoraires à son compte et le poursuivre devant la Justice de Paix s'il y a lieu. C'est le pis aller. Le meilleur moyen, c'est de faire le patron s'engager à payer les frais auquel cas vous devenez le médecin du patron, accepté par l'ouvrier, et le tarif Dubief reste lettre morte, puisqu'il n'est applicable qu'au cas où l'ouvrier a choisi lui-même son médecin (Justice de Paix de Villefranche, juillet 1907).

Il y a une formule excellente :

M........ profession......, demeurant à......., rue............., n°....., informe M. le Dr X........ que M. Y......., son ouvrier, vient d'être victime d'un accident du travail, le prie de lui donner les soins nécessaires et déclare prendre les frais à sa charge.

(Signature du patron).

Chaque médecin devrait faire imprimer un certain nombre de ces formules et lorsque le patron vous apporte à remplir les certificats d'accident pour la Mairie ou pour la Cie d'assurance, donnez-lui à remplir votre formule ; donnant donnant. Si le patron s'y refuse, refusez, vous aussi, et laissez le blessé aller chez un confrère. Mieux vaut, à tous points de vue, dignité et bénéfice, ne pas travailler que de travailler au rabais, *surtout au rabais imposé*. Le confrère en fera autant et le patron cèdera. La chose n'est pas impossible, puisqu'elle se fait dans certains endroits. Il est vrai que le confrère acceptera peut-être le malade dans les conditions qu'on lui imposera. *Peu importe, cela n'aura qu'un temps*, et cette façon de faire aura causé assez d'ennuis et de déboires pour lui faire comprendre, si indifférent ou si mauvais confrère qu'il soit, qu'il fait fausse route. Il ne faut jamais considérer celui qui peut faire mal, mais au contraire suivre celui qui est dans le bon chemin. Théoriquement, c'est superbe ; pratiquement, c'est la même chose ; et j'affirme ce paradoxe, à savoir : perdre les honoraires d'un accident payé au rabais, c'est placer de l'argent à gros intérêts.

Nous subissons une période d'évolution et de transition mal définie et mal équilibrée. De la manœuvre dépend le salut. Une faute de manœuvre peut faire sombrer la barque de notre indépendance et de notre dignité. Par conséquent, il faut du sang-froid, de la volonté ; il faut savoir aussi être un peu financier (je ne dis pas mercantile) et sacrifier quelquefois quelque argent pour en gagner davantage.

Le jugement précédent consacre la jurisprudence en cette matière, confirme cette manière de voir et de faire, et il faut remarquer qu'à l'audience, le défenseur de l'ouvrier était en l'espèce un représentant, à un titre quelconque, de l'assurance, mais sans qu'il y paraisse, n'étant officiellement que le mandataire particulier de l'ouvrier. Ce personnage a soutenu à la barre cette théorie que l'ouvrier étant accidenté du travail, le tarif Dubief seul était applicable. C'est bien la confirmation de ce que je disais plus haut, à savoir : imposer à tout prix le tarif Dubief. Bien que contraire à la loi, les Cies d'assurances, sous un déguisement quelconque, cherchent à faire adopter ce tarif en toutes circonstances. Cette thèse ridicule a également été soutenue : que les médecins qui sont syndiqués maintenant se soutiennent et ont la prétention de faire rétribuer les soins aux prix qu'ils veulent, ce qui ne devrait pas être admis. Ne serait-ce pas notre droit, n'est-ce pas celui de quiconque exerce une profession, vend une marchandise ou rend un service, et les Cies d'assurances n'ont-elles pas leurs tarifs pour le prix de leurs polices ? Font-elles les prix qu'on leur demande ? Plus que cela, elles veulent imposer les leurs. Chacun connaît midi à sa porte, dit un vieil adage populaire. Que les Cies d'assurances restent maîtresses chez elles, mais là seulement. Du reste, qu'aurions-nous à faire avec elles. Nous consulte-t-on lorsqu'un patron s'assure à telle ou telle Cie qu'il croit solvable et que nous ne considérons souvent pas comme telle ?

Je sais bien que les procès effrayent beaucoup de confrères. Le médecin n'est généralement pas d'esprit belliqueux, *mais je le répète, nous traversons une période de transition pendant laquelle il faut combattre. C'est la lutte pour la vie.*

On peut aussi se dire avec juste raison que même quand on gagne un procès, on perd, en ce sens qu'on a des frais. Raisonnement faux, car si on accepte les honoraires offerts par les Cies, il faut compter qu'on perd plus d'un tiers ; or, si on plaide, on obtient (naturellement quand on reste dans les limites du droit) ce à quoi on a droit et un tiers sert à payer l'avocat. On n'est pas plus riche, mais on a conservé sa dignité, on a empêché de se créer un précédent regrettable, et mieux vaut que la différence des honoraires tombe dans la poche d'un avocat qui nous a été loyalement utile que dans celle d'une Compagnie qui a cherché à nous exploiter.

Du reste, il ne faut pas croire qu'on est toujours

en procès. Un ou deux chez le même médecin ou dans le même pays sert de leçon aux Cies, aux patrons ; le post-scriptum de cet article en est la preuve.

On pourra objecter que les ouvriers vont être les victimes de cette façon de faire. Oui et non. Oui dans des cas exceptionnels, mais, eux aussi, subissent l'époque de transition et je ne sais vraiment pas pourquoi les médecins seuls feraient les frais de ce que la société tout entière, le progrès et l'évolution provoquent. Les ouvriers sont syndiqués, leurs syndicats étudieront la question et prendront des mesures. Chacun défend son bien. Du reste, nos associations ne demanderont pas mieux, j'en suis sûr, de travailler avec les leurs pour les aider à trouver une solution. Ouvriers en redingote ou en cotte travaillent tous pour le pain des vieux jours ; les premiers, d'extérieur plus brillant, souvent n'ont pas la bourse plus garnie, sans avoir l'espoir des retraites ouvrières. De plus, en dehors du bénéfice immédiat, il y a les précédents que les Cies d'assurances invoquent, près des confrères voisins, devant les tribunaux et qui serviront surtout d'armes dans la suite devant le Parlement pour faire adopter le tarif Dubief comme obligatoire en toutes circonstances. Le raisonnement est simple : puisque les médecins ont accepté ce tarif sans y être obligés, diront les assurances, c'est qu'ils l'ont trouvé suffisant ; pourquoi alors payer plus cher ; et s'il en est qui réclament des honoraires plus élevés, c'est que ceux-là nous exploitent.

Par conséquent, il faut réagir. Ces questions d'assurances doivent intéresser tous les médecins, les plus humbles médecins de campagne comme les autres, car s'ils n'ont pas souvent l'occasion de soigner les accidentés du travail dans les conditions de la loi de 1898, le fait peut se présenter parfois et une seule fois suffit pour leur créer de gros ennuis. Ces questions doivent d'autant plus l'intéresser à l'heure actuelle que bientôt les ouvriers agricoles seront assimilés en cette matière aux ouvriers de l'industrie. Quel que soit votre genre de clientèle, quelle que soit la somme d'honoraires que vous réclamez, grande ou petite, même *insignifiante*, ne cédez jamais devant la sollicitation malhonnête d'une réduction pour une Cie d'assurance.

Tout indigent accidenté du travail cesse d'être indigent du fait qu'il est blessé dans les conditions de la loi de 1898 et durant toute son incapacité de travail.

Dans ces conditions, il serait ridicule de considérer comme indigents ceux qui d'ordinaire ne le sont pas et de leur appliquer le tarif de l'assistance médicale. Du reste, une raison prime toutes les autres, et celle-là ne souffre pas de discussion : *c'est contraire à la loi.* La formule est brutale, mais elles doivent toutes être ainsi dans ce genre de relations. Et je n'hésite pas à poser la formule qui devrait être écrite sur la porte de notre cabinet de consultations pour l'honneur de notre corporation. *Un médecin ne discute jamais avec un agent d'assurances.* De plus en plus brutal !

Erreur aujourd'hui, vérité demain.

La morale de cette affaire, c'est que la Cie a réglé les frais en totalité, soit 38 francs d'honoraires et les dépens. Elle s'est substituée à l'ouvrier et a payé au nom de ce dernier.

P. S.— Une seconde affaire était pendante avec le même agent, représentant une autre Cie. Une note s'élevait à 17 fr. et la Cie offrait 9 fr. 50. Comme l'ouvrier avait quitté le pays pour aller habiter Saumur, la Cie pensait que, pour 17 fr., je ne ferais pas les frais d'aller le poursuivre à Saumur, et espérait que j'allais accepter 9 fr. 50. Mais reculer devant une Cie d'assurances, quand on est dans les limites du droit, n'est pas le propre d'un médecin. J'ai fait taxer ma note par le Syndicat, ce qui est une excellente précaution qu'on devrait toujours prendre. Le Président, au nom du bureau, a déclaré la dite note établie *au-dessous du tarif*, à 17 francs, alors qu'elle aurait dû s'élever à 22 francs. Je me suis alors adressé au Président du Syndicat de Saumur qui fort aimablement m'a indiqué l'avocat de son syndicat et j'ai fait envoyer un billet de paix à l'ouvrier qui a prévenu immédiatement l'agent d'assurance, lequel, moins héroïque qu'à l'audience de la Justice de Paix du Lude, s'est empressé de m'adresser les fonds par retour du courrier, et j'ai arrêté les frais.

L'affaire a eu de l'écho. Un confrère de ma résidence, huit jours après, faisait la même chose et obtenait gain de cause ; les ouvriers savent à quoi s'en tenir, les patrons se tiennent sur leurs gardes vis-à-vis des Cies qui dans le pays commencent à jeter le cri du cygne.

Comme conclusion, Confrères, intéressez-vous à tout ce qui a trait à ces questions ; conservez tous les articles qui en traitent, établissez des dossiers : ce sont des armes avec lesquelles on va au combat, assuré de la victoire.

Dr Billaud,
Le Lude (Sarthe).

(Extrait de la *Gazette médicale de Nantes.*)

CORRESPONDANCE

La rééducation au travail

Fresnoy-le Grand, 7 mai 1908.

Cher Collègue et ami,

Je pense que vous êtes l'auteur d'un article sur les accidents du travail paru dans le nº 14 du « Concours médical » 1908. C'est pourquoi je me hasarde à vous adresser ces quelques réflexions.

Vous dites qu'après la guérison, un accidenté du travail ne peut s'entraîner progressivement en faisant quelques heures de travail jusqu'à ce qu'il puisse le reprendre complètement.

Il est à ma connaissance que deux compagnies ont réalisé ce que vous désirez, ce que la loi n'a pas fait.

L'une d'elles libelle ses certificats de guérison de la manière suivante :

L'incapacité de travail a été totale du au et partielle du au .

Il se peut que ce soit sur mon conseil que cette Compagnie ait adopté cette modification, il y a 20 ou 25 ans, avant la loi sur les accidents ; elle m'a paru avantageuse pour les accidentés et pour les Compagnies ; j'avais remarqué que certains ouvriers pouvaient reprendre partiellement leur travail avant de le reprendre complètement.

La Compagnie du chemin de fer du Nord admet à un travail plus doux les agents qui n'ont pas recouvré leurs forces complètement.

Une autre Compagnie rédige ainsi les certificats.

« Le blessé a pu reprendre partiellement ses occupations le

Il pourra reprendre ses occupations entièrement le

Pour les autres Compagnies j'ai adopté le système suivant.

J'engage le blessé à travailler dès qu'il le peut, faire ce qu'il peut ; lorsqu'il reprend tout à fait son travail, je fais une moyenne entre le moment où il a travaillé partiellement et celui où il travaille complètement, pour établir son indemnité.

Je suis toujours, cher collègue et ami, bien cordialement à vous.

Painetvin.

P.-S. Quoique médecin depuis plus de 30 ans, de plusieurs compagnies, je tiens à ce que l'ouvrier ne soit pas lésé par les Compagnies de même que je tiens à ce que les Compagnies ne soient pas lésées par les ouvriers.

Réponse. — L'article de M. le Dr G. Duchesne devait évidemment provoquer l'exposé de toutes les suggestions nées de la pratique consciencieuse du médecin. Cette recherche de l'équité est tout à l'éloge du corps médical. Mais M. le Dr Paintevin est aujourd'hui à même de se rendre compte du succès de cette attitude devant les assureurs. Aussi, l'intérêt du blessé nous commandera le plus souvent de nous guider sur ses droits légaux.

Le service médical des douanes.

Le 5 mai 1908.

Monsieur et honoré confrère,

J'ai été au début, sinon l'un des fondateurs au moins l'un des promoteurs du *Concours* par mes articles sur le *tiers-état médical.* C'est moi qui ai lancé le mot.

Je m'en suis retiré pour des raisons toutes personnelles.

Aujourd'hui une partie notable de la corporation est gravement menacée dans ses intérêts.

Vous êtes une puissance avec laquelle les pouvoirs publics sont obligés de compter.

Je viens réclamer votre appui pour les médecins des douanes. Si vous voulez bien prendre la peine de lire la lettre de moi publiée dans le dernier numéro du *Journal des praticiens* (de Huchard), vous verrez de quoi il s'agit et jugerez en connaissance de cause de ce que pourrait faire votre journal.

Pour moi, l'état précaire de ma santé ne me permet plus malheureusement de me mêler de ma personne à aucune lutte. Je ne puis combattre que de loin.

Veuillez agréer, etc....,

Dr A. Coriveaud.

Mon cher Directeur,

J'ai recours à la grande publicité de votre journal pour aider un groupe important de nos confrères à se défendre avec moi contre les prétentions abusives d'une toute puissante Administration.

Voici le fait :

Le 1er février dernier, le Ministre des Finances prenait un arrêté réorganisant de fond en comble le service médical des Douanes. De par cette volonté souveraine et sans que rien nous ait fait prévoir ce changement, qui est pour nous presque une révolution, nous voilà transformés en fonctionnaires et, comme tels, soumis au serment préalable devant le Juge de Paix.

Nous serons désormais nommés par le ministre, *après avis du Préfet*, c'est-à-dire, en réalité, à la discrétion du député ou du sénateur auquel nous n'aurons pas eu l'heur de plaire, et révocables par le ministre sur simple lettre de lui nous annonçant, un mois d'avance, sa détermination.

Par contre, l'arrêté susdit nous impose un service très chargé puisqu'il comporte, outre le traitement des maladies courantes des agents, de leur famille et des agents de passage ou en congé, l'obligation de pratiquer *toutes* les opérations, les accouchements difficiles et les visites de nuit ou à une distance quelconque de notre domicile.

Pour cet énorme travail, on nous alloue des honoraires dérisoires et à forfait, soit environ de 0.35 à 0.40 centimes par intervention, depuis la banale consultation jusqu'à la plus grave opération.

C'est déjà joli, mais il y a un *Coda* à ce thème administratif.

Le médecin de douane est en outre chargé de surveiller l'exécution de ses prescriptions, la qualité des médicaments et aussi les logements et de consigner ses remarques tous les mois, sur un registre spécial. Cet arrêté paternellement prévoyant pour.. les autres, va même jusqu'à fixer le taux des honoraires à demander aux postulants : trois francs pour les civils, rien pour les parents des employés.

Bien que médecin des douanes depuis vingt ans et d'esprit très conciliant, je me refuse à obtempérer à cette sorte d'ukase attentatoire à la dignité de notre corporation. Les confrères de mon voisinage sont décidés à suivre mon exemple. Mais seuls, que pourrons-nous faire ? Il faut pourtant nous défendre en nous unissant, et la presse médicale peut nous être d'un grand secours. C'est pourquoi je me suis adressé à vous, mon cher Maître, qui dans votre vaillant journal savez si habilement mener de front les intérêts de la science et ceux de la pratique.

Les médecins du Médoc, auxquels je me suis joint, avaient demandé un forfait de 12 francs par agent et par an, majoré d'un franc par kilomètre parcouru pour se rendre auprès d'un agent malade, et le paiement des autres interventions au tarif ministériel des indigents. Il faudrait provoquer une réunion de médecins de douane auxquels on soumettrait ce projet de tarif en l'appuyant des déclarations suivantes :

Les médecins de la douane ne sont et ne peuvent être des fonctionnaires ; ils ne sont ni des salariés ni des subordonnés.

Nous sommes des auxiliaires, ou mieux des collaborateurs au besoin bénévoles et en tous cas indispensables.

Publiez cet appel, mon cher Directeur, faites-le parvenir aux confrères intéressés et croyez que vous aurez gagné la reconnaissance de bien des médecins qui souffrent et n'osent ou ne peuvent se plaindre.

Dr A. Coriveaud, à Blaye (Gironde).

(*Journal des praticiens*).

Il importe peu que notre distingué confrère de Blaye ne soit plus l'un des 6.500 membres du « Concours médical » s'il apporte une revendication d'intérêt général. Nous sommes, en effet, sans distinction de chapelle, avec tous les médecins qui souffrent, et toujours disposés à faire valoir les droits qu'ils se sont créés par la participation à nos œuvres de défense professionnelle.

C'est pourquoi le journal s'empresse de reproduire la lettre adressée au *Journal des praticiens*; c'est pourquoi nous avons personnellement approuvé au Conseil de l'Union des syndicats l'initiative de M. le Dr J. Noir réclamant intervention à ce sujet.

Mais, s'il est des médecins de la Gironde qui *n'osent ou ne peuvent se plaindre* en l'espèce, nous serions surpris que leurs syndicats régionaux soient restés inactifs et c'est avec plaisir que nous enregistrerons leurs *actes* de défensive.

La Rédaction.

Un diplôme encore s. v. p.

Marseille le 4 mai 1908.

Monsieur le Rédacteur en Chef du « *Concours Médical* », 23, rue de Dunkerque, Paris.

Décidément, les vilenies commises à l'encontre des Médecins n'ont pas de bornes. Je vous en signale une de plus :

Les médecins du service des mœurs de Marseille, dont je suis depuis 1902, ont reçu aujourd'hui la missive suivante du Préfet des Bouches-du-Rhône :

« Par suite de la réorganisation de la Police de Marseille, le nombre des médecins du service des mœurs, qui est actuellement de 16, sera réduit à six à partir du 1er juin prochain.

« Je suis chargé de vous aviser que l'Administration se trouve dans l'obligation de renouveler entièrement, à partir de cette date, le personnel des médecins qui reçoivent une indemnité pour leurs services. Les six places de médecins qui vont se trouver vacantes seront mises au concours. Les conditions et la date de ce concours seront fixées ultérieurement par arrêté préfectoral.

« M. le Préfet me charge encore de vous remercier, en son nom, du concours que vous avez prêté jusqu'à ce jour à l'Administration de la Police, et de vous assurer que la mesure prise, étrangère à toute considération de personnes, s'inspire uniquement des intérêts généraux du service et des nécessités financières reconnues par l'Administration Centrale !

« Veuillez agréer etc.. »

Ainsi, après des années de loyaux services (quelques-uns sont titulaires depuis 20 ans, on nous met à la porte sans nous donner nos huit jours !

Charmantes mœurs que les mœurs gouvernementales ! Il va falloir concourir. Et c'est au moment où le Congrès des Praticiens va s'agiter contre les diplômes spéciaux et les concours en général qu'une telle mesure est prise ! Vive la République sociale !

Agréez, mon cher confrère, l'expression de mes sentiments distingués.

Dr MONTEUX.

P. S.— Que ne met-on au concours les places de chargés de cours distribuées ici aux uns et aux autres ?

Vous pouvez faire de ma lettre l'usage que vous voudrez.

Réponse.—Nous enregistrons tout simplement. Mais notre confrère sera bien aimable de nous faire connaître le programme de ce nouveau concours, créé dans le but non dissimulé de confier à six solides gaillards la tâche qui incombait à seize près des vierges folles de Marseille. Le concours de spéculoscopie, vaginoscopie, etc... verra le jour au moment du Congrès de Lille : c'est une date. Declercq cherchait un sujet de chanson, la préfecture phocéenne l'aura servi à point.

Les médecins inspecteurs des Enfants-Assistés

Donzy, 17 février 1908.

Dans une lettre datée du 4 février, le Dr Pellerin revient sur la question du libre choix du médecin par les parents nourriciers des enfants assistés.

Je n'aurais pas répondu à son article s'il n'avait mis ma bonne foi en cause.

Il prétend, en effet, que, dans ma lettre, parue le 8 décembre, j'ai eu l'intention de réfuter ses arguments opposés à mon projet, mais qu'en réalité je me suis contenté de modifier ledit projet, ce qui est très commode pour avoir raison.

Si je ne m'abuse, j'aurais donc raison avec mon projet soi-disant modifié. La vérité est que je n'ai rien modifié du tout. Je n'ai fait que développer ce qu'un exposé sommaire non destiné à la publicité, bien qu'il ait paru dans le *Concours*, n'avait fait qu'esquisser. Le Dr Pellerin pourrait se documenter en lisant le *Bulletin* dont j'annonçais la publication en post-scriptum.

Aujourd'hui, et après plus ample information, il se voit obligé de s'écrier à deux reprises : « C'est très bien ! mais il fallait le dire ! » Eh bien ! tout cela avait été dit par moi le 8 août (1) à la réunion générale du Syndicat de la Nièvre. Le compte-rendu inséré dans le *Bulletin* en fait foi.

Quoiqu'il en soit, son approbation, quoique tardive, venant d'un médecin inspecteur des enfants assistés, me va droit au cœur et je serais tenté de m'écrier à mon tour : « Embrassons-nous, Folleville ! ».

Ceci dit, le Dr Pellerin m'oppose encore quelques objections. Qu'il me permette de les examiner. Il revient sur la question d'injustice entre confrères. Or j'ai beau me creuser la cervelle, je ne découvre rien, oh ! mais absolument rien d'injuste dans les propositions votées par le Syndicat de la Nièvre.

Nous respectons les situations acquises par nos confrères : nous ne demandons même pas la revision des grades, et pourtant !... Ce faisant, nous ne lésons personne, et il faut avoir l'épiderme bien sensible pour se sentir blessé par ces propositions. Nous ne supposons pas que les médecins inspecteurs considèrent leurs fonctions comme un fief transmissible à leurs descendants. Non ! ce serait faire injure à leurs convictions que de songer qu'ils voulussent rétablir l'hérédité des privilèges. C'était bon au temps jadis, sous les régimes déchus ; mais aujourd'hui, s'ils tiennent encore aux privilèges, nous voulons espérer qu'avec nous ils feront fi de l'hérédité.

Le Dr Pellerin n'admet pas le libre choix du médecin par les nourriciers parce que l'administration représente les parents et, à ce titre, a droit de choisir son médecin. J'ai déjà répondu à cette objection dans le no 47 du *Concours*, page 845. J'ai dit ce que je pensais de cette soi-disant *paternité qu'il ne faut pas confondre avec la tutelle.*

Si en droit, et du fait de cette tutelle, l'administration remplace les parents, en réalité, il est loin d'en être ainsi. Son rôle est surtout administratif.

Notre confrère, qui est en contact journalier avec les enfants assistés, pourrait-il me dire qui, de l'administration ou du nourricier, ceux-ci appellent leur père ou leur mère ?

Pourrait-il me dire aussi pourquoi le contrat qui lie le nourricier et l'administration ne s'applique pas aussi bien aux soins qui sont nécessaires à l'enfant en cas de maladie qu'aux soins matériels de l'existence?

La confiance ne se partage pas. Pourquoi l'administration, elle, opère-t-elle ce partage ? Je ne veux pas exposer ici les motifs de sa façon d'agir, nous les connaissons tous et nous savons que ce n'est pas uniquement par raison d'économie.

Puisque nous parlons d'économies, j'ai hâte de déclarer que le corps médical est las de supporter celles dont il fait journellement les frais.

Le Dr Pellerin parle toujours des dépenses qui, pour lui, sont un obstacle sérieux au libre choix. A l'entendre, on le croirait chargé de la grosse caisse administrative.

Qu'il se rassure ! L'administration pourra toujours quand elle le voudra, payer les visites au taux réduit que le médecin généreux et bon enfant lui consentira.

A cette occasion, je me permets de lui signaler en passant un fait qui s'est passé récemment dans la Nièvre.

La question d'économies avait été, lors de la discussion du libre choix, une des objections favorites d'un confrère porte-parole (!) de l'administration.

Or, savez-vous ce que nos loyaux adversaires, groupés en union syndicale, ont réclamé et obtenu

(1) La lettre à laquelle fait allusion le Dr Pellerin est du 8 septembre.

immédiatement de cette administration ? Une indemnité kilométrique ! Nous les félicitons de ce succès qui nous a été indiqué par un médecin de l'assistance à notre dernière réunion. C'est une preuve que l'administration, quand elle le veut, peut honorer ses médecins comme tout autre client. A quelque chose malheur est bon ! et nos confrères auraient tort de se plaindre des circonstances qui leur ont valu une si bonne aubaine.

Au sujet des circonscriptions, le Dr Pellerin se demande ce que deviendra le libre choix puisque les nourriciers ne seront pas plus libres qu'auparavant.

Afin de ne pas être accusé de modifier ma première pensée pour les besoins de ma cause, voici ce que j'ai dit à cet égard, d'après le compte rendu de la discussion de cette question (in *Bulletin du Syndicat*, page 27). Je transcris d'abord textuellement une note du Président qui fixe le débat :

« Le libre choix étant admis, en principe, par la majorité de l'assemblée, celle-ci ne peut plus être consultée, ainsi que le remarque plus loin le Dr Durand, que sur le point de savoir si — à défaut du libre choix, elle accepterait l'organisation en circonscriptions médicales. » (Note du président, page 26).

Voici une remarque à laquelle fait allusion la note ci-dessus :

« Après l'adoption du principe de la *liberté d'accès*, nous avons à nous prononcer sur celui de « *l'égalité des médecins, devant l'administration.*

« Si sous un prétexte quelconque, économie ou « autre, l'administration de l'assistance ne peut pas « accepter le libre choix du médecin par les parents « nourriciers des enfants assistés, il me semble juste « cependant que les pouvoirs publics tiennent compte de ce fait que, payant tous l'impôt, nous participions tous à la distribution de ses faveurs. Telle « est la raison qui explique la 2e proposition. Etes-« vous partisan de la création de circonscriptions « médicales pour tout médecin désirant participer à « ce service ?....

« C'est en vue d'alléger le montant des dépenses « que l'on a eu l'idée de créer des circonscriptions « médicales, et cela donnerait peut-être satisfaction « à tous. »

J'ajoute que cela doit donner satisfaction au Dr Pellerin qui a un souci tout particulier de ces dépenses.

Ainsi donc, nos préférences sont pour le libre choix et ce n'est que pour parer aux objections de l'administration qu'a été envisagée la création des circonscriptions. Ce libre choix, pour répondre au Dr Pellerin, deviendra ce que l'administration voudra.

Le libre choix du nourricier existe dans certains départements, notamment le Gers et les Ardennes, pourquoi serions-nous moins bien partagés que les autres ? N'est-ce pas, en résumé, la meilleure réponse à toutes les objections ?

Et maintenant, si nos justes revendications contrarient notre confrère Pellerin, s'il ne veut ni du libre choix du nourricier, ni des circonscriptions médicales, du moins s'unira-t-il à nous pour réclamer en dernier ressort la *mise au concours des places vacantes* de médecin inspecteur. L'honneur et le gain iraient ainsi aux plus érudits et, comme on dit au Palais, ce sera justice. Ce mode de nomination aurait de plus l'immense avantage de couper court aux intrigues et aux bassesses qui ne nuisent que trop à la dignité du corps médical.

Dr DURAND.

REPORTAGE MÉDICAL

Enseignement de la chirurgie dentaire. — Le Dr SIFFRE, professeur à l'Ecole Dentaire, reçoit à sa clinique, 2, rue Huyghens, Paris, les confrères désirant exercer l'art dentaire. Droit de stage : 100 francs par mois, comprenant : clinique, dentisterie opératoire et laboratoire de prothèse.

Facultés et hôpitaux.

Association d'enseignement médical des hôpitaux : M. Bergé (hôpital Lariboisière). Tous les matins, consultation externe.

M. Dufour (hôpital de la Maternité). Les mardis, à 11 h., cours réservés aux élèves sages-femmes de l'Ecole de la Maternité.

M. Hirtz (hôpital Necker). Lundi et vendredi matin, à 10 h. Examen, discussion des malades entrants. Diagnostic, pronostic et traitement.

Tous les lundis : consultations externes. Affections du système vasculaire. Maladies du foie.

M. Paul Le Noir (hôpital Saint-Antoine). Une série de 12 leçons sur le diagnostic et le traitement des maladies de l'estomac, sera commencée le lundi 15 juin, à 10 h. 1/4 (salle Axenfeld) et continuée tous les jours. Ce cours est gratuit.

M. Mosny (hôpital Saint-Antoine). Diagnostic de la tuberculose pulmonaire en dix leçons qui auront lieu chaque jour, sauf le dimanche et le jeudi, à 9 h. du matin, à l'hôpital Saint-Antoine (laboratoire Louis). Le nombre des élèves est fixé à 20. Ce cours est gratuit. Il aura lieu du 15 au 27 juin.

MM. Le Noir et Mosny feront leurs leçons, le même jour et successivement, à 9 h. et à 10 h. 1/4.

M. Sergent (hôpital Necker) fera tous les jours à 10 h., des exercices de médecine pratique (interrogatoire et examen d'un malade, discussion du diagnostic et des indications thérapeutiques, ordonnances).

M. Boissard (hôpital Tenon), fera des leçons cliniques au lit des malades, les mardis, jeudis et samedis à 10 h. 1/2.

En huit jours, du 17 au 24 août, enseignement de l'orthopédie indispensable et du traitement des tuberculoses externes, par le Dr Calot, en 10 leçons suivies de démonstration et d'exercices pratiques. Ecrire à son assistant, le Dr Privat, Institut, Berck-Plage (Pas-de-Calais).

Afin de permettre à certains étudiants de régulariser leur situation scolaire, des séries supplémentaires pour les travaux pratiques mentionnés ci-après, seront formées en juin 1908.

1re année : Chimie biologique, histologie, physique et physiologie.

2e année : Physique, histologie et physiologie.

3e année : Parasitologie, anatomie pathologique et chimie pathologique.

Seront seuls inscrits dans ces séries supplémentaires, après autorisation du Doyen :

1° Les étudiants n'ayant pas répondu à leur convocation pour une série régulière.

2° Ceux dont les notes d'assiduité et de travail ont été insuffisantes dans le cours de la série régulière. Pour être admis dans ces séries, les étudiants devront en faire la demande écrite à M. le Doyen avant le 31 mai 1908.

M. Macaigne, agrégé, commencera, le mardi 26 mai à 2 h., dans le laboratoire d'hygiène, une série de travaux pratiques de bactériologie médicale. Les leçons auront lieu chaque jour, excepté le jeudi, consacré à la revision.

Le droit d'inscription est de 50 francs. S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à 3 h.

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trentième année — N° 21 — Dimanche 24 MAI 1908

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Une idée pratique

Vous me demandez, mon cher rédacteur en chef, à quoi je pense — c'est une question non pas indiscrète, mais embarrassante — je pourrais vous répondre que je pense à tout le bien qu'a fait le *Concours médical*, mais vous diriez que ce n'est pas suffisant, et, si j'ajoutais « à tout le bien qu'il peut faire encore », vous trouveriez que mes réflexions ne sont guère fécondes.

Je préfère confesser humblement que je me suis endormi sur mon premier article et plaider les circonstances atténuantes ; je ne suis pas encore entré tout à fait dans la peau d'un rédacteur, fût-il occasionnel, et vous avez eu mille fois raison de secouer la paresse vers laquelle, je le sens, je me laisserais facilement glisser. Donc je reprends la plume.

Un sujet me tenterait peut-être, le médecin légiste : il est d'actualité, mais il ne peut être traité à l'improviste — et vous me dites attendre ma prose. Faut-il donc revenir aux sujets rebattus ? Pourquoi pas si on y peut trouver du neuf ?

Il me semble que, pour ces problèmes de médecine sociale dont nous poursuivons la solution pratique, nous ne faisons pas du tout le nécessaire pour arriver à un résultat rapide. Nous avons sans doute raison en théorie, mais nous n'entrons pas en contact assez immédiat avec le grand public auquel il faut des arguments simples mais topiques.

Des enragés, comme Diverneresse, ont fait des conférences, mais ce n'a été et ce ne sera que des exceptions ; d'autres ont composé de petites plaquettes à distribuer, mais c'est encore un moyen de propagande trop restreint et d'une action trop lente — il y a mieux à faire.

Et ce mieux, ce me paraît être l'image, l'image d'Epinal de notre enfance qui, elle, pourrait être, et sans grands frais, distribuée à profusion.

Pourquoi n'aurions-nous pas des images à l'usage des accidentés du travail, des mutualistes, des assistés, de tous ceux auxquels on prétend imposer un médecin ? Pensez-vous qu'ainsi les avantages du libre choix par l'intéressé ne s'imposeraient pas plus vite ?

Vous allez me dire qu'il n'est pas si commode que cela de composer une image convenable — je le sais, parbleu bien, et, s'il en était autrement, ce n'est pas un article, mais un projet d'image que je vous enverrais. D'ailleurs, ce que j'entends vous soumettre, c'est non pas cette idée d'images que d'autres ont eue sans doute avant moi, Vimont par exemple, mais le moyen pratique de la réaliser.

Il y a quelqu'un qui a plus d'esprit que Voltaire, c'est tout le monde — si nous nous adressions à *ce tout le monde médical* ?

Croyez-vous qu'il ne serait pas possible d'ouvrir, au *Concours*, un concours pour la confection de ces projets d'images ? Vous avez certainement parmi vos lecteurs des humoristes que la proposition fera sourire d'abord, mais qui prendront la plume ou le crayon et qui vous enverront, soyez-en certains, de petits chefs-d'œuvre.

Ceux qui ne savent pas dessiner pourront étudier simplement le commentaire de l'image, proposer le texte qu'un autre illustrera — collaboration imprévue qui nouera sans doute de solides amitiés.

On ferait appel à toutes les bonnes volontés.

Et comme je vous vois par avance opiner de votre bonnet directorial, je poursuis immédiatement :

L'image ne doit comporter qu'un sujet unique. Il ne faut pas brouiller les questions sous peine de confusion.

Ce sujet doit être traité en seize vignettes, chiffre fatidique de l'image d'Epinal.

Chaque vignette doit avoir 0 m. 08 de hauteur et 0,065 de largeur, non compris le texte.

Le texte ne doit pas dépasser quatre lignes ayant pour longueur la largeur même de la vignette.

Il n'est interdit ni de colorier, ni de mettre le texte en vers — ceci pour attirer les poètes !

On recevra tout : texte sans vignettes, vignettes sans texte, images partielles ou complètes. On exposera dans les salles du *Concours*, et le jury sera composé de *tout le monde*.

Le choix fait — il pourra porter sur un projet unique ou sur des vignettes détachées de divers projets et réunies — on publiera dans le *Concours* : ce sera un numéro de vacances qui fera sensation. Et si les groupements médicaux veulent bien aider par de légères souscriptions, on fera tirer à cent mille..... pour commencer.

Les manuscrits ne seront pas rendus, ils seront réunis dans un album conservé au *Concours* pour l'édification des générations futures.

Allons, dessinateurs, poètes en mal de rimes, philosophes, humoristes, batailleurs, paresseux, tous à l'œuvre !

Le concours est ouvert et on attend le premier envoi.

Un vieux praticien.

LA SEMAINE MÉDICALE

Diagnostic précoce de la tuberculose par les injections de tuberculine

Le Dr Marcel Serbource a étudié, dans sa thèse, le procédé de diagnostic préconisé par M. le Dr Claisse pour dépister, de bonne heure, la tuberculose pulmonaire. Ce procédé consiste dans l'injection de petites doses de tuberculine.

On emploie cette tuberculine à la dose de 1/10 de milligramme, répétée quatre fois au maximum — avec un intervalle de trois jours entre deux doses successives. Ce procédé s'inspire de la méthode des petites doses égales, basée sur la théorie de l'hypersensibilité.

On doit considérer comme atteint de tuberculose tout sujet qui, sous l'influence d'une ou de plusieurs de ces doses, présente une réaction générale, une réaction locale, ou les deux ensemble.

La réaction générale est caractérisée :

1° Par un signe constant : une élévation de température égale ou supérieure à 8/10 de degré centigrade.

2° Par d'autres signes très fréquents qui sont :

a) De la céphalalgie et de la somnolence ;

b) De la tachycardie en rapport avec l'élévation de la température ;

c) Un sentiment de fatigue avec transpiration, courbature générale et douleur lombaire ;

d) Une augmentation de la toux et de l'expectoration ;

e) De l'hypo-appétence avec état saburral de la langue.

La réaction locale existe seulement au niveau du tissu tuberculeux. Anatomiquement et cliniquement, elle consiste en une poussée inflammatoire.

Dans les tuberculoses externes, sa constatation est d'une importance capitale ; elle se traduit par l'apparition ou l'exagération des signes cliniques au point malade.

Quand il s'agit de tuberculose viscérale, il faut toujours la rechercher, quoiqu'il soit souvent difficile de la déceler.

Les renseignements obtenus par cette méthode auront d'autant plus de valeur qu'ils viendront s'ajouter à une observation clinique plus approfondie. Aussi, l'épreuve par la tuberculine sera-t-elle toujours précédée d'un examen très complet du malade. Cet examen est d'ailleurs rendu nécessaire :

a) Par la recherche des contre-indications possibles à la tuberculinisation ;

b) Pour permettre l'appréciation des modifications réactionnelles locales qui ont leur importance.

Le procédé de cuti-réaction à la tuberculine de M. Lautier.

M. le Dr Mahé-Desportes de Bordeaux, a étudié, dans sa thèse, le nouveau procédé de cuti-réaction de M. Lautier.

La tuberculine, qui est employée, est précipitée par l'alcool. Pour la préparer, on prend une culture de bacilles tuberculeux bovins datant de six semaines environ qu'on met à l'autoclave à 110°, pendant vingt minutes pour la stériliser et tuer les bacilles. On passe le tout au bain-marie 80° ou 90° ; et on évapore au dixième environ, puis on filtre et on recueille le filtrat. On précipite une première fois par l'alcool à 95°. Dans le cas où la précipitation se fait mal, il suffit d'ajouter une parcelle de chlorure de sodium au liquide pour qu'elle se produise immédiatement.

On filtre et on recueille sur le papier la tuberculine ainsi précipitée. On l'enlève par le raclage et on la met à sécher à l'étuve ou mieux dans le vide. On la dissout dans l'eau et on recommence deux fois ces opérations de façon à purifier le produit. On obtient alors une poudre blanchâtre qu'on broie très finement et qui est prête à être utilisée. *Technique de la cuti-réaction.* — Celle-ci consiste à appliquer sur la peau de la face externe du bras une boulette d'ouate imbibée de trois gouttes d'une solution de tuberculine au 1/100. Pour faciliter la diffusion du liquide et son contact prolongé avec l'épiderme, on recouvre la boulette d'un petit carré de gutta-percha. On complète le pansement avec de l'ouate et une bande de toile. Le tout est laissé à demeure pendant quarante-huit heures.

Comme on le voit, la technique est très simple ; les seules précautions qui sont à prendre sont de s'assurer que la peau est intacte, sans écorchures ou éraflures, dépourvue, à l'endroit où l'on va faire l'expérience de cicatrice de vaccin, enfin dans un état de propreté satisfaisant. Certaines peaux se prêtent mal à la diffusion de la tuberculine : il suffit dans ces cas de les laver au préalable avec l'éther ou l'alcool à 90°. Comme le fait remarquer M. Lautier, nous avons été amenés à choisir le bras parce qu'il est assez facile d'y appliquer un léger pansement sans gêner le malade ; la réaction autrement se présente dans les autres régions, comme il nous a été donné de le constater. La boulette de coton hydrophile doit

être toute petite, à peine de la grosseur d'un pois, peu serrée afin qu'elle soit fortement imbibée par la tuberculine et que ce résultat soit acquis avec trois gouttes au maximum. C'est un point sur lequel nous désirons appeler l'attention, car, à notre avis, il convient de faire absorber le moins de tuberculine possible à ses malades : elle peut ne pas être sans préjudice pour eux dans quelques cas, rares cependant.

Nous avons essayé d'éliminer toutes les causes d'erreurs possible et c'est pourquoi nous avons écarté le rasage qui, par lui-même, peut être une cause d'irritation et devenir l'origine d'une réaction pouvant cacher celle de la tuberculine ou bien la simuler. Dans ce cas, l'interprêtation de la réaction devient difficile et une erreur peut se glisser dans l'interprétation des résultats.

Nous conseillons d'employer de préférence la tuberculine T, qu'il est beaucoup plus facile de doser, qui permet d'avoir facilement les solutions au titre désiré et cela de la façon la plus aseptique ; on écarte ainsi la possibilité d'infections cutanées dues à des agents étrangers à la tuberculine elle-même.

Nous nous sommes servis au cours de nos expériences de plusieurs solutions à des titres divers, au 1.50, au 1.100, au 1.200.

Avec la solution au 200, nous avons obtenu des réactions légères et fugaces.

Avec la solution au 1.200, nous avons obtenu des réactions très nettes, mais pas sensiblement meilleure qu'avec celle au 1/100.

Aussi, est-ce à cette dernière solution que nous donnons la préférence.

Date d'apparition. — *Nature de la réaction.* — Durant les vingt-quatre heures qui suivent l'application de la tuberculine, les malades accusent, quand la réaction doit être positive, quelques démangeaisons qui vont, en général, en augmentant jusqu'à la quarante-huitième heure, rappelant au dire des malades les sensations qu'ils éprouvèrent lors des vaccinations antérieures. Elles vont s'atténuant ensuite, le troisième jour, pour disparaître peu à peu, puis complètement. On ne saurait tirer une valeur pronostique de l'intensité et du caractère de ces démangeaisons, les malades à la peau fine et sensible et les nerveux exagèrent toujours en pareille occurence ce qu'ils éprouvent.

Au bout de quarante-huit heures donc on enlève le pansement : voici ce qui se passe. Tout d'abord l'œil le plus attentif ne découvre rien, sauf une rougeur inusitée de la peau et parfois quelques papules quand la réaction doit être très forte ; ce n'est que dans la demi-heure qui suit la libération du bras que les caractères de la cuti-réaction rcommencent à se révéler, caractères qui augmentent progressivement d'intensité pour rester définitivement fixes au bout d'une heure.

On la reconnaît aux caractères suivants : rougeur, épaississement, sécheresse au toucher, rugosité, démangeaisons provoquées par l'effleurage de la peau, parfois douleur causée par une pression profonde.

La cuti-réaction suivant le procédé de M. Lautier, donne à la fois des sensations visuelles et des sensations tactiles. Tantôt elle est très nette, tranchant très fortement sur l'aspect de la peau voisine, tantôt très légère et a besoin d'être recherchée très soigneusement. Avec M. Lautier, nous décrirons trois degrés présentés par la cuti-réaction.

1° *Réaction forte.* — A ce degré, il existe au niveau du contact de la tuberculine un placard érythémato-papuleux à teinte légèrement cuivrée, tranchant sur la peau saine ; les contours en sont nettement dessinés et forment un véritable bourrelet irrégulier perceptible à la vue et au toucher qui fait relief sur les parties voisines. La peau semble épaissie, boursoufflée ; sa surface est irrégulière, chagrinée ; si on l'examine de plus près à la loupe, on voit çà et là quelques petites vésicules qui font sourdre à la pression une petite gouttelette d'un liquide incolore. Au toucher, ce placard donne une sensation de rugosité et de sécheresse qu'on ne retrouve pas sur les parties voisines ; si l'on soulève la peau à cet endroit, on est frappé de son manque de souplesse.

A l'effleurage de la peau, le malade accuse de vives démangeaisons ; si l'on appuie profondément le doigt, il éprouve de la douleur.

Cette réaction dure, en général, assez longtemps : il n'est pas rare de la voir persister en s'atténuant peu à peu de six à quinze jours et même vingt jours.

En premier lieu, les démangeaisons disparaissent, puis vésicules et papules s'entourent d'une collerette épidermique, s'atténuant à leur tour, seule persiste la rougeur de la peau qui va finir par desquamer, puis, tout rentre dans l'ordre. La réaction a disparu.

2° *Réaction moyenne.*— A ce degré, la réaction, au lieu de se montrer sous la forme d'un placard continu, se trouve constituée par des îlots multiples séparés par des intervalles de peau présentant une coloration rougeâtre. Chacun des îlots est constitué comme le placard décrit plus haut : il en est la réduction, il en présente tous les caractères, tous les éléments de la réaction s'y retrouvent, sauf la vésiculation et la douleur à la pression profonde que nous avons signalée plus haut.

La réaction, dans ces cas, ne va guère au-delà de quatre ou cinq jours ; son évolution est celle que nous venons d'indiquer pour la réaction du premier degré.

3° *Réaction faible.* — Dans un troisième degré, la réaction est très légère, difficile à apprécier parfois pour un œil peu exercé. Ce qui domine ici, c'est la rougeur de la peau faisant un léger relief sur les parties voisines ; parfois cinq à six papules complètent le tableau, tantôt distantes les unes des autres, tantôt reliées, par de légères traînées rougeâtres. Nous retrouvons ici les démangeaisons exagérées par l'effleurage qui persistent à peine pendant vingt-quatre heures. Cette réaction est très fugace durant de douze à vingt-quatre heures, ne dépassant jamais deux jours.

Nous nous sommes demandé si cette réaction était bien due dans le procédé de M. Lautier à la tuberculine employée ; de concert avec l'auteur, nous avons entrepris la série d'expériences suivantes :

1° Nous avons appliqué directement sur la peau saine d'individus sains, des petits carrés de gutta-percha humectés ou non d'eau et sans tuberculine, nous avons maintenu le tout en place pendant quarante-huit heures. Pas de réaction.

2° Nous avons répété la même expérience sur des individus ayant réagi fortement à la cuti-réaction. Pas de réaction.

3° Nous avons interposé entre la gutta-percha et la peau une boulette de coton, sec, imbibée d'eau stérilisée, ordinaire, d'alcool, d'éther, de glycérine pure et en solution à titres variables ; jamais nous n'avons eu de résultats positifs ni chez les sujets sains, ni chez les sujets tuberculeux.

Nous avons donc été amenés à conclure que la cuti-réaction que nous avons obtenue était bien due à la tuberculine.

Nous devons ajouter qu'au cours de nos expériences, nous n'avons jamais constaté de compli-

cations locales (lymphangite, érysipèle, engorgement ganglionnaire), ni de réactions générales (fièvre, lassitude, céphalée).

Valeur du procédé. — Mais cette réaction est-elle spécifique ? Peut-on se baser sur elle pour faire le diagnostic de tuberculose chez les sujets qui la présentent. Cette recherche a fait l'objet de nos travaux. Nous avons expérimenté chez les sujets sains, les sujets nettement tuberculeux et les suspects.

La clinique avec toutes les ressources dont elle dispose, aidée du contrôle de l'ophtalmo-réaction nous ont permis de donner une base solide à nos expérimentations.

De l'examen de toutes nos observations, il semble résulter que nous avons dans la cuti-réaction Lautier, un procédé commode, capable d'apporter à la clinique un peu de lumière dans les cas où les lésions tuberculeuses sont difficilement décélables ; sa valeur diagnostique ne nous a pas paru sensiblement inférieure à celle de l'ophtalmo-réaction, qui nous a servi de contrôle dans un grand nombre de nos expérimentations

Nous avons pu constater en effet que :

1° Les sujets sains ne présentent jamais de cuti-réaction suivant ce procédé et nous entendons par sujets sains, tout sujet n'ayant aucune lésion tuberculeuse décélable cliniquement et chez lequel l'ophtalmo-réaction ne s'est point présentée après l'instillation dans l'œil, d'une goutte de tuberculine au 1 /100.

2° Que les sujets tuberculeux réagissent le plus souvent et que la cuti-réaction est parallèle à l'ophtalmo-réaction, c'est-à-dire qu'un sujet ayant présenté une ophtalmo-réaction violente présente une forte cuti-réaction et inversement.

3° Que les adultes réagissent aussi bien que les enfants, contrairement aux conclusions de Von Piket, qui n'accorde de valeur à sa méthode qu'aux enfants au-dessous de deux ans.

4° Que dans les cas de tuberculose où l'ophtalmo-réaction fait défaut, la cuti-réaction manque elle aussi.

Nous pensons donc qu'on peut l'employer au même titre que l'ophtalmo-réaction, c'est-à-dire à titre d'adjuvant de la clinique, que tous les procédés de tuberculino-diagnostic ne doivent point faire oublier, et nous ne saurions mieux terminer cette étude qu'en citant ici le jugement de Wolff-Eissner sur les réactions locales à la tuberculine.

« La découverte des réactions locales à la tuberculine et leur emploi séméiologique ouvre vraisemblablement une ère nouvelle en médecine. Les réactions constituent une méthode importante, mais elles ne signifient rien si elles ne sont secondées par la clinique. S'en référer uniquement à l'ophtalmo-réaction, en négligeant les investigations cliniques, serait à coup sûr une faute et un danger ; il est nécessaire de mettre le médecin en garde contre une appréciation exagérée et trop enthousiaste de la valeur de l'ophtalmo-diagnostic et il est bien difficile de dire ce qu'il faut en penser. »

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Les vers intestinaux sont-ils une cause provocatrice de fièvre typhoïde.

On connaît l'opinion récemment émise par M. Guiart en matière d'étiologie de la fièvre typhoïde. Selon cet auteur, les vers intestinaux doivent être considérés comme les agents indispensables à l'éclosion de la dothienentérie, et tout individu dont l'intestin est libre de vers parasites peut boire impunément de l'eau contaminée sans contracter la fièvre typhoïde.

Cette notion, si elle était confirmée, serait grosse de conséquences pratiques. Est-elle exacte? M. Chantemesse a entrepris, en collaboration avec M. Rodriguez, une série d'études en vue d'établir si oui ou non il convient d'attacher une telle importance à la présence de vers parasites dans l'intestin. Ayant recherché d'une façon systématique les vers ou leurs œufs dans les garde-robes d'un grand nombre d'individus, typhiques ou non, ces auteurs concluent, en un sens tout opposé aux idées de M. Guiart, par les propositions suivantes :

1° Les vers intestinaux, et en particulier les trichocéphales, accusés d'être une cause de fièvre typhoïde, paraissent innocents de ce méfait.

2° Les trichocéphales ne jouent aucun rôle dans l'étiologie, le diagnostic et le pronostic de la fièvre typhoïde.

3° Il serait dangereux d'abandonner les mesures de prophylaxie ordinaires : pureté de l'eau potable, désinfection des matières souillées, etc., pour leur substituer des précautions de thérapeutique individuelle préventive ne visant que la destruction et l'expulsion des helminthes intestinaux.

Les végétations adénoïdes chez l'adulte.

On admet généralement — ce qui est exacte d'ailleurs — que les végétations adénoïdes commencent à s'atrophier vers la fin de l'adolescence. Cette régression, rapide et considérable chez certains sujets, est beaucoup plus lente et plus modérée chez d'autres. De là la possibilité d'observer à l'âge adulte, dans le naso-pharynx, des végétations assez volumineuses, reliquat d'adénoïdes de l'enfance. Pour apprécier la fréquence de ces végétations adénoïdes de l'adulte, M. Chavasse a examiné 3.000 jeunes gens, pris au hasard, admis dans son service du Val-de-Grâce, et il a trouvé 342 sujets porteurs de ces productions. Les tumeurs adénoïdes seraient donc communes à l'âge adulte. Elles entraînent les mêmes accidents (obstruction nasale, otites, etc.) que dans l'enfance.

Fréquence de l'ulcéro-cancer de l'estomac.

De l'examen histologique de 94 cas de cancer de l'estomac, M. Hayem conclut à la fréquence de l'ulcéro-cancer. Vingt-et-un de ces cas, en effet, se rapportaient à un ulcère gastrique dégénéré en cancer.

Cette transformation paraît spéciale à l'ulcère pré-pylorique. Quant à l'évolution clinique de la maladie, elle se fait souvent à la façon du cancer, la phase ulcéreuse passant inaperçue.

Action du bicarbonate de soude sur la sécrétion gastrique.

Quelle est l'action du bicarbonate de soude sur la sécrétion gastrique ? Les opinions des au-

teurs sur ce point intéressant de physiologie ne sont pas très concordantes. Qu'on en juge :

Le bicarbonate de soude excite la sécrétion gastrique à doses faibles et la déprime à doses fortes (expériences de Claude Bernard).

Le bicarbonate de soude excite la sécrétion gastrique quand il est administré avant le repas et il la déprime quand il est donné au moment du repas (opinion de M. Gilbert).

Le bicarbonate de soude est toujours excitant de la sécrétion gastrique (opinion de MM. Linossier et Lemoine, Robin, A. Mathieu).

Le bicarbonate de soude est toujours dépresseur de la sécrétion gastrique (opinion de Pawlow et ses élèves).

Le bicarbonate de soude est toujours nuisible au type sécrétoire de l'estomac ; il exagère l'hypochlorhydrie comme l'hyperchlorhydrie (opinion de M. Hayem).

En face d'avis aussi contradictoires — dans leur forme tout au moins — le praticien (s'il n'avait pas la clinique pour le guider) pourrait éprouver un réel embarras à prescrire ce médicament. Les recherches nouvelles de MM. Linossier et Lemoine, récemment communiquées à l'Académie de médecine, ont l'avantage d'expliquer dans une certaine mesure les divergences des physiologistes et rendent, par cela même, les indications de cet agent thérapeutique plus nettes.

Le bicarbonate de soude, disent MM. Lemoine et Linossier, est, pour nous, toujours un excitant de la sécrétion gastrique, mais, dans la réalité, son action excitante, *physiologique*, vient se combiner à une autre action, *chimique*, qui est la saturation de l'acidité du contenu stomacal. L'effet définitif est la résultante de ces deux actions. Ainsi, lorsque la dose du sel alcalin est forte, le suc gastrique — malgré l'excitation — peut être finalement à peine acide ou même alcalin.

Dans ces conditions, si l'on veut utiliser les propriétés excitantes du médicament, il faut le donner avant le repas, sans dose massive. Si l'on recherche les propriétés saturantes, il faut le prescrire après le repas, à dose assez élevée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Hypertrophie mammaire et sécrétion lactée abondante chez une nouveau-née

Une légère tuméfaction des glandes mammaires et une ébauche de sécrétion lactée sont presque physiologiques chez le nouveau-né, aussi bien garçon que fille. Quelquefois, les phénomènes en question prennent une intensité anormale, les mamelles du petit enfant deviennent volumineuses et laissent sourdre une quantité assez notable de lait.

MM. Apert et Bucaille signalent un cas de ce genre. Chez une fillette qu'ils ont observée, deux jours après la naissance se produisit une montée laiteuse, avec saillie considérable des deux seins qui recouvraient toute la poitrine. Des mamelles de l'enfant, on pouvait extraire facilement, en une seule fois, une dizaine de centimètres cubes de lait. Ces phénomènes commencèrent à se calmer vers le quinzième jour.

La stomatite mercurielle de l'huile grise.

M. Gaucher rapporte, en collaboration avec M. Bory, une huitième observation de stomatite grave consécutive aux injections d'huile grise.

La stomatite de l'huile grise a une allure particulière. Elle est gangréneuse et nécrotique. Après avoir débuté comme une stomatite banale, elle frappe de nécrose le maxillaire. L'os se tuméfie, ainsi que les tissus qui le recouvrent, et il en résulte une infiltration sous-maxillaire dure, ligneuse. L'affection évolue alors soit vers la guérison, soit vers l'aggravation. Dans ce dernier cas, les lésions gagnent le pharynx et la trachée, d'où œdème de la glotte, infection générale, broncho-pneumonie, hémorrhagies foudroyantes par ulcération des vaisseaux.

La thérapeutique de ces accidents comportera, en dehors des soins ordinaires applicables à toutes les variétés de stomatite, l'excision chirurgicale précoce des nodules que l'on peut sentir à la place où furent faites les injections, et un drainage soigneux de la région sous-maxillaire.

Mais, la meilleure thérapeutique sera la méthode préventive.

Cette observation, dit M. Gaucher, comme celles qui lui sont antérieures, soulève la question du *danger des injections d'huile grise*. Les erreurs de dosage et de technique sont peu graves quand on injecte des sels solubles. Quand il s'agit d'huile grise, une simple erreur, une idiosyncrasie même peuvent mettre la vie du sujet en danger. Aussi M. Gaucher considère-t-il les injections d'huile grise comme une *méthode d'exception*, dans la cure anti-syphilitique.

M. Queyrat, partisan et défenseur de l'huile grise, est d'un avis tout différent. Sans nier les accidents qu'elle est susceptible de causer, il pense que ces accidents sont rares, relativement au grand nombre d'injections d'huile grise pratiquées tous les jours. Ces accidents, de plus, seraient le résultat de fautes évitables et, même déclarés, pourraient être amendés par une thérapeutique convenable.

Voici les précautions, nombreuses et minutieuses, considérées comme essentielles par M. Queyrat, dans l'emploi de l'huile grise. Il faut :

1° Examiner les urines. Si elles sont albumineuses, rejeter l'usage des préparations mercurielles insolubles.

2° Exiger du malade une hygiène rigoureuse de la bouche (suppression du tabac, de l'alcool, des mets épicés, gargarismes et bains de bouche avec une solution de chlorate de potasse à 25 pour 1000, brossage des dents au savon et à la brosse douce).

3° S'assurer, avant chaque injection, de l'état des gencives. Suspendre les injections si les gencives apparaissent tuméfiées. Les suspendre également si l'on voit une nodosité succéder à la précédente piqûre, dans la fesse.

4° Suivre une technique minutieuse de l'injection (employer une aiguille de 6 centimètres, l'enfoncer en plein muscle, ne faire l'injection qu'après s'être assuré qu'il ne sort pas de sang par l'aiguille, injecter dans l'aire d'un demi-cercle que limitent : en haut le pourtour de la crête iliaque ; en bas, une ligne droite, menée transversalement à deux travers de doigt au-dessus du grand trochanter.)

5° Eviter la production des nodules, cause efficiente par excellence de la stomatite, puisqu'ils séquestrent le mercure (en faisant bien l'injection en plein muscle, en ne laissant pas fuser le mercure, lorsqu'on retire l'aiguille, le long du trajet de la piqûre : pour cela, soulever l'aiguille légèrement, de 4 ou 5 millimètres, de façon à lui faire perdre contact avec la petite masse d'huile injectée, puis l'enlever brusquement).

6° Employer une huile grise absolument homogène.

7° Injecter des doses convenables, pas trop fortes : 0 gr. 07 centigr. pour un sujet de poids moyen, constitue la dose hebdomadaire qu'on ne dépassera que dans des cas déterminés et en tâ-

tant progressivement la sensibilité du malade. Ne pas faire plus de huit injections par série.

S'il survient une stomatite, s'y attaquer énergiquement dès le début, par les moyens suivants :

1° Suspension absolue de tout traitement mercuriel, quel qu'il soit.

2° Soutenir les forces du malade par l'alimentation (le lait, bien entendu, s'il y a albuminurie), le quinquina, le café, etc.

3° Tonifier le cœur par les injections de caféine.

4° Faire toute les heures une irrigation buccale avec le bock et une canule souple, en alternant la solution de chlorate de potasse à 25 pour 1000, l'eau phéniquée à 1 p. 100, l'eau oxygénée neutralisée, pure ou coupée avec un quart d'eau bouillie.

5° Badigeonner les ulcérations avec de la teinture d'iode.

6° Injecter de l'eau de mer, ou du platine colloïdal, pour combattre les infections surajoutées et l'intoxication de l'organisme.

7° S'il y a des nodules et que la stomatite ne se modifie pas, les extirper, après examen radioscopique, afin de s'assurer qu'il s'agit bien d'un amas de mercure et non pas d'un petit hématome. On pourrait encore favoriser l'élimination du mercure par les bains sulfureux et l'iodure de potassium.

P. L.

PRATIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE
DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

J'ai signalé dans un article précédent la nécessité, pour le praticien qui veut soigner convenablement les blessés du travail, d'avoir une installation suffisante pour faire face aux éventualités courantes.

Jadis on faisait un pansement au petit bonheur, et surtout on éloignait de son cabinet les malades gênants ou sales. Ils payaient peu ou pas, d'ailleurs, et se dirigeaient presque d'eux-mêmes et par la force des choses, vers l'hôpital.

Au point de vue de la défense professionnelle médicale et ouvrière, ce sera le grand mérite de notre ami Divernéresse, d'avoir ramené vers le médecin de famille cette masse considérable de malades dont on doit prendre un légitime soin. D'indigents ou de nécessiteux qu'elle était composée, cette clientèle est devenue moyenne et de paye à peu près assurée.

Beaucoup d'entre nous ont déjà fait, d'ailleurs, le nécessaire, et un grand nombre de cabinets de médecins ont aujourd'hui une petite salle en annexe qui n'est autre qu'une salle de pansements ou d'opérations d'urgence.

Quelles que soient ses dimensions, cette pièce doit être éclairée largement, soit naturellement, soit par des moyens artificiels. Il y a actuellement des éclairages pratiques et qui peuvent être installés partout : becs à incandescence en particulier, lampes à alcool, au lusol, etc.

Le sol peut être dallé, mais un bon linoleum suffit ; on le lave ou on l'encaustique et c'est toujours propre.

Les murs doivent être peints de préférence ; au besoin recouverts d'un papier vernissé ou se lavant ; mais usons des nuances claires, rien ne vaut le blanc.

Une table de bois blanc à quatre pieds solides, suffit très bien ; on la peindra en blanc aussi et avec des peintures qui donnent un beau vernis et se lavent aisément.

La hauteur n'est pas indifférente. Il ne faut pas une table basse où on se donne un lumbago pour peu qu'on ait un pansement de quelque durée à faire. Toutefois, cette hauteur doit varier avec la taille de l'intéressé qui demeure le meilleur juge. Je propose 0.65 centimètres. La largeur doit être suffisante pour qu'un patient corpulent puisse tenir à l'aise ; je conseille 0.55 à 0.60 centimètres. Enfin la longueur sera de 1 mètre 80 qui convient à tous les cas.

Une table de ce genre, dite table d'office, avec un pied en T pour assurer la solidité, m'est revenue à 17 francs au bazar de l'Hôtel-de-Ville ; ce n'est pas ruineux, on en conviendra.

Suivant le goût de chacun et surtout suivant la place dont on dispose, on peut, soit prendre une table de 1 mètre 80 de long ou en faire faire deux qu'on met bout à bout en cas de besoin ; l'une aura un mètre de long et l'autre 0.80 centimètres.

Je conseille de mettre à l'une des extrémités de cette table deux porte-cuisses, qui serviront aux lavages, ou examens de la région ano-périnéale ou bien aux explorations génitales pour les maladies des femmes. Ayant l'installation, il ne serait pas sage de ne la disposer qu'en vue des soins aux seuls blessés du travail.

Un coussin en crin ou en warech recouvert de toile cirée, sur lequel on dispose une serviette, suffit pour appuyer la tête.

De cette façon, si un blessé se trouve mal, on n'est pas embarrassé et obligé de faire un pansement avec l'homme à terre, ce qui est très fatigant. Quelques tablettes aux murs serviront à disposer les objets nécessaires dans tous les cas, cuvettes, plateaux, boîtes et bocaux, flacons, etc.

Une ou deux tables volantes compléteront l'installation avec deux ou trois sièges en bois peint, un escabeau à deux marches est encore nécessaire pour faciliter l'accès de la table ou pour en descendre.

Il est bien entendu que si on peut avoir un poste d'eau avec vidange on aurait tort de ne pas l'installer, mais que tout cela soit simple et avec le moins de tuyaux, de conduites et de robinets saillants dans la pièce ; c'est autant de nids à poussière et ce n'est pas utile. On peut faire de bonne chirurgie et des pansements très propres avec de l'eau chaude ayant bouilli, et de simples cuvettes. Une eau bien savonneuse est un bon antiseptique.

On trouve en émail tous les objets nécessaires : cuvettes, plateaux, grands récipients pour pansements sales qui seront brûlés plutôt que jetés à la rue ou mis aux ordures. Cette dernière pratique n'est pas sans danger et le médecin doit donner l'exemple de la prophylaxie. Un réchaud à gaz ou à alcool permettra de faire bouillir l'eau et de stériliser les instruments.

Certes, on peut avoir étuve sèche, autoclave, etc., mais je ne vise en ce moment que l'installation minimum. Parbleu, si vous voulez du luxe, vous n'avez qu'à vous adresser à l'une des nombreuses maisons, qui exposent chaque année au moment du Congrès de chirurgie, vous aurez un petit palais. J'en suis revenu, pour la pratique courante, à l'ébullition qui ne donne point de mécompte. Une boîte à asperges, une poissonnière ou tout autre récipient avec panier reçoit les instruments, on y ajoute de l'eau, de pluie de préférence. Il y a des pays où l'eau est tellement calcaire que les instruments sont détériorés en quelques jours et, bien que stériles, ils ne sont pas engageants. Faire usage de pinces, de ciseaux, de sondes, tout noirs, c'est presque opérer avec des mains sales.

Ayons la coquetterie de notre art !

Correspondance hebdomadaire
(*Suite*).

Réponse. — Permettez-nous de nous étonner d'abord qu'un membre du « Sou médical » et du « Concours médical puisse ignorer le Décret du 30 septembre 1905, plus connu sous le nom de « tarif Dubief », et qui constitue le tarif officiel établi conformément à la loi sur les accidents du travail pour être applicable aux honoraires médicaux dans le cas où le médecin a été choisi par l'ouvrier sinistré.

Quant à l'application de ce tarif spécial aux cantonniers et autres fonctionnaires, le *Concours* a également abordé cette question dans son n° 40 de 1907, page 723, et dans son n° 43 de la même année, page 776, sous le titre : « La généralisation abusive du tarif Dubief », qui suffirait à lui seul à indiquer le sens de notre opinion sur la question.

Dr C. à A. à *Concours*. — Je viens de voir dans mon cabinet un ouvrier envoyé par un client. Hier, cet ouvrier, en soulevant des bourrées a senti une douleur dans l'aine gauche. Il a été défaire son pantalon et a aperçu une grosseur dans l'aîne gauche. La hernie a donc été produite par le travail. Il y a justement un commencement de hernie. Le patron peut-il se considérer comme assuré ? La hernie est-elle reconnue dans des cas semblables comme accident du travail. Si oui, la Cie qui assure les soins peut-elle être engagée à payer l'opération nécessaire pour guérir radicalement cet homme âgé de trente-trois ans, à payer le bandage nécessaire en attendant qu'on opère. J'espère que comme membre du «Concours médical» et membre fondateur du « Sou médical. » vous voudrez bien me donner les renseignements *le plus tôt possible.*

Réponse. — La hernie est-elle un accident du travail ? C'est là une question d'espèce. Mais, dans votre cas, la hernie s'étant produite au cours du travail, si cette circonstance peut être prouvée, il est très probable que la relation de cause à effet entre la hernie et le travail, nécessaire pour mettre en jeu la responsabilité du patron, serait admise par la justice.

En cette occurrence tous les soins nécessaires au blessé seraient à la charge du patron qui devrait aussi bien supporter les honoraires de l'opération que le coût du bandage nécessaire pour attendre cette opération.

Amicale à Dr H., à B. — Evidemment vous devez payer la prime entière pour 1908 lors de votre admission en juillet, puisqu'en réalité

Suite page X.

Le borate de soude sera ajouté à l'eau et les instruments peuvent séjourner dans ce liquide sans se rouiller.

J'ai même depuis longtemps recours à ce moyen de stérilisation pour mes opérations en ville.

Je fais bouillir mes instruments dans de l'eau boratée 20 minutes à une demi-heure, cela suffit. En pleine ébullition, j'enlève le panier et je vide le récipient qui contient l'eau ; le panier est ensuite remis en place et on peut transporter ses instruments stérilisés à telle distance qu'on voudra ; ils se recouvrent d'une légère couche de borate, mais ce petit enduit blanchâtre est impalpable et sans effet nocif. Les instruments ainsi traités ne se rouillent pas et ne sont pas oxydés.

Ce procédé est, je le répète, des plus simples et, à ce titre, je ne saurais trop le recommander.

En même temps que les instruments, je fais bouillir, suivant le cas, un ou deux drains et du crin de Florence ; mais il va sans dire que ces objets peuvent être demandés aux maisons de pansements qui font maintenant très bien.

Les abonnés du *Concours* connaissent tous la maison Corbière et Lindeux, et j'ai pu me rendre compte des soins qu'on y apporte à la préparation du matériel chirurgical. Les prix sont très abordables et les dispositifs préviennent le gaspillage tout en assurant l'asepsie.

Les crins et le catgut ne peuvent guère être stérilisés chez soi. Il vaut mieux les demander aux fabricants spéciaux.

Les compresses de tarlatane sont indispensables et on peut, si on veut s'éviter des complications, les utiliser comme champ opératoire et comme tampons au cours des interventions. Grands, moyens et petits sont les trois tailles à retenir.

Naturellement on peut se les procurer chez les pharmaciens et ce sont les blessés qui doivent les fournir, mais si on veut être prêt à toute éventualité, on doit maintenir au complet sa provision d'urgence chez soi.

Personnellement, je suis resté fidèle au procédé de stérilisation par le trioxyméthylène et la chaleur qui m'a toujours donné de bons résultats ; le secours d'une étuve est nécessaire pour cette stérilisation et comme le détail de ces opérations ne semble point d'ordre tout à fait général, je renvoie ceux de mes confrères que le sujet intéresse à ce que j'ai publié jadis. (*La stérilisation pratique en chirurgie.* Paris 1906.)

Les bandes servant aux pansements seront de préférence en tarlatane molle, sans apprêt. On fait avec ces bandes des pansements superbes et avec une grande facilité.

Au lieu de couper les bandes et de jeter tous les matériaux du pansement qu'on enlève, on peut fort bien prendre la peine de dérouler la bande et le lessivage suivi du rinçage la rendra très apte à être utilisée de nouveau. J'ai pu ainsi faire des pansements d'un mois de durée en utilisant trois bandes. Il faut remarquer que le blessé du travail doit être traité comme un de nos clients ordinaires et que nous devons nous montrer fort discrets sur le chapitre des dépenses. Je ne dis pas de faire des économies qui seraient nuisibles aux soins du traitement, mais je demeure partisan de la réserve qui fait éviter le gâchis et le gaspillage dont je parlais tout à l'heure. Un ouvrier, un employé, qui paierait ses pansements, tâcherait de restreindre les dépenses ; notre devoir est d'agir de la même façon, quand nous avons à notre discrétion la prescription des objets de pansement et des remèdes.

Je n'ajouterai qu'un mot à ce chapitre, qui n'offrira pas, je le crains, un grand intérêt pour nos confrères déjà pourvus, mais engagera peut-être ceux qui ne le sont point encore à s'organiser.

Nous devrions tous posséder une *cantine d'urgence* toujours au complet. Sans vouloir compliquer par un luxe exagéré d'objets d'ailleurs superflus, il suffit d'avoir fait choix de ce qu'on utilise journellement. Chaque objet est mis à sa place et on ne risque jamais de faire un oubli ; au moment du départ on se borne à choisir ses instruments qu'on fait stériliser pendant le temps qu'on se prépare. Il ne faut pas trop compter sur le feu d'un fourneau qu'on trouvera au domicile du malade ; ça ne marche pas toujours bien et on perd un temps énorme à attendre l'ébullition qui doit être d'une certaine durée.

J'ai, pour la nuit, un gros réflecteur qui se place sur toutes les lampes et avec lequel j'ai pu faire des hernies, des curetages, etc. Comme l'auto est d'usage fréquent pour nos confrères, ils n'auront qu'à utiliser un des phares ou réflecteurs de la voiture au cas où ils auraient à opérer la nuit.

Toutes ces indications manquent forcément de précision et d'ampleur, mais leur développement paraît superflu, aujourd'hui que l'éducation des médecins leur permet d'être mieux initiés aux chose de la chirurgie.

Si quelque point spécial nous paraît utile à signaler nous le ferons au cours des divers articles qui suivront. Notamment pour les appareils plâtrés à l'occasion du traitement des fractures.

(*A suivre*). Dr Ch. LEVASSORT. de Paris.

HYDROLOGIE

Patiens quia æterna.

Cette phrase convient parfaitement à l'Eau minérale.

Les maladies changent de nom, les médicaments passent de mode. Seule, la physiothérapie, et son expression la plus élevée, la thérapeutique hydrominérale, demeurent à l'abri de tous les caprices.

Après les grandes découvertes médicales du siècle dernier, on put croire que la découverte du microbe allait réduire à rien toute l'expérience du passé et qu'en la notion de l'infection pourrait se résumer toute la pathologie. Il y avait les mauvais microbes, les pathogènes, les indifférents, les saprophytes et même, pour satisfaire au goût des amateurs de causes finales, on créa la catégorie des microbes bienfaisants, source inépuisable de discussions.

Mais une pareille classification repose sur une pétition de principes : elle n'est que l'expression, en un langage plus moderne, de la manière dont un organisme lutte, s'accommode, triomphe ou succombe devant les agents microbiens. Elle ramène en fin de compte à la notion de l'insuffisance ou de la résistance du terrain et à ces conceptions de *diathèses* dont l'art médical, si scientifique devînt-il, ne saura s'évader.

Or, le *traitement des diathèses* relève avant tout de l'alimentation et de la physiothérapie. La thérapeutique hydrominérale est partie intégrante de cette dernière ; parfois elle la résume à elle seule. Quant aux médicaments proprement dits, ils sont, en pareil cas, de peu d'effet et leur indication n'apparaît guère qu'à l'occasion des accidents intercurrents. La vogue, aussi passagère qu'injustifiée dont tels ou tels jouissent à certains moments, est due à ce que leur administration coïncide avec l'observance exacte des règles d'alimentation et de physiothérapie qui, à

elles seules, eussent assuré un résultat favorable.

Alimentation, physiothérapie, thérapeutique hydrominérale sont les seuls agents susceptibles d'être continués en quelque sorte indéfiniment, sans que l'organisme en ressente aucun dommage, les seuls capables d'entraîner des modifications assez profondes pour que leurs bons effets persistent longtemps après qu'ils ont été cessés. Leur action dépasse de beaucoup l'organe ou le système aux imperfections duquel elles doivent parer : c'est là la cause de leur succès. De même que, dans la nature, la pérennité des espèces est assurée par l'infinie prodigalité des germes, de même le traitement physiothérapique et hydrominéral, par la multiplicité de ses actions sur tous les compartiments de l'organisme, ramène au plus près possible de la normale les tissus altérés et les fonctions perverties. Ces actions sont si complexes que leur mécanisme nous échappe presque entièrement : l'expérimentation nous permet à peine de le soupçonner et c'est encore la clinique qui nous renseigne le mieux à cet égard.

Pour n'en citer qu'un exemple, voyons ce qui se passe chez les malades à *diathèse neuro-arthritique*, dont les neurones de tout étage sont frappés de *faiblesse irritable*, dont les humeurs présentent les modifications bio-chimiques, signature d'une *nutrition ralentie*. Chez ces sujets, *le système musculaire lisse est frappé dans sa tonicité*, aussi bien dans l'intimité du tissu cellulaire souscutané que dans la paroi des vaisseaux vecteurs de la lymphe et du sang, ou de ceux qui reçoivent, charrient, triturent, modifient et excrètent les corps destinés à l'alimentation. Mais nulle part ce défaut de tonicité n'est plus apparent qu'au niveau du *tractus gastro-intestinal*, où il entraîne tour à tour l'atonie et le spasme, où l'intestin se laisse tantôt distendre, tantôt contracturer, cessant d'assurer la circulation des fèces et créant la constipation, avec ou sans ses complications entéritiques, appendiculaires, etc., Chez ces malades, toute la gamme des médicaments a été employée avec un succès d'autant plus éclatant que la méthode préconisée a paru plus nouvelle. Mais ce sont encore le massage, l'électricité, la sismothérapie, et avant tout les cures thermales, qui donnent les résultats les plus rapides, les plus persistants.

Infiniment diverses et variées sont les causes de la constipation chez les neuro-arthritiques, infiniment variés sont aussi les moyens par lesquels une eau telle que celle de Châtel-Guyon, administrée intus et extra, pare au fonctionnement défectueux du tube digestif. Elle agit par ses bains carbo-gazeux sur les nerfs et la circulation phériphériques, régularise d'une part la tension vasculaire, d'autre part stimule la motricité des organes viscéraux sous-jacents, suivant la loi de physiologie bien connue. Absorbée, elle détermine une activation marquée des divers sucs digestifs. Elle en augmente à la fois la quantité et la qualité et nous avons, après Laborde, montré avec quelle énergie l'ingestion d'eau de Gubler fait contracter les vaisseaux et la vésicule biliaire, et entraîne une véritable « chasse » de bile dans le duodénum.

La présence des sels de calcium est un puissant agent provocateur de la sécrétion pancréatique dont l'afflux, concomitant avec celui de la bile, vient exciter la muqueuse intestinale : son action s'ajoute à celle du magnésium sur la fibre musculaire intestinale.

Mais ce qui constitue l'avantage incomparable de la cure de Châtel-Guyon, c'est *l'action rééducatrice* en quelque sorte qu'elle exerce *sur le système sympathique* présidant aux actes de la nutrition et de la digestion. Si elle n'était qu'excitatrice de l'intestin atone ou sédatrice de la fibre spasmée, son action serait simplement comparable à celle des eccoprotiques et des antispasmodiques banaux. Or, elle est plus, et elle est autre : elle est régulatrice de la tonicité. Seule une action élective sur les centres médullaires supérieurs et bulbaires présidant aux actes de la vie végétative peut expliquer la manière de discernement dont elle use vis-à-vis des divers segments digestifs tour à tour atones ou spasmés, pour les ramener à l'état normal.

A cette action sur le système nerveux central contribuent à la fois les sels de magnésie et les sels de fer. Ces derniers, par leur pouvoir hématopoiétique intense, rendent persistante l'action tonique générale que les premiers, à eux seuls, seraient peut-être impuissants à maintenir pendant un long temps.

Seule une médication aussi fertile en moyens peut répondre à l'extrême complexité des causes et des effets de la constipation, et c'est cette complexité même qui caractérise toute la médication thermale.

L'humanité, au temps où Prométhée dérobait aux dieux le feu sacré, demandait déjà aux Eaux bienfaisantes la guérison de ses premiers maux. Nous ne pensons pas que les acquisitions thérapeutiques récentes viennent modifier ses habitudes.

Dr Ch. Esmonet,
(de Châtel-Guyon.)
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

NOTES D'HYGIÈNE

Abstinence ou modération ?

(*Suite.*)

A propos d'une note d'hygiène parue dans le *Concours* du 3 nov. 1907, j'avais souhaité que le débat s'ouvrît dans ce journal sur la question de l'abstinence et de la modération et de leurs mérites réciproques en matière de lutte contre l'alcoolisme. M. Viaud a bien voulu répondre et plaider pour la modération. (*Concours*, 16 février).

Il fait reposer sa conviction sur des arguments d'expérimentation, d'observation et d'autorité. Voyons-les :

1° « Il y a d'abord les expériences d'Atwater et « Benedict, dit notre confrère. Elles sont trop « récentes, elles ont déchaîné de trop vives co- « lères, elles ont été interprétées de façon trop « contradictoires pour qu'on les ait oubliées. « Inutile de les commenter ».

Pardon, pardon, pas si vite ! Qu'est-ce donc qu'ont dit les physiologistes américains qui n'ait été dit par d'autres physiologistes et que pas un savant, fût-il un abstinent fanatique comme Bunge, Kroepelin, Forel, Laitinen, etc.. n'a jamais songé à nier, à savoir que l'alcool, théoriquement, chimiquement parlant, a certaines propriétés d'un aliment ? Mais où sont les colères, où sont les interprétations contradictoires provoquées par Atwater ? Je ne les connais pas. Atwater a donné satisfaction à tout le monde (avouez que c'est un rare mérite dans une aussi délicate matière). Aux modérés il a dit (conférence faite par lui-même au Musée social) : l'alcool est un aliment physiologique, mais c'est un aliment dangereux et il faut bien se garder d'en consommer.

Aux abstinents il a dit : Vous êtes dans la

vérité pratique et seuls dans la vérité. On ne pouvait donner une meilleure preuve, après la triste expérience de Duclaux, que la vérité en deçà du laboratoire peut être l'erreur au-delà.

Notre confrère s'appuie en outre sur la fameuse histoire du sérum de cheval alcoolique qui fut un moment en vogue et où deux très honorables confrères (1) avaient espéré trouver un remède à l'alcoolisme. Mais l'étrange sérum avait cette originale propriété, que personne n'a osé expliquer, de ne guérir que de l'alcoolisme de l'alcool— ou mieux le sérum dégoûtait le bon poivrot de l'eau-de-vie et des liqueurs, mais lui laissait le goût du vin. Quelle chance inespérée pour la viticulture ! Je laisse de côté, faute de place, tout ce qu'il y a de bizarre au point de vue expérimental et scientifique dans ces faits (2) et je me borne à dire : ce fut un malheur pour le sérum de cheval de ne guérir que l'alcoolisme de l'alcool, car le goût du vin, ayant persisté, ramena celui de l'alcool et nous attendons encore une seule observation nous montrant un alcoolique guéri ayant conservé impunément le culte du vin. Ce qu'inversement je puis affirmer sans risque de contradiction, c'est qu'il n'est pas un alcoolique ayant guéri *définitivement* sans l'abstinence (c'est là un axiome de thérapeutique pratique) ; et qu'ensuite j'ai été trop de fois témoin des rechutes d'ivrognerie chez des injectés au sérum pour n'être pas amplement fixé sur la valeur de la méthode.

2° L'argument que l'usage modéré des boissons hygiéniques et « particulièrement du vin » (pourquoi particulièrement ? ?) peut prévenir et empêcher l'alcoolisme, ne se justifie pas davantage « par l'observation ». Il est au contraire de règle que l'usage du vin conduit insensiblement, mais logiquement, vers celui des spiritueux. C'est de l'histoire d'abord ; c'est aussi de l'histoire clinique. Un ivrogne a toujours commencé par être un modéré. Quand on veut guérir un buveur, il faut le mettre à l'eau d'emblée et j'ai TOUJOURS observé que la réapparition des habitudes de boire commençait par le vin à dose modérée pendant un temps plus ou moins long, mais que fatalement l'alcool lui succédait. Je parle en médecin ayant à son actif plus de 8.000 observations personnelles de traitement d'alcooliques.

Trouvera-t-on la justification de la thèse, comme le pense notre confrère, dans la comparaison de diverses régions de la France ? Pas davantage. A l'en croire « tant que les paysans « charentais ont eu du vin dans leur chais et « sur leur table, ils se sont contentés d'en boire « modérément (?). Il n'y avait parmi eux qu'une « quantité infime d'alcooliques » (affirmation discutable — l'alcoolisme chronique, lent, insidieux du vin et des régions vinicoles est très ordinairement méconnu). « A mesure que les « vignes disparurent, l'ivrognerie fit des progrès. « Les cultivateurs, contraints de se mettre à « l'eau pure, tout en travaillant plus pour un « revenu moindre, prirent l'habitude du cabaret, « du rhum et de l'absinthe. L'alcoolisme était « né de la mort des vignes ».

Plus que discutable encore cet argument. A supposer que la succession des faits et leur enchaînement logique soient démontrés, l'argument tourne plutôt au profit des abstinents. En effet, je fais une comparaison : Voici un individu habituellement buveur modéré de vin. Tout à coup vous lui dites : Vous n'aurez plus de vin, mais voici d'un côté de l'eau-de-vie, de l'autre voici de l'eau simple ; choisissez. Votre homme choisit l'alcool sans hésitation.

Et vous contesteriez que cet homme n'a pas en lui un goût impérieux pour l'alcool ! Il n'a pas eu le courage de résister à l'eau-de-vie qui allait lui rappeler ce qu'il avait perdu. Il pouvait revenir au régime simple et naturel de ses ancêtres, mais son instinct l'a entraîné naturellement vers la boisson forte. Et où donc, je vous prie, en a-t-il pris le goût, sinon dans le vin ? Or je dis que, s'il en est ainsi, le vin est un séducteur inutile, bien plus il est dangereux en ce temps d'endémie alcoolique. Et le buveur d'eau qui sait s'y soustraire, triomphe avec votre argument.

Enfin, oserais-je faire remarquer qu'aujourd'hui l'on ne manque plus de vin. Y est-on revenu? Non. On boit l'alcool plus que le vin. Celui-ci s'est montré impuissant à guérir de l'eau-de-vie les anciens prêtres du vin qui sont censés n'avoir bu de l'eau-de-vie qu'à contre-cœur.

Notre confrère établit encore un parallèle. Il dresse deux tableaux, l'un des départements à forte consommation alcoolique, l'autre de ceux à faible consommation. Il en conclut que les premiers sont plus alcoolisés, ce qui semble logique ; et, faisant remarquer que les seconds moins alcoolisés sont précisément des départements viticoles, il semble en déduire ceci : on boit moins d'alcool parce qu'on boit du vin; le vin protège contre l'alcool ; il y a moins d'alcoolisme en département viticole, etc.

Mais qui prouve que le degré d'alcoolisation soit en rapport avec la consommation des spiritueux seuls ! C'est un a priori contre lequel je m'inscris énergiquement. C'est l'alcool total qu'il importe de considérer. Je ne fais d'ailleurs aucune difficulté pour reconnaître qu'*il semble* y avoir plus d'alcooliques dans le nord que dans le sud. Mais je dis : il semble, parce que je suis de ceux qui croient que l'alcoolisme vinique est fort développé, surtout dans la forme chronique.

D'ailleurs, dans le nord existent des mœurs, des tempéraments, des préjugés, des races, des hérédités, une foule de facteurs qu'il est sage de mettre en valeur à côté de la boisson, pour expliquer l'usage différent que l'on fait de celle-ci. Il y a des raisons multiples et profondes pour que les gens du Nord aient franchi l'étape qui sépare le cidre et la bière de l'eau-de-vie plus vite que les gens du Midi n'ont franchi celle qui va du vin vers les liqueurs. Mais il serait téméraire d'affirmer que cette étape ne sera pas franchie, d'autant qu'elle l'est déjà.

J'ajouterai qu'il ne faut se servir qu'avec une sage méfiance des statistiques de consommation sur lesquelles il y aurait à discuter à n'en plus finir. L'Aube, que notre confrère cite comme département à faible consommation, est effroyablement alcoolisée. J'en dirai autant de la Haute-Marne, de l'Yonne, et de combien d'autres ! Personne n'est en état de faire le total des alcooliques du Pas-de-Calais, ni de ceux du Gard. Dire de quel côté pencherait la balance serait bien hardi. Je gage que le chauvinisme local et l'amour du terroir lui imprimeraient d'étranges poussées.

Disons hardiment que la clinique des formes de l'alcoolisme est toute à enseigner et toute à refaire aujourd'hui, et que sa topographie vraie ne sera l'œuvre que de l'avenir.

(1) Le troisième expérimentateur, M. Broca, était pharmacien.

(2) J'ai à cette époque discuté point pour point, dans la *Presse médicale* et dans la *Tribune médicale*, l'histoire du sérum antialcoolique. Je me ferai un plaisir d'adresser ma brochure aux confrères qui la désireraient.

3° Je serai ultra-bref sur le chapitre des « autorités ». Terrain dangereux. Autorité dit personnalité. Chacun a les siennes. Elles n'ont de valeur qu'autant qu'elles échappent à toute contestation. Elles n'en ont aucune dès que l'on invoque contre elles non pas un défaut de science ni de sincérité, mais seulement une exception d'incompétence. Un nom ne doit être présenté que comme enseigne d'une thèse, et c'est la thèse que l'on discute, non pas le nom. « Autorité », c'est la carte forcée, l'argument de sentiment. C'est un facteur trop individuel pour valoir. Affaire de confiance et souvent d'intérêt. S'incline qui veut. Voyez le rôle que les cabaretiers font jouer maintenant aux Duclaux et aux Gautier qui sont leurs oracles. Hippocrate et Gallien sont souvent deux augures. Si Duclaux fit « des excuses » à l'alcool, Claude Bernard a proclamé qu'il est le pire des poisons nerveux.

Autorité exige comme minimum compétence. Or, un chimiste et un bactériologiste remplaceront difficilement le clinicien et le sociologue qu'il faudrait. M. Ed. Rostand, de Marseille, le grand-père de Cyrano, est un économiste distingué ; je le récuse comme médecin. Et combien d'autres !

Il existe des « autorités ». Ces autorités sont des arbitres ; il faut qu'elles soient élues par les deux parties. Viaud a des noms pour la modération ; j'en ai toute une ribambelle pour l'abstinence. Qu'est-ce que cela prouve ?

Un mot pour finir. Pendant que modérantistes et abstinents se chamaillent à coups d'arguments, les poivrots titubent en rond. Cela est grave. Entre les 75 centil. auxquels se rallie M. Viaud, les 2 ou 3 litres que permet Lancereaux, le litre que d'autres sages préconisent, le quart de litre que les modérés anglais recommandent, les intéressés se perdent et s'en donnent à cœur joie. Ils attendent sous l'orme que les modérantistes se mettent d'accord. Et ce qu'il y a de pire, c'est que, après la formule trouvée, on n'aura pas fait un progrès. J'aime mieux l'abstinence, ô gué, j'aime mieux l'abstinence !

Dr Legrain.

PHARMACOLOGIE

Le but que nous nous proposons dans ce court exposé est, non pas d'étudier l'action de la quinine comme spécifique des accès aigus du paludisme, ni de discuter l'action de cet alcaloïde dans la grippe, la fièvre typhoïde, le cancer, ou dans les autres maladies infectieuses, mais bien de rechercher entre les différents sels de quinine ceux auxquels on doit donner la préférence. Cette détermination nous semble d'autant plus indiquée qu'elle a fait l'objet de communications intéressantes soit aux diverses sociétés, soit dans les Congrès, soit dans les journaux médicaux.

Tout d'abord, qu'est-ce que prescrire 50 centigrammes, par exemple, de quinine ? Si l'on entend ainsi formuler l'alcaloïde pur, la question est inutile ; mais, il en est autrement, car il demeure sous-entendu qu'il s'agit d'un sel de l'alcaloïde dont la valeur thérapeutique dépend de la teneur en quinine de ce sel. Or, cette teneur est comprise entre 20 % pour le tannate de quinine et 92 % pour l'aristoquinine. L'écart étant, comme on le voit, considérable, l'action thérapeutique doit varier dans les mêmes proportions. Aussi, nous rallions-nous à la proposition du Dr Déses, qui est d'adopter pour base la richesse en quinine du sel employé, quel que soit le sel. Mais, une objection d'ordre pratique se soulève : comment le praticien aura-t-il présent à la mémoire la teneur des différents sels ? Il suffit, pour répondre à cette objection, d'examiner attentivement la liste des nombreux sels de quinine et de fixer le choix sur celui qui répondra le mieux à tous les desiderata ; c'est ce que nous allons faire.

Si l'on rapproche la formule du quinoforme $C^{40}H^{24}Az^2,CO^2H^2$, sel de quinine récemment introduit dans la thérapeutique par H. Lacroix, de la formule de la quinine alcaloïde $C^{40}A^{24}Az^2O^2, 3H^2O$, on remarque que le poids de CO^2H^2 du sel et celui de $3H^2O$, de l'alcaloïde, sont sensiblement égaux. Le quinoforme contient donc son poids d'alcaloïde quinine à 3 H^2O, et en se rappelant ce fait, il sera aisé au praticien de prescrire la quantité de quinine nécessaire sans être obligé de recourir à ses notes. Voilà donc un premier point d'établi.

Si l'administration de la quinine doit se faire «per os», peu importe la saveur et la solubilité du sel, mais lorsque la médication sous-cutanée s'impose, il importe d'envisager non seulement la teneur en alcaloïde, mais aussi la nature du sel, et la douleur provoquée par l'injection. Or, tous les sels neutres de quinine se dédoublent dans l'eau en sel basique et acide libre, tel, par exemple, le chlorhydrate neutre ou bichlorhydrate dont la quantité d'acide chlorhydrique mise en liberté est de 34 centigrammes par gramme du sel en dissolution.

Comme il est facile de s'en convaincre, une telle solution est très fortement acide et il est permis d'attribuer en partie les accidents (douleurs, nodosités, abcès, gangrène) à ce dédoublement.

Les sels basiques de quinine sont stables, indolores, mais insolubles ou très peu solubles : le chlorhydrate de quinine ou monochlorhydrate, qui est le plus soluble (3,50 pour cent environ), nécessite l'adjonction d'antipyrine pour se dissoudre, mais cet emploi n'est pas à recommander, car l'injection devient douloureuse.

Dans les statistiques et les études publiées par les Drs Ed. Hirtz, P. Claisse, G. Lemoine, Fontoynon, Lombard, Benaky, Hiclot, Raffray, le Quinoforme, sel de quinine basique soluble dans l'eau, n'a jamais provoqué de douleurs ou d'accidents d'aucune sorte, même employé à la dose de 25 centigrammes par centimètre cube. Le titre de 25 pour 100 ne doit pas être dépassé, car les échanges osmotiques ne pouvant se faire facilement entre les liquides de densité très différentes, il pourrait naître de la douleur.

Ainsi donc, nous avons, avec le Quinoforme, un sel basique de quinine dont la teneur en alcaloïde est égale à son poids, d'où simplification dans sa posologie, et dont la solution aqueuse, pouvant être portée à 25 pour cent, est neutre et indolore en injection sous-cutanée. A tous égards, l'emploi de ce sel mérite d'être généralisé, car il répond aux divers desiderata exigés par les praticiens.

MÉDECINE LÉGALE

Précautions élémentaires à prendre pour la rédaction des certificats d'aliénation.

A M. le Dr de Grissac, secrétaire général du « Sou médical ».

Mon cher confrère et ami,

Vous me dites que beaucoup de médecins risquent à chaque instant d'être inquiétés et même poursuivis en responsabilité au sujet des certifi-

cats qu'ils ont à délivrer, soit à la requête des familles, soit à celle des autorités, dans le but de faire interner ou hospitaliser les malades atteints d'une façon plus ou moins passagère de délires aigus et pouvant nuire à autrui ou à eux-mêmes.

Il est certain que, pour la plupart des praticiens de campagne, rien n'est plus embarrassant que ce cas devant une maladie mentale aiguë ou chronique.

Quand il s'agit d'un cas d'aliénation mentale manifeste : confusion, stupidité, démence, ou délires systématisés, le plus simple, pour le médecin traitant, quand l'internement lui paraît nécessaire, *est de faire appeler un confrère en consultation, et de rédiger à deux un certificat dans lequel, sans chercher à préciser un diagnostic le plus souvent très difficile, on indiquera succinctement les symptômes les plus marquants* : mutisme, agitation excessive, paroles ou actes désordonnés, hallucinations, etc. ; on y joindra la description sommaire des troubles organiques observés. Puis on conclura au danger, tant pour lui que pour l'entourage ou l'ordre public, du maintien du malade à son domicile et à la nécessité de le faire soigner, tout au moins de le faire mettre en observation dans un établissement spécial. *Enfin, les deux médecins signeront le dit certificat.*

Autant que possible, je le répète, il faut éviter tout diagnostic et laisser cette tâche aux spécialistes. « Un certificat, dit Vallon, doit être un inventaire de symptômes. » Une erreur de diagnostic est vite faite en pareille matière et peut causer au malade et aux familles le plus grand préjudice — et alors, gare au malheureux confrère !

Le cas peut-être le plus dangereux et aussi le plus fréquent est la crise de délire aigu toxique, infectieux, urémique, mais le plus souvent alcoolique. Supposez qu'un médecin appelé près d'un malheureux en pleine crise de delirium, criant, hurlant, frappant, hagard, halluciné, bondissant aux quatre coins de sa chambre malgré les efforts désespérés des voisins impuissants à le maintenir, supposez, dis-je, que le médecin rédige un certificat dans lequel il laisse échapper les mots d'alcoolisme, supposez que, dès son départ, le malade se calme et s'endorme dans un coma profond d'où il pourra se réveiller guéri, et que, le lendemain ou plus tard même, il trouve par hasard le certificat où il lit sa folie ! Supposez encore que, toujours agité, et interné d'urgence, il soit déclaré le lendemain, par le médecin aliéniste de l'asile, absolument normal et sans aucune trace d'aliénation mentale ! Vous comprendrez sans peine qu'il la trouvera mauvaise et que sa première idée sera de tomber sur le médecin qui l'a accusé de folie et que sa seconde idée sera de le poursuivre en quelques billets de mille de dommages-intérêts (1).

Quelle devra donc être dans ces cas si fréquents la conduite du médecin ?

Souvent, vu l'urgence, il ne pourra pas, dans ces cas suraigus, appeler de confrère. Alors le mieux, en attendant, sera de rédiger un certificat dans les termes suivants :

« Je soussigné, docteur X... appelé par M. ou « Mme X... (ou requis par M. le maire de la com- « mune de...) à l'effet d'examiner l'état de santé « du sieur M..., (nom, prénoms, âge, état-civil, « profession, domicile), certifie avoir constaté les « faits suivants :

(1) Le « Sou médical » est en ce moment même saisi d'instance en dommages-intérêts contre des confrères dans des circonstances qui se rapprochent de celles que nous venons de relater.

« (Description des symptômes les plus sail- « lants, en évitant toute locution pouvant laisser « entrevoir un diagnostic ou une notion d'étiolo- « gie précise).

« En conséquence le malade semble atteint « d'une crise délirante aiguë ou (suraiguë) de « nature infectieuse (ou toxique ou autotoxique),

« Vu l'état grave dans lequel se trouve le ma- « lade, vu l'impossibilité de lui donner à domi- « cile les soins que réclame cet état, vu le danger « que la crise fait courir au malade, à son entou- « rage, à l'ordre public, vu la durée plus ou « moins passagère de la crise et son évolution « plus ou moins rapide,

« Je déclare qu'il y a urgence (ou nécessité) de « transporter le malade à l'hôpital (ou à l'asile) « de X... (ou dans un établissement ad hoc) où il « puisse être provisoirement soumis à une obser- « vation rigoureuse et recevoir les soins néces- « saires. »

« En foi de quoi, etc...... »

Ajoutons qu'à part les certificats d'admission dans un hôpital, ou ceux destinés à un indigent, tous les certificats de ce genre doivent être établis sur timbre.

Tel est, mon cher confrère, l'avis que vous avez bien voulu me demander sur la question ; et je ne puis que renvoyer au Traité de G. Ballet ou au Précis de Régis tous ceux que la chose intéresserait plus particulièrement.

Bien à vous.

D[r] MIGNON

(Villa des Pages. Le Vésinet).

ETUDES ET PROJETS

Unité ou dualité de la médecine et de la pharmacie.

L'autre jour, à l'Assemblée générale de la Fédération médicale belge, la discussion portait sur la situation à établir, dans le projet de loi sur l'exercice des professions médicales en Belgique, en ce qui concerne les droits respectifs et les rapports des médecins et des pharmaciens. On parlait et on argumentait en se servant de tous les vieux clichés que la routine a accumulés sur la matière, quand se leva tout à coup un confrère, que nous avons entendu et apprcié au Congrès de 1900. *Le Scalpel* nous donne de son discours l'analyse suivante que nous recommandons à la vive attention de nos lecteurs :

M. Cuylits (Bruxelles). — Je crois de mon devoir de renouveler devant l'assemblée la protestation que j'ai émise devant le Collège des médecins de Bruxelles.

Nous nous trouvons, en ce moment, d'un côté, devant une Fédération médicale se déclarant prête à accepter un projet de loi et de l'autre côté devant des législateurs qui déclarent ce même projet inacceptable par des médecins, et entendent défendre les médecins contre eux-mêmes.

M. le D[r] Boulengier vient d'analyser le projet, mais en ne le considérant qu'au point de vue de ses petits avantages. Ce que je reproche à ce projet, c'est de manquer de principes généraux. Il établit cet axiome : Il y a deux professions médicales, celle de médecin et de pharmacien.

Or, cet axiome n'est pas exact. Notre diplôme de docteur en médecine déclare que nous avons la connaissance physique, chimique, physiologique des médicaments, en conséquence le droit de les manier, de les appliquer, de les distribuer.

Le diplôme de pharmacien n'existe qu'à titre de dérivé de la profession de médecin dont il est issu le jour

où le médecin, trop occupé, a confié à un praticien la confection des médicaments qu'il préparait jadis lui-même. Cette naissance par scissiparité ou par bourgeonnement, a laissé intact notre droit de pratiquer toute notre profession, y compris la préparation et la dispensation des remèdes.

Les commentaires du projet de loi sur l'exercice des professions médicales proclament que « chacun a le droit de vivre de sa profession ». Ce n'est pas exact. Une profession ne se justifie que par sa nécessité et l'intérêt général doit primer les intérêts particuliers de telle ou telle profession.

Il est réellement curieux que ce soit moi, médecin de ville, qui sois obligé de défendre les médecins ruraux contre leur suicide.

Certes, nous médecins de la ville, n'avons souvent pas le temps de pratiquer la pharmacie et sommes heureux de recourir aux pharmaciens, mais, à la campagne, le médecin a le droit et souvent le devoir de faire de la pharmacie.

Et vous allez accepter, vous, Fédération médicale, un projet qui amoindrit le diplôme médical et ruine le médecin de campagne ?

Est-ce là ce que vous appelez un progrès ?

En Angleterre, en Amérique, le médecin a partout le droit de pratiquer la pharmacie.

Le voilà, le vrai progrès !

Si je passe à la réforme des Commissions médicales, je rencontre dans le projet au moins une anomalie. Le Gouvernement ne cesse de rendre hommage au zèle des commissions médicales et reconnaît que les progrès réalisés en hygiène publique leur sont dus pour une grande part et, pour les récompenser....., il les réforme, en leur enlevant les missions d'hygiène.

Je considère cette réforme comme un danger, parce que ce sera l'envahissement de la médecine prophylactique par la bureaucratie et, pour ma part, je redoute cette puissance anonyme. On veut, en Belgique faire à l'avenir de l'hygiène à condition qu'elle passe par le cerveau d'un fonctionnaire.

J'en viens au pharmacien. A lui, je réserve un rôle plus élevé que celui de marchand diplômé de médicaments. Je lui rends la place qui lui revient à côté du médecin. C'est lui qui aidera le médecin dans les nombreuses recherches et analyses microscopiques, biologiques, chimiques, rendues indispensables par les progrès de notre art. Si je diminue d'un côté son action sur le terrain médical, je lui restitue une position digne de ses études. Je lui confie le soin de préparer l'asepsie de nos opérations et de nos pansements.

Et la pharmacie aura ainsi des raisons d'être plus élevées.

Je vous avertis, Messieurs, que bien des législateurs repousseront ce projet que vous admirez, parce qu'il méconnaît les intérêts du médecin et surtout ceux de la Société.

L'accueil qui fut fait, paraît-il, aux vues de M. le Dr Cuylits prouva que la question n'est pas mûre en Belgique. Nous doutons qu'elle soit beaucoup plus avancée en France, encore qu'elle ait été plusieurs fois soulevée par des membres du Concours médical. Ici, nous ne la perdons pas de vue, car, si quelque jour il est absolument démontré que l'hostilité entre les deux professions se refuse à disparaître devant les indications de l'intérêt général de la santé publique, nous n'hésiterons pas à la faire cesser en proposant le texte d'un projet de loi qui remettrait les choses en leur vraie place, celle qu'aperçoit bien M. le Dr Cuylits et dont parlèrent avant lui MM. Gassot (1882), Meunier (1905), etc.

Mais auparavant, nous prions nos lecteurs de nous donner des études attentivement faites de l'idée ci-dessus, que nous désignons ainsi : suppression de la dualité de ces professions et des diplômes qui y donnent accès.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Les gaîtés de l'Administration

Un de nos correspondants nous transmet la lettre suivante qu'ont reçue tous les médecins de sa région :

L'ingénieur ordinaire des Ponts-et-Chaussées à M.....

Monsieur,

Une circulaire de M. le Ministre des Travaux publics en date du 3 avril 1908 prescrit, dans les cas de maladies survenues aux cantonniers travaillant sur les chantiers de l'Administration des Ponts-et-Chaussées de s'adresser EXCLUSIVEMENT, à l'avenir, à des médecins et à des pharmaciens qui se seront engagés à accepter le tarif fixé par l'arrêté de Monsieur le Ministre du Commerce du 30 septembre 1905 ou tous autres tarifs qui pourraient ultérieurement être substitués à ce dernier.

Afin de pouvoir appliquer les prescriptions dont il s'agit, je viens vous prier, Monsieur, de vouloir bien me faire connaître si, dans le cas où l'Administration aurait recours à vous, vous accepteriez le tarif indiqué, tant pour les maladies que pour les accidents dont pourraient être victimes les cantonniers de mon service.

Signature illisible.

Ce qui est amusant en l'affaire, c'est que le susdit ingénieur, suivant les habitudes administratives, n'a pas affranchi ses lettres et que, l'Etat taxant ses propres missives, les médecins qui les ont reçues ont dû verser vingt centimes pour avoir l'avantage de les lire !

La chose va, sans doute, se généraliser : Confrères, gare à vos quatre sous !

Faut-il vous rappeler que, si vous croyez devoir répondre, ce ne peut être que par le refus le plus absolu.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

Société civile du « Concours Médical ».

Séance du 30 avril 1908.

Présents : MM. Gassot, Maurat, Jeanne, Cezilly, Diverneresse.

M. Cezilly rend compte des démarches qu'il a faites au Ministère, puis près de la Commission spéciale, et enfin auprès des représentants du groupe parlementaire pour protéger le corps médical en particulier contre les mesures trop draconiennes du projet Barthou au sujet de l'automobilisme, mesures contre lesquelles protestaient M. le Dr Ravailler et après lui bon nombre de nos Sociétaires.

M. le Dr Jeanne expose que, sur la demande de MM. Magnier, Lacombe et autres confrères qui

exercent seuls dans des petites localités où sont établis des asiles d'aliénés, il a écrit à M. Mirman pour savoir si les médecins de ces asiles, dont le nombre vient d'être augmenté, auront le droit de se livrer à l'exercice de la médecine hors de l'établissement, et de concurrencer ainsi d'une façon regrettable les médecins préétablis, dont la situation deviendrait alors intenable.

La réponse de M. le Directeur de l'hygiène et de l'assistance a été faite sous forme d'une note destinée au journal.

MM. Gassot et Jeanne informent que la Commission de réorganisation des études médicales a terminé ses travaux et que les résultats de ses délibérations ont été récemment publiés au journal, de façon que M. Gassot puisse en faire état dans son rapport au Congrès des praticiens de Lille.

M. le Dr Jeanne, parlant de la Commission du Tarif accidents, dit les points acquis déjà publiés dans la note parue au journal le 11 avril, informe de l'admission du principe des Commissions arbitrales et rend compte des efforts faits pour fournir aux responsables toutes garanties contre les abus en développant le plus possible le fonctionnement du contrôle dont le principe est inscrit dans la loi.

Le journal publiera prochainement les documents envoyés par M. le Dr Lépine au sujet de la situation de l' « Ancre médicale » dont l'exercice 1907 vient d'être clos.

Le syndicat des kinésithérapeutes, de création récente, a demandé les Bureaux du Concours pour siège social provisoire. Le Conseil donne satisfaction à cette demande.

Rien n'étant plus à l'ordre du jour, la séance est levée à trois heures.

IIe Assemblée Nationale des Praticiens de France.

Congrès de Lille : 25-28 juin 1908.

Voyage « *Lille-Bruxelles-Londres et Lille* » : 28 *juin*-2 *juillet.*

Depuis que le rapport de la Commission de réformes a paru au *Journal officiel*, les adhésions au Congrès nous parviennent de plus en plus nombreuses et enthousiastes ; un mouvement d'étonnement et d'irritation légitimes s'est nettement dessiné dans tous les organes, dans tous les groupements et dans tous les milieux médicaux.

Cette fois encore les praticiens de France protesteront en masse contre le rétablissement occulte de « Diplômes spéciaux » habilement déguisés, et quoiqu'en aient dit certains esprits chagrins, le Congrès de Lille ne sera pas inférieur à celui de Paris.

De partout, viennent au Comité d'organisation des demandes de renseignements et tellement nombreuses qu'il est impossible de répondre à chacune d'elles en particulier.

Les adhésions individuelles au Congrès de Lille dépasseront en nombre celles du Congrès de Paris.

Le Secrétaire général est débordé : *dès à présent*, il est certain que le voyage de Bruxelles-Londres sera fait *par plusieurs centaines de congressistes.*

Quel triomphe ! *Lille* et *Bruxelles* sont comme galvanisées pour les attendre ; *Ostende* leur réserve une réception magnifique dans son Kursaal, un des plus beaux du monde ; *Londres* manifeste par l'action du Comité de l'entente cordiale, par celle du Lord-Maire et du City-Council, par celle du Collège royal des médecins, etc., qu'ils y trouveront un accueil dont l'effet sera, dans l'avenir, professionnellement décisif.

Donc, confrères *groupés* ou *isolés*, *syndiqués* ou *non syndiqués*, ne craignez rien ; adhérez au voyage. Si vous êtes quinze cents à Lille, nous trouverons à vous loger ; si vous êtes six cents à Bruxelles et à Londres, nous saurons vous rendre le voyage agréable et facile ; et si vous êtes plus nombreux encore, tant mieux : les résultats de votre victoire n'en seront que plus certains.

A) Tous ceux qui ont l'intention de venir à Lille pour le Congrès seulement ne doivent pas oublier :

1° Qu'ils jouiront d'une réduction de 50 % sur tous les réseaux de chemins de fer français ;

2° Que leur séjour pourra se prolonger jusqu'au 6 juillet ;

3° Qu'ils auront la faculté de s'arrêter à Paris à l'aller et au retour ;

4° Que dans les fêtes données à Lille la tenue de cérémonie ne sera pas nécessaire.

B) Tous ceux qui ont l'intention de venir au Congrès et de participer en outre au voyage « *Lille-Bruxelles-Londres* » ne doivent pas oublier :

1° Qu'ils auront droit à la même réduction de 50 % sur tous les réseaux français ;

2° Que le voyage Bruxelles-Londres, *qui coûtera* 130 *francs*, moyens de transports divers et frais de séjour compris, se terminera le 2 *juillet au soir* ;

3° Qu'ils pourront néanmoins *prolonger leur séjour à Londres jusqu'au* 5 *juillet*, de façon à pouvoir *rentrer en France dans la journée du* 6 ;

4° Que le Comité d'organisation *fera tous ses efforts* pour que le retour puisse se faire en France par une voie différente que celle de l'aller.

5° Que dans les réceptions à Bruxelles et à Londres le costume de cérémonie ne sera pas de rigueur ;

6° Qu'une « ristourne » de *cent francs* sera faite à ceux qui, ayant souscrit, se verront dans l'impossibilité de faire le voyage, *à la condition qu'ils en avertissent le Secrétaire général au moins cinq jours avant l'ouverture du Congrès.*

C) Enfin, *à tous les Congressistes*, le Comité d'organisation affirme :

1° Qu'ils trouveront à Lille des chambres convenables et à des prix modérés ;

2° Qu'un plan de Lille, avec indication des hôtels et de leurs prix respectifs, leur sera envoyé à domicile, et de plus, distribué à l'arrivée. (Un bureau spécial sera créé à la gare de Lille avec pancartes indicatrices dans ce bureau).

3° Que le Corps médical lillois tout entier se fera un devoir de pratiquer, envers les confrères, la plus large hospitalité.

Praticiens de France, n'hésitez point : venez au Congrès ; comptez sur nous, sur notre dévouement à la chose médicale, sur notre affection confraternelle ; mais *renvoyez immédiatement, au Secrétaire général, le bulletin que vous avez tous reçu*, y indiquant avec soin les *adhésions individuelles*, *familiales* et *syndicales*, avec les *noms* des adhérents, leur *adresse*, leur *gare de départ*, les *réseaux* de chemin de fer qu'ils auront *à traverser* ;

Il le faut, si vous voulez aider le Comité d'organisation dans la tâche difficile qu'il a entreprise.

Il le faut, si vous voulez que cette organisation réponde à votre attente.

Il le faut, si vous êtes de cœur avec la Fédération des Médecins du Nord, avec l'Union des Syndicats médicaux de France, avec le « Con-

cours Médical », etc., avec tous les Maîtres au cœur généreux qui vous ont donné leur appui au Congrès de 1907, avec les organes de la presse médicale qui ont vu dans vos manifestations autre chose qu'un feu de paille.

Il le faut pour votre dignité et votre relèvement professionnels, pour votre avenir, pour votre liberté sourdement minée par le fonctionnarisme.

Il le faut enfin pour l'honneur du « Corps Médical Français », dont la ferme volonté et l'esprit de suite s'affirmeront au Congrès de Lille avec la même énergie qu'au Congrès de Paris.

Pour le Comité d'organisation du Congrès de Lille :

Dr L. Declercq.

P.-S. —Envoyer les adhésions au Dr Aubert, Secrétaire général du IIe Congrès des Praticiens de France, 5, rue *Thiers, à Lille.*

Syndicat médical de la Vendée

Nos confrères de la Vendée viennent encore de donner un de ces bons exemples d'*action* que nous sommes toujours heureux de signaler aux Syndicats médicaux dont les séances se composent uniquement de parlotes, palabres, élections et banquets.

Ils ont osé faire de la politique ... de défense professionnelle ; ils se sont commis avec leurs Députés et Sénateurs et, sans hésiter, sans scrupules d'opinion individuelle, ils leur ont soumis et fait approuver l'ordre du jour suivant :

Considérant que si, en majorité, les Sociétés médicales se sont prononcées contre le principe de l'impôt sur le revenu, elles n'en ont pas moins le droit d'envisager le vote possible de cet impôt et d'examiner avec soin la répercussion qu'aurait le projet en discussion sur leurs finances personnelles au point de vue professionnel exclusivement ;

Considérant que si le projet parle de bénéfices nets, il est muet sur la façon dont ces bénéfices nets doivent être compris, laissant à un règlement d'administration publique le soin de les déterminer ; qu'il y a lieu, en conséquence, de prévoir ce que sera la liste des frais généraux à déduire des bénéfices bruts ; qu'il est urgent, dès maintenant, de déclarer que ces frais généraux devront comprendre les locaux professionnels, l'entretien des chevaux, harnais, voitures, automobiles, bicyclettes ou motocyclettes, d'y comprendre l'amortissement de ce matériel, d'y comprendre les frais d'entretien et de gages du serviteur attaché aux soins à donner à ce matériel ; d'y comprendre l'achat annuel des livres et instruments de la profession, etc., sans que cette liste puisse être considérée comme limitative, mais purement indicative ;

Considérant que l'article 53 (anc. 51) du projet, en discussion qui vise les professions libérales en les assimilant aux salariés, pensionnés, retraités dans les exemptions et abattements, commet une injustice puisqu'il ne tient pas compte de la différence des situations sociales, et que le minimum d'existence d'un salarié ne saurait être le même pour un médecin. Il y a lieu de modifier ainsi l'article 53.

Article 53.

L'impôt sur les bénéfices des professions libérales et de toutes occupations lucratives non comprises dans une précédente catégorie est établi annuellement à raison de la moyenne des bénéfices nets réalisés pendant les trois années précédentes, déduction faite, sur chaque revenu individuel, d'une somme de :

2000 fr. si le contribuable a son domicile réel dans une commune de 3000 habitants et au-dessous ;

2500 fr. si le contribuable a son domicile réel dans une commune de 3000 à 10.000 habitants ;

3000 fr. si le contribuable a son domicile réel dans une commune de plus de 10.000 habitants ;

3500 fr. si le contribuable a son domicile réel dans le département de la Seine.

Chaque imposable a droit, en outre, si son revenu de la septième catégorie ne dépasse pas 20.000 fr., aux déductions suivantes ;

Déduction de sept huitièmes sur la portion du revenu ne dépassant pas 4000 fr.

Déduction de deux tiers sur la portion de revenu comprise entre 4000 et 5000 fr.

Déduction d'un tiers sur la portion de revenu comprise entre 5000 et 6000 fr. »

Cet acte d'initiative n'a rencontré jusqu'ici que des approbateurs. Mais pourquoi faut-il que des protestations s'élèvent quand, pour la défense d'intérêts communs, nos groupements lient partie avec les groupements ouvriers ? Pourquoi trouve-t-on que *c'est aller trop loin,* (suivant l'euphémisme classique) ? Hum ! Interrogeons-nous sur ce point, et nous serons conduits à nous avouer qu'il nous reste un vieux fonds de mentalité bourgeoise quelque peu rococo, datant du règne de Louis-Philippe ou même d'un peu avant. Nous ferions sagement de nous délester de cet impedimentum si nous voulons suivre, sans trop de pertes, un mouvement social que ni les médecins, ni d'autres n'arrêteront.

1er Congrès de Physiothérapie des médecins de langue française.

Ce congrès, qui s'est réuni dans la semaine de Pâques, est né d'une idée très juste : définir les indications thérapeutiques respectives de chacun des agents physiques dans une sorte d'Assemblée générale des Physiothérapeutes de langue française, convoqués sous les auspices des deux grandes Sociétés d'Electrothérapie et de Kinésithérapie.

La commission d'organisation, composée de MM. Oudin, président ; Stapfer, Lagrange, Kouindjy, Zimmern et Albert Weill, vice-présidents ; Laquerrière, secrétaire-général, confia à des rapporteurs spécialistes la rédaction de vues d'ensemble concernant : 1° le traitement des névralgies et névrites ; 2° le traitement des traumatismes articulaires et osseux par les divers agents physiques connus. Ces rapports furent rédigés par :

MM. Albert Weill (photothérapie) ;
Barcat et Lamarre (radium) ;
Dausset (méthode de Bier) ;
Haret (Rœntgenthérapie) ;
Kouindjy (massage et rééducation) ;
Lagrange (mécanothérapie) ;
Libotte (hydrothérapie) ;
Zimmern et Delherm (électrothérapie) ;
pour la première question, et par :
MM. Bélot (radiographie) ;
Dagron (massage) ;
Durey (méthode de Bier) ;
Laquerrière (électrothérapie) ;
De Munter (mécanothérapie) ;
Pariset (hydrothérapie) ;
pour la deuxième question.

Les praticiens désireux d'avoir une mise au point de la Physiothérapie, relativement aux questions traitées, trouveront ces différents rapports dans les journaux spéciaux (*Revue de Cinésie ; Journal de Physiothérapie ; Archives d'Electricité médicale*).

Le Congrès s'est ouvert le 22 avril, dans le Petit Amphithéâtre de la Faculté, où 120 Congressis-

tes de France, de Belgique, de Hollande, de Suisse et du Canada avaient répondu à l'appel du Comité d'organisation. Présidence d'honneur et discours de M. le doyen Landouzy. Allocution du Dr Oudin, qui nous rappelle l'époque où, sortant de l'internat pour entrer dans la carrière, il résolut de se spécialiser dans l'électrothérapie, et vit accueillir sa décision par l'ébahissement des uns, le sourire compatissant des autres, la froideur significative de tous. « Même dédain, dit-il, « fut réservé jadis aux chirurgiens, issus des barbiers, dont la concurrence obligea nos ancêtres « à des luttes que nous voyons renaître entre « physiothérapeutes et empiriques de tous genres. Les subalternes auxquels notre indifférence « abandonna jadis la douche, le massage et l'application des courants se cramponnent à leurs « empiètements : le sort des barbiers les attend ».

On applaudit à ces sages paroles, et la lecture des rapports commença, après élection des Drs Duhain (Lille) et Wetterwald (Paris), comme secrétaires des séances.

Le défilé de rapporteurs est, à mon humble avis, bien inutile, puisque tout le monde a lu d'avance leur travail imprimé : il rappelle trop ces représentations d'anniversaire à la Comédie-Française, où chaque sociétaire, revêtu du costume où il s'illustra, vient déposer une couronne sur le buste de Corneille, en récitant des vers de circonstance : tout le monde bâille, et la gloire du poète n'en est point accrue.

Dans les congrès, la part de la discussion et des communications non officielles, souvent plus intéressantes que les autres, s'en trouve diminuée. C'est ainsi qu'ont défilé, comme des personnages d'un cinématographe, des confrères de bonne volonté que le chronomètre du président réduisait à la portion congrue. Citons parmi ces laborieux, le professeur Deschamps (Rennes), qui rompit une lance en faveur de la galvanisation simple et mit à mal l'ionisation, oubliée sitôt que née ; Charles de Blois (Trois-Rivières, Canada) : Ozone et tuberculose pulmonaire ; Gastou et Descrossas : La radiothérapie à Saint-Louis de 1900 à 1908 ; Petit (Promenade physiothérapique à l'occasion des fractures) ; Danjou : (Les deux thérapeutiques : physique et chimique).

Le Dr Stapfer, submergé par les théories, réclama des faits. Comme s'ils n'attendaient que ce signal, les secrétaires des séances quittèrent un instant leur labeur improbe pour parler, l'un, d'un cas de sclérose en plaques amélioré par la radiothérapie (Duhain), l'autre, des erreurs de diagnostics que cause la méconnaissance de la panniculite, dont le massage vient à bout sûrement, rapidement, mais désagréablement (Wetterwald) ; et le Dr Bralant raconta comment la Kinésithérapie guérit les œdèmes, annexites, et infiltrations du bassin.

Les discussions furent parfois longues, toujours intéressantes ; on peut en conclure qu'il est utile, indispensable, même pour les praticiens, de connaître les indications des agents physiques, que beaucoup s'attardent à considérer comme un vague empirisme. Que ces louangeurs du temps passé veuillent bien sortir de leur matière médicale ; ils verront une chose intéressante : l'avenir !

Statuts du Syndicat général des Médecins kinésithérapeutes

Art. I. — Sous le bénéfice :

1° De la loi du 21 mars 1884 relative aux Syndicats professionnels ;

2° De la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine ;

3° Du chapitre III du Titre III du Code civil, sur l'effet des obligations :

Il est constitué, entre les médecins possédant le diplôme de docteur en médecine français, spécialisés dans la Kinésithérapie manuelle et mécanique, et exerçant en France, qui auront adhéré aux présents statuts, une Société syndicale dite : *Syndicat général des Médecins Kinésithérapeutes.*

Art. II. — Son siège est à Paris, 23, rue de Dunkerque, dans les locaux du Concours Médical. Il pourra être changé dans les conditions légales. Le nombre de ses membres est illimité.

Art. III. — Le syndicat a pour objet

a) D'assurer la défense des intérêts professionnels de ses membres ;

b) De maintenir entre ses membres le culte de la dignité professionnelle et des obligations d'étroite solidarité qu'elle leur impose dans leurs rapports : 1° entre eux ; 2° avec les malades ; 3° avec les collectivités diverses.

c) D'étudier et de préparer, de concert et en collaboration avec les pouvoirs publics ou autorités compétentes, l'application des mesures générales de médecine, d'assistance et de protection de la santé publique pouvant se rapporter à l'exercice de la Kinésithérapie.

d) De poursuivre par tous les moyens légaux l'exécution et le respect des résolutions adoptées par les Assemblées générales de la Société.

e) *De répandre dans le Corps médical la notion de l'importance des agents physiques en thérapeutique et la nécessité de n'en confier le maniement qu'à des mains médicales et expérimentées.*

Art. IV. — Tout médecin muni d'un diplôme donnant le droit d'exercer la profession médicale en France et spécialisé dans la Kinésithérapie, peut être admis dans le Syndicat, à condition :

1° D'être présenté par deux confrères syndiqués ;

2° D'adhérer par écrit aux statuts et décisions antérieures du Syndicat ;

3° De produire un extrait de son casier judiciaire.

L'admission, proposée par le Bureau, sera soumise à la décision de l'assemblée générale qui suivra la présentation de la candidature, et sera proclamée à la majorité des membres présents.

Art. V. — Tout syndiqué a droit à l'appui moral et matériel du syndicat, dans les limites imposées par la nature de la cause, les circonstances, la légalité, et les ressources de la Société, après décision du Bureau à faire ratifier par l'Assemblée générale.

Art. VI. — Tout syndiqué doit :

1° Son obéissance aux statuts et décisions de la Société ;

2° Son concours aux co-syndiqués.

Art. VII. — Toute infraction à l'article VI, et en général, tout acte nuisible au bon renom ou aux intérêts du Syndicat entraînera, pour l'intéressé : l'avertissement, le blâme ou l'exclusion, proposée à l'Assemblée générale par le Bureau, et votée par elle à la majorité absolue des membres présents.

L'intéressé ou un des membres présents pourra exiger que la mesure prise, pour être définitive, soit votée dans les mêmes conditions par l'Assemblée générale suivante. Celle-ci décidera si la pénalité devra être mentionnée au procès-verbal, lequel pourra recevoir toute publicité, sans recours possible de ce chef pour l'intéressé devant les Tribunaux contre le Syndicat, ni aucun de ses membres.

Art. VIII. — Le Syndicat est administré par un Bureau composé :

D'un Président ;

D'un Vice-Président ;

D'un Secrétaire général résidant à Paris ;
D'un Secrétaire général résidant en province ;
D'un Trésorier ;

Si le Président réside à Paris, le vice-président devra résider en province, et inversement.

Ce bureau est assisté d'un Comité de quatre membres, choisis par le Bureau et dont deux au moins résideront à Paris.

Le Bureau est élu pour trois ans, au bulletin secret, par tous les membres du Syndicat, à la majorité relative des votants.

Les absents n'ont pas part au vote.

ART. IX.— Tout adhérent qui, ne pouvant assister à une réunion obligatoire, ne se sera pas excusé au préalable sera tenu à une amende de 2 francs exigible en même temps que sa cotisation.

ART. X. — Le Président représente le Syndicat devant l'autorité administrative et judiciaire.

ART. XI. — Le Bureau et le Comité se réuniront obligatoirement tous les trois mois.

ART. XII. — Les membres du Syndicat se réuniront deux fois par an en Assemblée générale, de préférence à une époque coïncidant avec un Congrès intéressant leur spécialité, et toujours dans une ville de France. Les convocations seront adressées quinze jours au moins avant cette date.

Les délibérations auront lieu dans l'ordre suivant :

1° Les secrétaires donneront lecture du procès-verbal des séances de l'assemblée générale précédente et des procès-verbaux des réunions du Bureau et du Comité.

Ils exposeront dans un rapport les actes du Bureau pendant l'année écoulée.

2° Le Trésorier exposera l'état de la situation financière ;

3° Il sera procédé à l'admission des candidats, puis au vote des pénalités, s'il y a lieu. Ces votes ont lieu au scrutin secret.

4° Les questions à l'ordre du jour seront discutées ;

5° Discussion des questions non prévues à l'ordre du jour ;

6° On désignera les questions qui devront figurer à l'ordre du jour de la prochaine assemblée. Le Bureau choisira des rapporteurs.

ART. XIII. — Le procès-verbal de l'Assemblée générale ou son extrait sera envoyé aux sociétaires et recevra toute la publicité que le Bureau jugera utile.

ART. XIV. — Les syndiqués qui auront des communications à faire ou des modifications à proposer aux Statuts devront en avertir le Président au plus tard quinze jours avant la séance.

ART. XV. — Le fonds social est constitué par ,
1° Les dons volontaires ;
2° Les cotisations annuelles ;
3° Les droits d'entrée ;
4° Toutes ressources légalement acquises.

ART. XVI. — Le montant de la cotisation est fixé à 7 francs, dont 2 francs, pour l'affiliation à l'Union des Syndicats. Le droit d'admission est fixé à cinq francs.

ART. XVII. — En cas de dissolution, qui ne peut être prononcée que par les deux tiers des membres inscrits au moins, l'avoir de la Société sera distribuée à des œuvres d'intérêt professionnel.

REPORTAGE MÉDICAL

Pour la révision du tarif Dubief. — Si on veut se faire une idée des résistances que rencontrent nos délégués à la commission des tarifs médicaux des accidents du travail, il suffit de lire les lignes ci-dessous empruntées à la *Revue médicale de la Franche-Comté* du 10 avril 1908.

Une Compagnie d'assurances modèle. — C'est sans contredit la *Mutualité Industrielle* dont nous nous faisons un plaisir de signaler le tarif aux confrères pour les prier dans leur intérêt et celui de tous... de l'envoyer au panier.

Cette Compagnie semble ignorer que la loi « accident » exige sous des peines suffisamment élevées d'ailleurs que le blessé soit libre de confier sa santé au médecin de son choix, et elle s'évertue à chercher des « Médecins délégués » admirons l'euphémisme — avec les propositions alléchantes suivantes que je déniche au hasard dans le tarif que m'a communiqué un confrère non syndiqué, mais à l'esprit de solidarité duquel je rends ici un public hommage.

Voici donc le Pactole que cette ineffable Compagnie prétend déverser sur le corps médical : 1er exemple : Réduction de luxation de l'épaule à 10 fr. (!!!), de la hanche 20 fr. (!!!). 2e Exemple : « Pour une grave blessure aux yeux, ayant occasionné une ou plusieurs opérations d'un traitement d'un mois « au moins !!... » quinze francs. Oui, parfaitement, vous pouvez essuyer vos convexes, j'ai écrit et je réécris **quinze francs**. Une plaie pénétrante de l'œil, avec blessure du cristallin, opération de cataracte traumatique d'abord, et extraction de membranule quelque temps après, quinze francs : si avec ça les oculistes ne font pas fortune ! 3e Exemple : En cas de consultation nécessaire avec un confrère, *en référer à la Société* (!!!) pour fixer d'un commun accord le coût de cette consultation...

J'ignore si ces gens-là nous prennent pour des imbéciles ou pour des domestiques. Leur circulaire semblerait faire croire qu'ils nous prennent pour l'un et l'autre à la fois. Aux confrères avertis de leur montrer par leur silence dédaigneux le cas que nous faisons de leurs propositions. Rappelons-nous que la confiance des blessés du travail est intangible. Nous n'avons pour les soigner nullement à nous prévaloir du vain titre de médecin plus ou moins délégué par une Compagnie quelconque. Méritons la confiance de nos blessés uniquement par notre propre mérite et notre science — et quant aux tarifs particuliers de Mesdames les Compagnies, qu'ils aillent rejoindre dans certains endroits secrets la légion des paperasses reçues chaque jour.

Tombez, tombez, feuilles d'automne !

Dr SEXE.

Les médecins et le repos hebdomadaire. — Le Syndicat des médecins de l'arrondissement de Saint-Etienne a informé le public que, comme tous les travailleurs, les médecins ayant droit au repos du dimanche, seul un cas urgent de maladie ou de blessure leur crée le devoir social et humanitaire d'interrompre ce repos légitime.

Assimilant donc les visites du dimanche à des visites d'urgence, le Syndicat a décidé qu'à partir du 1er mai 1908, le prix de toute visite réclamée ou nécessitée le dimanche, sera le double de celui de la visite ordinaire.

Premier Congrès international d'Urologie. — L'Association internationale d'Urologie tiendra son premier Congrès à Paris, du 30 septembre au 3 octobre 1908, sous la présidence de M. le prof. Albarran.

Les discussions porteront exclusivement sur les questions mises à l'ordre du jour qui sont les suivantes :

A) Pathogénie et traitement des anuries. Rapporteurs : MM. Kummel (Hambourg) ; Watson (Boston) et Achard (Paris).

B) Rétentions vésicales sans obstacle mécanique. Rapporteurs : MM. Von Frankl-Hochwart (Vienne) ; Albarran (Paris) ; d'Hœnens (Bruxelles).

C) Physiologie normale et pathologique de la prostate. Rapporteurs : MM. Posner (Berlin) ; Pardœ (Londres) ; Haberern (Budapest).

D) Indications opératoires dans la tuberculose rénale. Rapporteurs : MM. Ceccherelli (Parme) ; Brongersma (Amsterdam) ; Guisy (Athènes) ; Heresco (Bucarest).

Le caporalisme en matière de soins aux victimes du travail. — En Belgique, le département des chemins de fer a conclu une convention avec le département de la guerre pour faire traiter dans les hôpitaux militaires ses agents *gravement* blessés. — Il payera pour chaque blessé une somme de 50 fr. dont les 3/5 seront attribués au médecin dirigeant le service de chirurgie et les 2/5 aux médecins adjoints et autres aides.

Et allez donc ! Pour simplifier (on l'avoue) le travail des bureaucrates, on enlève au blessé le choix du chirurgien quand sa vie est en jeu, on impose aux chirurgiens militaires, pour une rémunération dérisoire, des corvées qui ne leur revenaient pas, on enlève au médecin civil la clientèle du plus puissant chef d'industrie.

Cela s'appelle partout mettre l'autorité au service de l'exaction, et la forme de notre gouvernement, à nous Français, nous protège par son essence même contre de pareils attentats. A moins que... nos ministres, nos bureaucraties, nos mœurs et même nos lois ne soient restés antirépublicains. Il y a bien des gens, d'ailleurs, qui l'affirment sans être démentis.

Dix-huitième Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de Langue française. (Dijon 3-8 août 1908). Président : M. le Dr CULLERRE ; secrétaire général : M. le Dr S. GARNIER. — *Programme des travaux et excursions.* Lundi 3 août. Matin : Séance solennelle d'inauguration (salle des Etats de Bourgogne à l'Hôtel de Ville de Dijon). Visite de l'Hôtel de Ville. Après-midi : 1er rapport. M. Laignel-Lavastine (de Paris). Les troubles mentaux par perturbations des glandes à sécrétion interne. Discussion. Soir : Réception offerte par la Société des Sciences médicales de la Côte-d'Or. — Mardi 4 août. Matin : Suite de la discussion du 1er rapport. Communications diverses. Après-midi : 2e rapport. M Verger (de Bordeaux). Diagnostic et formes cliniques des névralgies. Discussion : Réunion du Comité permanent. — Mercredi 5 août. Matin : Visite de l'Asile de Dijon. Déjeuner offert aux Congressistes. Après-midi : Communications diverses à l'asile. Jeudi 6 août. Matin : 3e Rapport. M. Charon (d'Amiens). Assistance des enfants anormaux. Discussion : Après-midi : Communications diverses. Réunion du Congrès en Assemblée générale. Soir : Réception offerte par le Président et les Membres du Congrès. — Vendredi 7 août. Matin ; Excursion à Vougeot et à Beaune. Déjeuner individuel à Beaune. Après-midi : Visite à l'hôpital de Beaune. Communications diverses. Retour à Dijon pour dîner. — Samedi 8 août Excursion au Château de Bussy-Rabutin : à Alise-Sainte-Reine : Visite des fouilles d'Alésia ; à Flavigny. Dislocation du Congrès Retour à Dijon, ou départ pour excursionner dans le Morvan. Excursions dans le Morvan.

Faculté et Hôpitaux.

Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris. — Hôpital Necker : M. Huchard, tous les mardis, à 10 h. du matin, consultations avec causeries cliniques et thérapeutiques sur les maladies du cœur.

Hôpital Beaujon : M. Gasne, tous les samedis à 11 h., conférences cliniques et thérapeutiques sur les maladies du système nerveux.

Hôpital de la Charité : M. Oulmont, tous les jours au lit du malade, clinique et séméiotique, principalement des maladies nerveuses.

Hôpital de la Pitié : M. Dalché, examens de malades (gynécologie), le mardi à 9 h. ; consultations, le mercredi à 9 h.

Service de radiologie de l'Hôpital Saint-Antoine : L'enseignement des notions théoriques et techniques indispensables à la pratique de la radioscopie, de la radiographie, de la radiothérapie et de la radiumthérapie est donné annuellement en deux cours de vacances, d'une durée de huit jours, l'un immédiatement avant Pâques, l'autre dans la seconde quinzaine d'octobre. Ces cours, librement ouverts à tous les étudiants et docteurs en médecine, sont complétés par des exercices pratiques de radioscopie et de radiographie auxquels donne accès un droit d'inscription de 100 francs.

En dehors des cours de vacances, les applications de la radiologie au diagnostic et à la thérapeutique sont l'objet de conférences annoncées par des affiches spéciales et, à quelque moment de l'année que ce soit, l'enseignement pratique de la radiographie est donné par le chef de laboratoire à tout étudiant ou docteur en médecine qui acquitte un droit d'inscription de 100 francs.

L'enseignement clinique de la radiologie médicale est donné journellement comme il suit : tous les matins, dimanche excepté : examen clinique et traitement des malades justiciables de la radiothérapie ou de la radiumthérapie (dermatoses, tuberculides, néoplasmes, adénopathie, splénomégalie, leucémie).

Mercredi à 10 h., examen radioscopique des malades de M. Mathieu (affections de l'estomac).

Vendredi matin à 10 h., examen radioscopique des malades du service.

Samedi matin à 10 h. Examen radioscopique des malades externes. Le laboratoire de M. Béclère comprend une bibliothèque de radiologie médicale et un musée de radiothérapie, ouverts à tous les étudiants et docteurs en médecine.

Hôtel des Sociétés Savantes, 28, rue Serpente : Tous les vendredis à 2 heures, conférences sur le nourrisson, sa vie, ses maladies, par M. Lesage.

Hôpital des Enfants-Malades : M. Richardière, les jeudis à 10 h., démonstrations cliniques et examen des malades par les élèves. Les mercredis, consultation externe avec examen de malades. Vendredi matin, maladies des nourrissons (hygiène alimentaire des nouveau-nés).

Hospice des enfants-assistés (74, rue Denfert-Rochereau), M. Variot : conférences d'hygiène et clinique infantile tous les lundis à 10 h. 1/2.

Hôpital Trousseau : M. Triboulet les mercredis et samedis à 9 h. 1/2, thérapeutique d'urgence chez l'enfant.

Hôpital Bretonneau : M. Villemin, tous les jeudis matin à 9 h. 1/2, leçons cliniques de chirurgie infantile et d'orthopédie alternativement.

Hôtel-Dieu, consultation externe : M. Labey tous les jours, examen des malades.

Hôpital de la Pitié : M. Robineau, à partir du 12 août, une série de 10 leçons, qui seront continuées les vendredis et mercredis suivants, sur la technique de quelques opérations de chirurgie courante.

Le nombre des élèves est limité à 10. Se faire inscrire dans le service.

Prochainement, M. René Gaultier, chef de laboratoire à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu (service du Prof. Dieulafoy), fera une série de conférences pratiques sur l'examen des fèces à un nombre d'élèves limité. S'inscrire au laboratoire de l'Hôtel-Dieu, tous les jours, de 9 h. à midi, et de 2 h. à 5 heures.

Le Directeur-Gérant : **Dr H. JEANNE.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trentième année — N° 22 — Dimanche 31 MAI 1908

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Syndicat des médecins du Rhône

A propos de la demande d'établissement d'un forfait par les Compagnies d'assurances.

Rapport remis par le Dr Proby à M. le sénateur Gourju

La cause que nous voulons défendre n'est pas d'ordre seulement matériel et pécuniaire. Elle a une portée plus haute. Nous tenons, avant tout, à sauvegarder notre indépendance et notre dignité. Or, l'indépendance du médecin, qui était jadis un des plus grands avantages, une des plus belles prérogatives de notre profession, est, aujourd'hui, de plus en plus attaquée. Les nouvelles lois d'assistance sociale, telles que celles de la protection de l'enfance, de l'assistance médicale gratuite, de la vaccination, etc.., tendent à nous imposer des fonctions officielles. En outre, les grandes compagnies, les collectivités, en nous confiant leurs services médicaux, font, de plus en plus, du médecin un fonctionnaire.

Pour conserver cette indépendance, dont nous sommes à bon droit jaloux, nous avons dû chercher en dehors de nous des alliés, car un certain nombre d'entre nous acceptent volontiers d'aliéner leur liberté sous l'appât d'une rémunération ou d'un forfait. Ces alliés, nous les avons trouvés parmi nos clients, en réclamant pour eux la liberté absolue de confiance. Le corps médical a la ferme conviction qu'on ne remettra jamais en question ce grand principe du *libre choix du médecin par le blessé*, principe que nos adversaires voudraient ruiner, principe que le Parlement a consacré formellement en 1905 et que le Congrès des Praticiens de France, tenu à Paris l'année dernière, a voté par acclamation, comme le fera, dans trois mois, le Congrès des Praticiens de Lille.

Maintenant que, dans presque toutes les communes de France, l'indigent a le droit de se faire soigner par le médecin qui lui plaît, ne serait-il pas injuste d'imposer au blessé un médecin choisi par celui qui paie, comme l'a demandé récemment M. Villemin ?

Que nous réclamions notre indépendance professionnelle, cela n'intéresse personne ; mais nous dirons cependant qu'imposer un médecin à un malade, c'est violer un droit naturel, ce droit qu'a tout homme, riche ou pauvre, de confier ce qu'il a de plus précieux, sa santé ou sa vie, au médecin qui lui inspire confiance. Or, la confiance ne se commande ni ne s'impose. Nous savons tous qu'elle est un des éléments les plus importants de guérison, et qu'elle est indispensable pour obtenir certains renseignements, certaines confidences utiles au diagnostic et au traitement. A l'appui de cette opinion, nous pourrions citer bien des faits probants. En défendant ce principe, nous sommes, croyons-nous, sur un terrain inattaquable.

On nous dira que le patron, qui paie, a aussi intérêt à ce que le blessé guérisse vite, et qu'il est mieux qualifié pour apprécier le savoir et l'honorabilité du médecin. Mais ce médecin patronal sera toujours suspect à l'ouvrier ; il n'aura pas, d'ailleurs, toute l'indépendance nécessaire vis-à-vis du patron qui l'aura choisi et pourra le remplacer à son gré, notamment au sujet de toutes les tares morbides qu'il aura pu constater, et que le secret professionnel lui défendra de révéler, notamment encore en cas de litiges, lorsque sa conscience lui commandera de défen-

dre les droits de la victime d'accident. Il n'est pas juste, d'ailleurs, de dire que le patron paie tout ; il paie la moitié, l'ouvrier paie l'autre moitié, par sa souffrance, par la perte de son demi-salaire, parfois par celle de sa santé ou de sa vie ! La loi de 1898 a été, entre le travailleur et l'employeur, une transaction, et non, comme on l'a dit, *un forfait* qui comporte des chances de perte ou de gain, puisque, autrefois, l'article 1382 condamnait le patron aux conséquences totales de la responsabilité civile. C'est l'assurance contractée par le patron qui est un forfait, mais la loi lui impose certaines obligations qu'elle ne peut imposer au médecin.

On nous objectera, comme on l'a fait déjà, que le forfait est le seul moyen d'empêcher les abus. Nous affirmons qu'avec l'adoption du forfait, les abus continueraient, mais d'un autre côté, dans un autre sens, le plus souvent au détriment du médecin et, presque toujours, au grand dommage de la victime d'accident du travail.

A ce propos, il est de notoriété publique qu'une campagne très active est menée depuis quelques mois contre le corps médical, dans plusieurs grands journaux quotidiens. Nous croyons savoir qu'il y a eu parmi nous des agents provocateurs qui, avec l'assentiment fort probable de certaines Compagnies, ont servi à constituer un dossier contre nous, à fournir des preuves de cupidité et de malhonnêteté.

Qu'il y ait eu quelques défaillances, quelques médecins marrons, c'est possible ; mais c'est encore dans notre profession, comme dans celle d'avocat, du reste, qu'on trouve le plus de conscience et de moralité. Au surplus, nous entendons répudier énergiquement tous les confrères qui ne seraient pas guidés exclusivement par le souci du devoir et de la dignité professionnels. Nous l'avons prouvé dans notre région lyonnaise, et, à Paris, une de nos plus puissantes organisations, « le Sou médical », vient de demander officiellement, par une lettre ouverte à M. le Ministre de la Justice, des poursuites contre les médecins incriminés.

Nous déclarons donc hautement que nous voulons sacrifier les *brebis galeuses*, s'il y en a, et nous estimons que nos Syndicats peuvent étendre leur action en constituant une sorte de « Conseil de l'ordre ».

Et c'est pourquoi, depuis longtemps déjà, nous avons réclamé l'institution de Commissions mixtes composées de délégués des Syndicats médicaux, patronaux et ouvriers, chargées d'aplanir toutes les difficultés, d'éviter les expertises, de contrôler le traitement et les notes d'honoraires, en un mot, d'empêcher les abus. Nous espérons, d'ailleurs, avoir une entrevue avec le Syndicat lyonnais des Compagnies d'assurances.

Mais si les Compagnies continuent à nous faire une guerre acharnée, à entraver le libre choix, à rechercher le forfait, elles verront se dresser contre elles le Corps médical presque tout entier, ainsi que la classe ouvrière et sans doute aussi les patrons ou les chefs d'industrie, qui ne tarderont pas à créer des Caisses mutuelles, ainsi que cela existe déjà dans certains départements. Actuellement, il est hors de doute que les Compagnies soulèvent mille chicanes aux médecins les plus honorables qui n'ont pas avec elles des traités et qui s'avisent d'appliquer le tarif ministériel. Le tarif à la visite est cependant le seul légitime, le seul juste, et nous ajouterons qu'il est le plus favorable à la suppression des abus.

Avec le forfait, le médecin a intérêt à visiter le blessé le plus rarement possible. S'il est très occupé, s'il n'a pas une haute idée de son devoir et de sa responsabilité, le médecin sera conduit à laisser le blessé se panser lui-même, ou il le laissera panser par un tiers incompétent. Il en résultera très fréquemment des complications telles que suppurations, dermatites, phlegmons, érysipèles, etc..., chez les blessés où l'on aura négligé les précautions antiseptiques que, seuls, les médecins peuvent prendre. Et de ce fait, seront augmentées les indemnités de demi-salaire, et, parfois même, les incapacités permanentes. Nous en pourrions citer de nombreux exemples.

Il est bon de rappeler, à propos du tarif des pansements et petites interventions, que si le médecin consciencieux veut s'occuper des blessés du travail, il lui est nécessaire d'avoir chez lui une installation spéciale. Ne doit-il pas d'abord se laver, savonner et brosser minutieusement les mains ? Il lui faut de l'eau bouillie chaude, des cuvettes appropriées, un matériel stérilisé. Il faut qu'il emploie des solutions antiseptiques, des objets de pansement conservés à l'abri de toute contamination possible. S'il ne prend pas toutes ces précautions, il expose le blessé aux complications les plus sérieuses, et il expose aussi les responsables à payer des interruptions de travail interminables ou des rentes pour incapacité partielle.

Le forfait qui assure au médecin une rémunération fixe, invariable, certaine, quoi qu'il fasse, bien ou mal, entraîne presque fatalement un relâchement de sa part dans les soins à donner. Il supprime l'émulation, l'effort, la recherche du mieux. Par suite, il finit par être nuisible, dans bien des cas, aux intérêts mêmes de ceux qui le réclament.

Nous ajouterons que, au point de vue déontologique, le forfait consenti à une Compagnie d'assurances place le médecin dans une fâcheuse posture vis-à-vis de ses confrères, qui se trouvent ainsi dépossédés d'une part légitime de clientèle, et qui, pour la ressaisir, se croient obligés de faire de la surenchère au rabais.

S'il est imposé par la loi, il mettra le médecin à la merci du malade ou de son entourage ; le blessé, sachant qu'il doit être soigné pour un prix fixe, à peu près invariable, ne manquera pas de soupçonner le médecin de réduire ses visites au minimum ; il sera forcément tenté d'exagérer ses souffrances pour obtenir des soins plus assidus ; d'où augmentation des frais pharmaceutiques, puisque la visite aboutit presque toujours à une ordonnance. Si le blessé n'ose pas lui-même réclamer des visites plus fréquentes, d'autres personnes sauront lui témoigner un dévouement facile et gratuit : c'est la femme ou la fille, dont le nervosisme latent a été exalté par le traumatisme ; c'est le voisin ou le parent zélé, qui s'empresseront de courir chercher le médecin. Du reste, cela se produit fréquemment avec le système actuel. Mais avec le tarif à la visite, le médecin consciencieux peut s'opposer à cet abus, et son abstention éventuelle lui donnera plus de force, plus d'autorité auprès du malade, lui inspirera plus de respect et de confiance, puisqu'il sentira que le médecin agit contre son intérêt matériel en se privant d'un supplément d'honoraires.

Avec le régime du forfait, le praticien à qui on demandera des visites trop fréquentes ou inutiles, finira par se lasser ; il se créera des conflits, des mécontentements et, parfois même, des désastres qui auraient pu être évités. Car il peut se produire tel ou tel cas urgent où le médecin, dé-

sabusé, se sera fait attendre, lorsque son intervention rapide aurait pu sauver le malade.

Et comment ne pas excuser le praticien qui devient blasé et sceptique, lorsqu'on connaît les abus qu'entraîne fatalement tout service médical à l'abonnement ? Faites appel au témoignage de tous les confrères qui ont assuré pendant quelque temps à forfait le service d'une Société de secours mutuels ou d'une administration publique, ou d'une grande Compagnie. Combien de fois ont-ils été dérangés pour des malades ou des blessés auprès desquels ils accouraient en hâte et qu'ils trouvaient souriants, jouant aux cartes ou trinquant avec des amis ? Croit-on que j'exagère ? Laissez-moi dire, comme exemple banal, une simple petite histoire, vécue, dont je garantis l'authenticité.

Par une nuit glaciale de décembre, vers 2 heures du matin, un blessé, couché tranquillement dans son lit, a une altercation avec sa femme pour un motif quelconque. On crie, on fait du tapage..... Un voisin se lève, s'informe, croit que le blessé, blême de colère, va se trouver mal, court chercher le médecin. Lorsque ce dernier arrive, empressé et inquiet, il trouva les deux époux au lit, réconciliés, la mine effarée et goguenarde, se payant la tête du médecin, qu'ils n'ont, d'ailleurs, jamais payé.

Tous les praticiens un peu avancés en âge pourraient citer bon nombre de faits semblables.

Voilà un abus certain du forfait qui aura pour conséquence un relâchement dans le dévouement du médecin. Par suite, les victimes d'accidents, mal soignées, s'adresseront aux empiriques, encore si nombreux sur notre territoire, et s'exposeront aux pires complications. Si, au contraire, le blessé, mécontent, change de médecin, il y aura pour les responsables des frais doubles ou triples à payer. Or, il ne paraît pas possible de lui contester ce droit.

Enfin, considération importante, le forfait risque d'amoindrir quelque peu la dignité professionnelle, car, dans les litiges survenus entre blessés et responsables, le médecin attitré d'un patron ou d'une Compagnie est souvent, presque malgré lui, entraîné à prendre parti contre la victime, alors qu'il doit ne relever que de sa conscience et rester toujours un arbitre impartial.

Des faits retentissants, après expertise officielle, avec radiographie à l'appui, pourraient nous fournir des arguments précis !...

Ce soupçon de partialité de la part du médecin patronal ou du médecin de Compagnie se répand tellement dans le monde ouvrier, que, dans la plupart des grandes villes, les Bourses du travail cherchent à organiser des dispensaires ouvriers destinés à combattre les dispensaires des Compagnies. Il en existe à Paris, à Lille, et nous en connaissons les conséquences fâcheuses. Il doit s'en créer ailleurs, et nous entrevoyons des conflits fréquents entre ces organisations concurrentes.

Nous voudrions être le trait d'union entre ces intérêts opposés, plutôt qu'une cause de discorde. Il faut donc supprimer les abus par un contrôle facile et efficace ; mais il faut aussi assurer au médecin son indépendance par la liberté de confiance de la part du blessé, par la création de Commissions mixtes composées de médecins, *patrons et ouvriers* ; *il faut supprimer* complètement le forfait, source d'abus, comme nous l'avons fait à Lyon pour les mutualités. Et si l'on fait bon accueil à nos revendications légitimes et modérées, les médecins apporteront un concours loyal, nécessaire et dévoué pour la bonne application de cette loi de 1898, si humanitaire et si généreuse.

La Commission des Accidents du Travail du Syndical des Médecins du Rhône.

Dr PROBY, président.

Conseil de vigilance du Congrès des Praticiens

SOUS-COMMISSION DU LIBRE CHOIX

Séance du 21 *mars* 1908.

Vœu relatif à l'adoption d'un forfait dans le tarif accidents.

En conséquence, la Sous-Commission des Réformes sociales et du Libre Choix, adoptant les conclusions formulées dans le rapport des médecins du Rhône ;

Considérant que tout forfait entraîne fatalement une insuffisance de soins et un relâche-

FEUILLETON

Répercussion allemande

Avez-vous remarqué que lorsque les journaux relatent un état de santé fâcheux, grave, chez un monarque, chez un milliardaire ou tout autre personnage de marque, dans les deux hémisphères, c'est presque toujours un médecin allemand qui est appelé en consultation.

Un Américain fortuné, qui aime pourtant beaucoup la France, et qui précisément s'était adressé à un confrère d'Outre-Rhin pour son propre compte, a donné l'explication suivante de son choix.

Ce sont, dit-il, les savants eux-mêmes de votre pays qui m'ont poussé à agir de la sorte. Ils ne cessent de parler des travaux allemands, des recherches scientifiques des laboratoires de la Germanie ; vos revues sont remplies d'extraits, de compte-rendus concernant les académies étrangères. Vous ne cessez d'invoquer l'opinion des célébrités teutonnes, alors que, de leur côté, vos voisins ne parlent jamais ou presque jamais des progrès réalisés en France. Ils se gardent bien dans tous les cas de les porter au pinacle, de les mettre au premier plan, avant ceux de leurs compatriotes.

C'est un hommage que vous leur rendez et cela prouve peut être en faveur de votre courtoisie et de votre désintéressement ; vous affirmez très dignement que la science n'a pas de patrie, que certains bienfaiteurs de l'humanité appartiennent à toutes les nations. C'est très bien ; mais on ne vous paie pas de retour ; il n'y a pas échange réciproque de bons procédés. Dès lors, que voulez-vous que deviennent les profanes, les ignorants, ceux qui ne sont pas initiés aux rivalités professionnelles ?

Ils n'ont qu'à se tourner vers ceux qui reçoivent tous les hommages, vers ceux pour qui brûle le plus pur encens, dans des communications grandiloquentes dont la presse nous apporte l'écho.

Et voilà le résultat de notre manque de solidarité, de chauvinisme. Notre Yankee et ceux qui l'imitent agissent très sagement, au point de vue de leur intérêt propre, en tenant compte des indications que nous leur fournissons avec tant de désinvolture.

Compulsez les ouvrages de certains de nos savantards et en particulier les bouquins qui sont censés être des œuvres d'érudition, les thèses d'agrégation surtout, il n'y en a que pour les Allemands. La bibliographie est remplie des titres de leurs publications, que nos auteurs n'ont probablement jamais lues ; mais dont ils se parent presque. On étonne ainsi les popu-

ment de la part du médecin, exposé à être appelé par le blessé d'une manière trop fréquente et abusive ;

Que le forfait est immoral, parce qu'il oppose le devoir du médecin à son intérêt, et, en conséquence, porte préjudice à la fois aux intérêts du blessé et à ceux des responsables ;

Qu'il est contraire aux principes généraux qui régissent toutes les professions libérales, non garanties par un monopole (comme les officiers ministériels en général), et qu'il tend à l'avilissement de la profession ;

Qu'il est injurieux pour le corps médical, sur lequel il jette une sorte de suspicion injustifiée ;

Que le caractère forfaitaire de la loi sur les accidents n'est pas opposable au médecin, qui ne doit pas être soumis sans compensation à une partie de la responsabilité patronale ;

Que la loi n'ayant pas imposé un tarif forfaitaire aux Compagnies d'assurances, il serait étrange d'imposer aux médecins des obligations légales que les Compagnies n'accepteraient pas sans doute elles-mêmes.

Au point de vue du classement des accidents en catégories :

Considérant qu'il est absolument impossible d'établir un forfait par catégories, car les complications, variables suivant la nature des blessures et la constitution de chaque blessé, paraissent impossibles à prévoir et à préciser ;

Que les contestations deviendraient plus nombreuses et plus difficiles à arbitrer ;

Que, lors de l'établissement du certificat initial, le médecin ne pourra pas toujours se prononcer sur la catégorie d'accidents, et, dans la suite, afin de se soustraire aux contestations, pourrra être tenté de réduire le nombre de ses visites, au détriment du blessé et, par suite, à celui des responsables ;

Que les médecins se refuseront à faire partie de Commissions d'arbitrage, ayant à statuer constamment, sans pouvoir obtenir des éléments précis d'appréciation;

Que le médecin traitant, appelé devant ces Commissions d'arbitrage, ne pouvant pas violer le secret professionnel, il lui sera impossible, dans nombre de cas (syphilis, alcoolisme, tares héréditaires, albuminurie, tuberculose, diabète, etc...), de justifier son traitement, et que la révélation de ces tares constituera, pour l'ouvrier vis-à-vis de son patron, une infériorité physique qui lui portera préjudice et provoquera son renvoi;

Invite formellement les délégués médicaux à la Commission du tarif à se refuser, de la façon la plus absolue, à introduire dans le tarif une limitation ou fixation forfaitaire des frais médicaux sous une forme quelconque.

LA SEMAINE MÉDICALE

Réduction des luxations congénitales de la hanche par la méthode non sanglante.

D'après M. le Dr Paul Vital Badin, de Paris, on peut obtenir la guérison anatomique et fonctionnelle de la luxation congénitale de la hanche par la réduction non sanglante.

La technique employée a évidemment une importance capitale ; mais cette technique doit s'adapter aux divers cas.

Grâce à la radiographie, on arrive facilement à connaître les obstacles et à se rendre compte si une reconstitution articulaire complète est possible ; il faut alors, pour éviter tout accident, n'employer aucune violence.

L'intégrité des muscles doit être respectée tout autant que l'intégrité des os et des ligaments (pas de myorrhexis) afin de ne pas détruire ou amoindrir les forces qui pourront servir au maintien de la réduction.

Pour obtenir la réduction proprement dite, la voie postérieure est de beaucoup préférable, c'est elle que l'on doit toujours choisir à moins de cas exceptionnels.

Le forage du cotyle et l'assouplissement des muscles pelvi-cruraux postérieurs sont des ma-

---

lations à bon marché,avec un pareil semblant d'érudition ; on a l'air d'avoir lu et même digéré, alors qu'il y a de quoi en crever (passez-moi l'expression) tout ce fatras, cette lourde complication, dont quelques pauvres diables, rats de bibliothèque, ont la spécialité... à prix fixe. On peut dire qu'ils en fournissent pour leur argent à ceux qui font appel à leurs lumières.

Il en est de même en toutes choses, pour le commerce, l'industrie. Les commis-voyageurs de Guillaume inondent l'univers de leurs produits de pacotille ; ils forcent la main aux dépositaires, aux acheteurs, et le tour est joué.

Jadis, avant la guerre, on avait l'orgueil de croire qu'il n'y avait de bien que ce qui se fabriquait chez nous ; on ne pouvait pas se figurer que l'étranger pût nous dépasser en quoi que ce soit. C'était ridicule, mais à cette infatuation a succédé un sentiment tout opposé : ce qui vient du dehors a un cachet particulier, un aspect attirant, qui nous allèche tout de suite. L'exotisme sous n'importe quelle forme, pour peu qu'il ait reçu l'estampille du triomphateur du moment, conquiert de suite nos suffrages. Les Japonais et les Allemands sont les plus favorisés à ce point de vue et il ne faut pas désespérer de voir le chef du ministère, qui a déjà donné le mauvais exemple avec récidive, en allant à Carlsbad, faire venir quelque professeur nippon pour le soigner, à sa première maladie, un jour où il se sera empoisonné en se mordant la langue et en avalant sa salive !

Par Jéhovah! que nous sommes donc bêtes et il y a de quoi en être bougrement en colère, comme le père Duchêne d'autrefois, d'irritable et irritante mémoire !

Savez-vous ce qui se passe, chaque été, durant la période de floraison des villes d'eaux ? Tandis que les malins Gaulois portent leurs économies à Carlsbad, Marienbad, Baden, Hombourg, etc., etc., comme si nous n'avions pas des eaux similaires, tout aussi efficaces, les médecins teutons qui foisonnent dans les Amériques, prennent des précautions inouïes pour que leurs malades ne passent même pas par Paris, pour qu'ils ne subissent aucune influence et ne se laissent pas détourner. On veut qu'ils arrivent à destination sans anicroche ; là seulement est la bonne marque, la naïade éprouvée et souriante, qui fait des merveilles, rend l'ouïe aux sourds, les jambes aux boiteux et la verdeur aux victimes de Vénus.

Il serait trop long de raconter les ruses qui sont employées pour atteindre ce résultat.Sachez du moins qu'il y a des étapes avant d'arriver au but et qu'à chaque relai se trouve comme par hasard un correspondant averti, qui a reçu le mot d'ordre, et qui maintient le voyageur dans la bonne voie. Il serait perdu

nœuvres indispensables après la réduction pour en permettre la stabilité.

Pour maintenir la tête réduite il ne saurait y avoir de règle fixe :

En principe l'immobilisation doit être faite dans la position la plus favorable pour que *la tête et la cavité cotyloïde soient placées concentriquement.*

L'abduction combinée à la flexion est l'attitude qui répond le mieux à cette indication. Aussi assure-t-elle toujours une certaine stabilité.

La rotation indifférente suffit le plus souvent ; mais il est des cas où l'on est obligé d'orienter la rotation en dehors ou en dedans pour assurer le maintien de la réduction.

L'amplitude à donner à ces positions est très variable et ne saurait être fixée d'avance.

En somme, il n'existe aucune règle immuable pour ce temps le plus important de l'intervention. *Chaque forme clinique, chaque altération anatomique est capable de modifier la technique* ; et celle-ci est d'autant plus certaine d'aboutir à d'heureux résultats qu'elle s'adapte davantage à chaque cas en particulier.

La contention faite par de petits ou de grands appareils plâtrés doit être de *durée très variable* ; abrégée ou prolongée selon la stabilité de la réduction, elle est en général associée à la marche qui favorise beaucoup la reconstitution fonctionnelle de l'articulation.

Le traitement consécutif comprenant la *mobilisation passive et active* du membre est indispensable pour achever cette réparation.

En dehors de la technique, les résultats dépendent avant tout de *l'âge de l'enfant* ; c'est là le facteur qui règle la difficulté de la réduction .(Limites ; 2 à 10 ans pour la luxation unilatérale ; 2 à 6 ans pour la luxation double.)

Blépharospasme et injection d'alcool.

Récemment, dans les *Annales d'Oculistique*, M. le Dr Valude a étudié le traitement du blépharospasme par les injections d'alcool, à 80°, additionné de stovaïne et pratiquées au point d'émergence du nerf facial.

« C'est, dit-il, un moyen excellent et en même temps simple autant qu'inoffensif, de traiter les spasmes faciaux rebelles à toute thérapeutique.

« Généralement une seule injection suffit à donner le résultat désiré ; la guérison est durable ou se maintient très longtemps.

« Ce mode de traitement est applicable non seulement aux spasmes simples, mais encore aux spasmes compliqués de névralgies, improprement désignés sous le nom de tics douloureux de la face.

« En pareil cas, l'injection doit être faite au point de sortie du nerf facial comme pour les spasmes simples.

« La paralysie qui succède nécessairement à l'injection doit être abandonnée à elle-même, quelle que soit sa durée, si ses symptômes n'offrent aucun danger pour l'intégrité de la cornée, c'est-à-dire lorsque les paupières se ferment suffisamment pendant le sommeil et s'il n'existe pas de lagophtalmos.

« On ne devra chercher à combattre cette paralysie, qui est en somme la formule de guérison du blépharospasme, que si l'épithélium cornéen commence à s'altérer. »

Formes rares de la pneumonie.

La pneumonie ne présente pas toujours les signes et l'évolution classique que nous lui connaissons. Souvent, au contraire, elle revêt des formes plus ou moins atypiques, qui bien que rares, peuvent être rencontrées par tout clinicien au cours de sa pratique.

M. le Dr H. G. Mazingarbe, de Paris, a consacré sa thèse à l'étude de quelques-unes de ces formes et voici les résultats de ses recherches.

1° La pneumonie peut ne s'accompagner d'aucune élévation de température. Elle est dite alors, apyrétique. Cette forme est spéciale aux vieillards, aux alcooliques et à tous les malades débilités ; elle est absolument exceptionnelle chez les sujets jeunes.

2° La défervescence est parfois retardée, soit qu'il s'agisse d'une migration du processus d'hépatisation, soit que la même région pulmonaire subisse l'envahissement de plusieurs foyers successifs ; parfois aussi, cette prolongation est due à la longue durée des signes physiques, alors que l'affection semble terminée ; ou bien, il s'agit d'un simple retard dans la défervescence. Il existe

---

s'il allait à Aix, Luchon, Vichy ; ce sont des stations qui ne pourraient que lui être nuisibles et il se repentirait cruellement de n'avoir pas suivi les conseils de son premier guide.

Comment voulez-vous qu'un client aussi bien stylé, qui entend sous toutes les latitudes le même son de cloche, puisse résister ? Non seulement il accepte avec docilité, mais il arrive chauffé à blanc, plein d'enthousiasme, dans la cité thermale à nulle autre pareille,où coulent vraiment les sources de Jouvence.

Alors, qu'arrive-t-il ? C'est que ce touriste en vedette, pour peu surtout que sa cure ait été favorable, est suivi ensuite par un certain nombre de ses compatriotes, au détriment de nos sources.

Ce n'est pas tout, il fait des acquisitions, achète des bibelots, des objets d'art, emporte des souvenirs et laisse partout des traces de sa munificence. Il tient à profiter de l'occasion pour visiter les principales villes de la confédération, Berlin, Francfort et Dresde, en tête, comme d'autres s'arrêtent à Paris, Lyon, Marseille, etc.., il y pose les bases de relations commerciales, y installe à son tour des dépôts ; notre industrie, nos importations et nos exportations en subissent ensuite le contrecoup.

A ce dernier point de vue, les stations thermales, hivernales et balnéaires ont une influence considérable sur le budget de la France et c'est pour cela qu'elles devraient être l'objet de la sollicitude constante des pouvoirs publics. En effet, toutes les villes qui vivent de l'étranger, qui l'attirent chez elles et lui font dépenser son argent d'une façon quelconque, contribuent indirectement à alimenter le trésor, à prévenir le déficit, tout en servant de correctif à la concurrence.

Je n'apprendrai rien à personne, en répétant que les Anglais ont fait la fortune de Cannes et du littoral, que les plus grands personnages de la Russie ont été jusqu'ici les agents de la prospérité de Biarritz et de la plage des Basques, que Boulogne, Fécamp, Etretat Trouville,Dieppe,Paramé, Dinard, reçoivent un grand nombre d'insulaires qui y apportent leur superflu.

Ce sont comme des colonies du dedans, qui entretiennent la prospérité générale et développent notre rayon d'influence morale.

Le règne de la chevalerie est passé ; on peut le regretter, mais il a fait place à l'intérêt froid et sec, et il serait enfin désirable que les grands consultants de Paris et d'ailleurs ne fassent plus le jeu de nos rivaux. Il leur est facile, quoiqu'ils prétendent le contraire, d'enrayer le mouvement de désertion qui tend à s'accentuer et aboutirait à la décadence des établissements français, si l'indifférence persistait.

Dr Grellety (de Vic

enfin des cas de pneumococcies prolongées que caractérise seulement l'extraordinaire vitalité de l'agent pathogène ;

3° La pneumonie peut aussi prendre une allure de fièvre intermittente. Ce fait peut être observé en dehors de toute influence paludéenne ; mais, le plus souvent, il s'agira de pneumonies survenant chez d'anciens paludéens, ou de véritables cas de pneumonies paludéennes, formes que MM. De Brun et Landouzy ont appelées pneumo-paludisme. L'important, dans ces cas, sera de ne pas méconnaître l'influence de l'hématozoaire afin d'instituer le traitement qui sauvera le malade ;

4° La pneumonie qui ne prédispose nullement à la tuberculose peut, aussi bien compliquer cette affection. Dans ce dernier cas, l'infection pneumococcique reste généralement sans influence sur les lésions bacillaires antérieures, hormis le cas, cependant, où ces lésions seraient arrivées à une période trop avancée de leur évolution ;

5° La pneumonie peut aussi compliquer une fièvre typhoïde à toutes les périodes de cette affection. Son évolution est alors la même que celle d'une pneumonie franche ; mais, dans les cas surtout où elle survient en plein cours d'une fièvre typhoïde, elle aggrave le pronostic dans une très grande proportion ;

6° Le foyer d'hépatisation pulmonaire, peut, au lieu d'aboutir à la résolution, se terminer par suppuration. Cette suppuration est le plus souvent généralisée, mais peut également se localiser, formant ainsi un abcès du poumon. Ces cas, beaucoup plus rares qu'on ne le croyait autrefois, passent souvent inaperçus cliniquement. Ils sont à peu près constamment mortels ;

7° L'œdème subaigu du poumon est fréquent au cours de la pneumonie ; il n'influe, d'ailleurs en rien, sur l'évolution de la maladie. Plus rare, mais aussi beaucoup plus grave est l'œdème aigu qui vient emporter le malade en quelques heures ;

8° Il existe enfin des cas rares de pneumonie fœtale, l'infection pneumococcique se transmettant alors de la mère à l'enfant et se localisant souvent au même organe.

L'épilepsie gastro-intestinale.

D'après M. le Dr R. Brunon, de Rouen, lorsqu'on se trouve en présence d'un accident d'origine nerveuse, quelle que soit sa nature, il faut, tout d'abord, aller à la recherche des troubles intestinaux primitifs. Qu'on soit en face d'une maladie spécifique, comme la syphilis, ou d'une maladie organique comme l'encéphalite, ou d'un symptôme comme la céphalée, ou d'une névrose comme l'hystérie, ou d'un syndrome comme l'épilepsie, cette remarque est toujours vraie, c'est le trouble digestif primordial qu'il faut chercher.

La chimie biologique démontre que les produits normaux de la digestion des matières albuminoïdes sont toxiques. Leur toxicité augmente dans les cas de dyspepsie gastro-intestinale et le tube digestif devient alors le point de départ de poisons qui frappent l'individu au point faible de son économie ; très souvent ce sera le cerveau ou un autre département du système nerveux qui seront atteints.

Trois signes cliniques principaux se présentent dans ces cas en même temps que les symptômes nerveux et sont comme les bases du diagnostic, ce sont : la dyspepsie gastro-intestinale, la constipation et l'albuminurie.

La dyspepsie peut ne pas être évidente, il s'agit d'une sorte d'indigestion chronique à laquelle le malade semble accoutumé et contre laquelle il est mithridatisé. Cette surcharge latente entretient un ralentissement et une perversion dangereuse dans les actes nutritifs.

La constipation fait rarement défaut. Et cependant, elle peut manquer aussi dans le tableau clinique. Le plus souvent, elle est ancienne et plus ou moins tenace. Ce qui fait sa gravité ce n'est pas tant la stase des matières durcies que l'accumulation au-dessus du bouchon stercoral de la débâcle diarrhéique. Ce sont ces matières diarrhéiques qui sont douées d'une grande virulence. Leur toxicité paraît jouer le rôle principal dans les phénomènes d'auto-intoxication.

L'auteur est porté à croire que l'albuminurie ne manque jamais. C'est une albuminurie minima. On trouve de petites quantités d'albumine, de cinq à vingt centigrammes par litre. Si on fait cette recherche avec soin, elle pourra donner un des éléments les plus précieux du diagnostic. Trop souvent elle est négligée.

Ces remarques ont une grande importance pour la pratique, si on les applique aux névroses et, en particulier, au syndrôme clinique désigné sous le nom d'épilepsie.

« L'épileptique naît épileptique. Il est doué d'un système nerveux spécial capable de réaction convulsive, lipothymique ou délirante, suivant les mille circonstances de la vie. Il est épileptique en puissance. Pour l'être en acte, il faut qu'un poison, qu'une toxine apparaisse, capable de troubler la fonction cérébrale. Ce poison vient de l'intestin ; dans ces cas, le foie arrête mal et le rein élimine mal.

Le traitement doit être basé sur ces considérations théoriques.

C'est par la suppression de la viande et du vin ou du cidre qu'il faut commencer le traitement. Ce sera une entrée en matière et un acheminement vers un régime plus sévère. En même temps qu'on supprimera tous les excitants, on exigera *le repos* du malade. Le repos est indispensable pendant la période d'accoutumance au régime définitif. Le repos se fera au lit pendant quelques jours, puis sur une chaise longue en plein air.

On arrivera ainsi au régime ovo-lacto-végétarien qui conduira peu après au régime lacto-végétarien pour amener le malade au régime lacté.

Tous les auteurs et en particulier Ch. Féré ont insisté sur l'utilité grande du régime lacté. A lui tout seul, il réalise, quand il est bien appliqué, la vraie antisepsie intestinale. Mais son application demande une certaine prudence, car ils sont nombreux les malades victimes d'un régime lacté intempestif !

Suivant les cas, on fera alterner les trois modes de régime d'une semaine à l'autre.

Les laxatifs sont administrés tous les jours s'il est nécessaire. Et de temps en temps, on donnera *un purgatif* un peu énergique.

Il y a des *antiseptiques* qu'il pourra être bon d'employer, mais leur action est toujours inférieure à celle du régime lui-même.

L'hydrothérapie sera un adjuvant très utile, son mode d'application variera suivant les circonstances et les dispositions du malade.

L'hygiène de la bouche sera surveillée avec le plus grand soin.

Enfin les *exercices physiques*, poussés jusqu'à une fatigue modérée et par entraînement, augmenteront les chances de succès du traitement.

Dans certains cas, on pourra éviter ainsi l'usage du bromure de potassium, médicament souvent admirable, mais toujours cause d'un état gastrique dangereux chez tout malade et chez l'épileptique en particulier.

Correspondance hebdomadaire

(*Suite*).

En effet, je me suis transporté à 6 kilom. de mon domicile, mais la limite de la commune de V...., est à 1 kilom. seulement du lieu où était déposé le cadavre.

Dans le 1er cas, j'aurais droit à une indemnité de déplacement.

Dans le 2e cas, s'il y avait analogie, pour les distances, avec la loi sur les accidents du travail, je n'aurais droit à aucune indemnité.

En résumé, dois-je marquer :

Rapport 5
Visite..... 8 ou 10
Transport 4,80, ou 3,20, ou rien.

Réponse. — Pour un examen de cadavre sans autopsie, c'est l'honoraire de la visite, soit 8 fr. qu'il y a lieu de compter, l'honoraire de 10 fr. étant alloué seulement lorsqu'il y a eu opération.

Quant à la distance, elle se calcule non pas comme au tarif Dubief, c'est-à-dire de la limite de la commune de votre résidence, mais d'après la distance légale de commune à commune du tableau dressé conformément à l'article 93 du décret du 18 juin 1811.

Dr M., à M. — Membre de l'*Amicale*, combinaison C, vous faites en même temps partie de la Caisse des pensions et, dans ces conditions vous pouvez très bien affilier à cette dernière Mme M., n'oubliez pas qu'elle doit préalablement se faire admettre à votre Société locale.

Dr S., à H., à *Concours*. — Abonné du *Concours*, je vous serais extrêmement obligé de me donner un conseil. Depuis près de 3 mois, je soigne un assisté de l'A. M. G. victime d'un accident de voiture ; cet accident fut occasionné par l'impéritie d'une Compagnie de gaz qui avait laissé ouverte une tranchée, insuffisamment éclairée. Si la Compagnie est reconnue responsable devant le tribunal, *puis-je présenter au blessé*, quoiqu'assisté, *une note d'honoraires* ? Mes confrères et moi estimons que ce blessé est dans le cas d'un indigent assisté, victime d'un accident du travail. Etes-vous de notre avis ?

Réponse. — Si l'assisté que vous avez soigné pour un accident a l'intention de demander, soit amiablement, soit judiciairement, au responsable de l'accident, la réparation du préjudice causé, vous pouvez parfaitement remettre à votre client une note d'honoraires établie conformément au tarif de votre localité. Le blessé pourra joindre à sa

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Diagnostic des abcès dysentériques du foie.

M. CHAUFFARD présente un rapport sur un travail de M. MARCANO, concernant le diagnostic des abcès dysentériques de la convexité du foie.

Ce diagnostic est une des questions les plus difficiles de la pathologie hépatique, et cependant il est nécessaire de l'établir puisque l'abcès du foie, reconnu et opéré à temps, a toutes chances de guérir, tandis que, livré à lui-même, il aboutit le plus ordinairement à une terminaison fatale.

Les signes sont souvent obscurs. La collection purulente a une évolution lente, un siège caché, peu accessible à l'exploration directe. La fièvre est facilement mise sur le compte du paludisme, les malades étant généralement des paludéens.

M. Marcano conseille de s'appuyer, dans les cas douteux, sur deux épreuves : l'examen du sang et la radiographie. L'examen du sang, avec une courbe thermique de suppuration, révèle de la leucocytose avec polynucléose. La radioscopie et la radiographie montrent la voussure, la saillie sous-phrénique du dôme hépatique : toutefois, une première radioscopie est fréquemment négative, et il ne faut pas hésiter à *répéter* cette épreuve *plusieurs fois* pour arriver à mettre en évidence la lésion.

Il est un autre procédé plus précoce de déterminer l'abcès hépatique, quand on soupçonne sa formation : ce sont les ponctions exploratrices, également répétées (CHAUFFARD, LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, KELSCH, BERTRAND).

L'intoxication oxy-carbonée : son traitement par les inhalations d'oxygène.

Des expériences sur les animaux ont conduit M. GRÉHANT à considérer l'oxygène comme un médicament héroïque contre l'empoisonnement oxy-carboné. On doit employer l'oxygène en grande quantité : ce sont des centaines de litres qu'il faut faire respirer aux sujets intoxiqués par l'oxyde de carbone. On agira le plus vite possible, en utilisant, simultanément, le procédé des tractions rythmées de la langue de Laborde et les manœuvres de respiration artificielle.

Le bicarbonate de soude dans les gastropathies,

A propos d'une récente communication de MM. Linossier et Lemoine, nous avons indiqué sommairement l'opinion de M. HAYEM sur l'action du bicarbonate de soude dans le traitement des gastropathies. M. HAYEM vient de préciser à la tribune de l'Académie ses idées sur cette question.

L'action du bicarbonate de soude, dit-il, doit être envisagée chez les hypopeptiques et chez les hyperpeptiques.

Pour ce qui concerne l'hypopepsie, le bicarbonate de soude ne peut déterminer un relèvement du type chimique que dans certaines variétés de la maladie, l'hypopepsie médicamenteuse par exemple. Dans l'hypopepsie vraie, son usage est à rejeter.

Pour ce qui concerne l'hyperchlorhydrie, le sel alcalin peut procurer deux résultats dignes d'attention : 1° un effet calmant ; 2° une modification de l'évolution digestive.

L'effet calmant s'obtient, lorsqu'on donne du bicarbonate de soude au moment des accès douloureux (accès douloureux que l'on observe 2 ou 3 heures après le repas) chez les hyperchlorhydriques. La sédation est si constante que le bicarbonate pourrait, à ce point de vue, être appelé l'opium de l'estomac. Toutefois, de l'usage à l'abus, il n'y a qu'un pas et l'on voit des malades devenir, dans ces conditions, de véritables *alcalinophages*. Or, le bicarbonate de soude, loin de modérer l'hyperchlorhydrie, l'entretient et même l'exagère ; l'alcalinophagie entraîne alors une hyperchlorhydrie excessive. Pour ce motif, M. Hayem a remplacé le bicarbonate de soude, dans le traitement des douleurs prédigestives, par l'emploi du sous-nitrate de bismuth à haute dose, administré le matin, médicament non seulement calmant, mais aussi curatif.

Comme modificateur du processus digestif, la cure au bicarbonate de soude paraît accentuer l'hyperchlorhydrie existante. A la vérité, c'est plutôt une apparence qu'une réalité : la mise en liberté de l'acide chlorhydrique est simplement plus précoce et l'évolution digestive plus rapide. La cure est donc utile. M. Hayem lui préfère néanmoins et trouve plus efficace le traitement par la solution d'eau de Carlsbad artificielle. Il ne place le bicarbonate de soude qu'au second plan dans la médication des gastropathies.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Intoxication iodée latente réveillée par une purgation.

Dans un livre récemment paru, M. Burlureaux s'est attaché à critiquer avec quelque énergie ce vieux remède qu'est la purgation, qu'il qualifie de danger social. Le mot est bien gros, sans doute, à l'adresse d'une antique méthode dont les preuves sont faites depuis longtemps. Néanmoins, la purgation peut dans quelques circonstances avoir des inconvénients. M. RAMOND signale un cas, où elle a eu une conséquence inattendue, en réveillant une intoxication iodée latente.

Il s'agit d'une femme qui avait l'habitude de se purger tous les mois. Mise pendant plusieurs jours à l'iodure de potassium (qu'elle tolérait bien), elle prit donc, à la fin de sa cure iodurée, une purgation : dès le soir même, elle vit apparaître un exanthème scarlatiniforme qui dura une semaine. De semblables accidents d'iodisme, plus caractéristiques encore (céphalée, écoulement nasal, gonflement de la face, exanthème) se produisirent dans des circonstances analogues, 8 ans plus tard.

Rhumatisme chronique thyroïdien.

Un certain nombre de cas de rhumatisme chronique s'améliorent sous l'influence du traitement thyroïdien. Se basant sur cette constatation, MM. Léopold LÉVI et H. DE ROTHSCHILD se sont proposés d'établir l'existence d'un rhumatisme chronique d'origine thyroïdienne. Ce rhumatisme thyroïdien n'ayant pas de caractère clinique particulier, il y a intérêt, en pratique, à essayer l'action du traitement thyroïdien dans tous les cas de rhumatisme chronique.

P. L.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Voies urinaires.

Hôpital Lariboisière : M. le Prof. agrégé MARION.

Exstrophie de la vessie.

Je vais opérer, tout à l'heure, un jeune enfant atteint d'exstrophie de la vessie. Je tiens à vous en parler, bien qu'il s'agisse d'une affection rare, pour que vous sachiez ce que l'on peut faire en pareil cas.

L'exstrophie est une malformation de la vessie caractérisée par la saillie, à l'hypogastre, de la paroi vésicale postérieure — la paroi vésicale antérieure faisant défaut. Notre malade est un type d'exstrophie et il me suffira de vous décrire son affection pour que vous ayez une notion nette de cet état morbide.

Quand on découvre l'abdomen, chez notre malade, on voit un ombilic normal. Au-dessous, à la région pubienne, apparaît une tumeur rosée, de la grosseur d'une mandarine. Cette tumeur saigne assez facilement ; elle est relativement sèche à sa partie supérieure, et plus brillante, plus humide, — nous verrons pourquoi dans un instant — à sa partie inférieure. La saillie qu'elle forme est variable suivant que l'enfant est au repos ou qu'il tousse ou fasse un effort. Outre ce caractère : l'expansibilité, il en existe un autre : la réductibilité. La pression peut amener un certain degré de réduction de la tumeur. Celle-ci est limitée, inférieurement, par un sillon dont on n'aperçoit pas le fond. En avant dudit sillon et le masquant, est un organe, le pénis — pénis court, sans canal uréthral, offrant simplement, à sa face postérieure, une gouttière accolée à la tumeur vésicale pour délimiter le sillon dont je viens de parler. Cette malformation de l'urèthre constitue une variété d'épispadias.

Lorsqu'on a pu rabattre le pénis en avant et dégager ainsi le fond du sillon, on voit de chaque côté un petit tubercule, au centre duquel se trouve une ouverture d'où sort rythmiquement de l'urine : ce sont les orifices urétéraux. De là, l'aspect humide de la partie inférieure de la tumeur vésicale, constamment souillée par l'urine.

Voici, en somme, comment se présente une exstrophie de la vessie dans la majorité des cas. C'est une tumeur rosée, extensible, siégeant à l'hypogastre, à laquelle fait suite un pénis court, élargi, creusé d'une gouttière à la partie supérieure.

Au point de vue fonctionnel, il existe une incontinence d'urine pendant toute la vie. Les fonctions génitales sont abolies.

Analysons la lésion au point de vue anatomo-pathologique.

Faisons une coupe de l'abdomen. Voici la peau ; plus bas, une saillie de teinte rosée : c'est la paroi vésicale postérieure, paroi herniée au dehors. L'exstrophie, vous ai-je dit, est caractérisée par l'absence de la paroi antérieure de la vessie. Dans ces conditions, la paroi antérieure manquant, la face interne de la paroi postérieure se présente. Mais, sous la propulsion intestinale, cette paroi postérieure se retourne comme un doigt de gant et vient en avant. Au-dessous, on trouve le pénis. En arrière, le péritoine double la vessie.

Où est le pubis ? Au lieu d'être au-devant de la vessie, il se trouve derrière. Quand je dis pubis je devrais dire pubis fibro-osseux. Habituellement, les deux pubis sont écartés notablement et reliés par du tissu fibreux, devant lequel passe la vessie.

Comment se comportent les uretères ? Nous avons vu qu'ils venaient déboucher au fond de la gouttière vésico-pénienne. Obligés de s'accommoder aux dispositions anatomiques de l'exstrophie, ils descendent dans le petit bassin pour remonter. Dans le trajet compliqué qu'ils suivent se produit facilement une obstruction de leur lumière, et les accidents de rétention sont fréquents.

De chaque côté, les muscles droits de l'abdomen sont situés latéralement, au lieu d'être médians. Venant s'insérer sur le pubis, ils sont très écartés.

Il y a encore d'autres organes à considérer. Les testicules sont tantôt à leur place, tantôt en ectopie. La prostate fait, en général, complètement défaut, ainsi que les vésicules séminales. L'urèthre est absent, en tant que canal; il n'existe qu'à l'état de gouttière, se continuant avec la vessie ouverte.

Ajoutons que ces enfants sont, ordinairement, des débiles et qu'ils ont souvent d'autres malformations concomitantes (bec-de-lièvre, pied-bot, etc.).

Le pronostic est très sombre. Déjà, quand un sujet bien conformé est atteint d'incontinence d'urine banale, son état est des plus pénibles et le conduit bien des fois à la neurasthénie. A plus forte raison, dans l'exstrophie de la vessie où l'incontinence se complique d'absence de cavité et de canal. L'urine, ne pouvant se collecter et s'écouler, se répand sur la paroi abdominale voisine, l'irrite, provoque des inflammations, des lymphangites, de l'intertrigo, des souffrances. La vessie — la paroi vésicale pour mieux dire — devient elle-même sensible, enflammée.

L'exstrophie entraîne donc une situation extrêmement pénible, extrêmement misérable. C'est, heureusement, une affection très rare. On l'observe — contrairement aux malformations du bassin, plus communes dans le sexe féminin — surtout chez les garçons.

Le pronostic, sombre, de l'exstrophie, n'est du reste pas beaucoup amélioré par le traitement. Sans entrer dans le détail de ce traitement, je vous signalerai, cependant, les principales méthodes préconisées et employées.

On a pensé dériver le cours de l'urine en abouchant les uretères avec l'intestin, le rectum (Tuffier) ou l'S iliaque. Dans l'abouchement rectal, le malade est obligé d'aller toutes les dix minutes à la selle. Dans l'abouchement à l'S iliaque, les urines sont gardées 2 ou 3 heures. L'urine irrite l'intestin. D'autre part, les uretères ainsi abouchés à l'intestin s'infectent facilement, d'où des pyélo-néphrites ascendantes.

On a tenté, dans d'autres procédés, de faire en sorte que les urines puissent être recueillies et canalisées. Le Fort a fermé la vessie et l'hypospadias avec un lambeau cutané. Ce n'est pas mauvais, mais les poils de la peau exposent à l'infiltration calcaire dans la vessie. Dans le procédé de Segond, modifié par Duplay, on dissèque la vessie, on la rabat, pour avoir une cavité et un canal rudimentaires d'où l'urine pourra passer dans un urinal.

D'autres opérateurs ont été plus ambitieux. Trendelenburg a voulu remettre la vessie en place derrière le pubis. L'absence de sphincter vésical est une entrave. De plus, il faut mobiliser le bassin. C'est le procédé le plus grave.

Enfin, dernière méthode : la réfection d'une cavité nouvelle. La vie de ces malades est si misérable qu'il vaut mieux tout tenter. On a pensé prendre une anse intestinale, la rendre continente

par retournement de sa paroi, et y aboucher les uretères. Mickulicz a déjà fait cette opération. Je vais la re-essayer. Le malade deviendrait ainsi rétentionniste et évacuerait son urine par des sondages, 3 fois par jour (comme les prostatiques). Je vais tenter cette méthode. Si elle ne réussit pas, je ferai l'implantation dans l'S iliaque.

Leçon recueillie par le Dr P. LACROIX.

PRATIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE
DANS LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

III. — Bien que cet ordre n'ait rien de logique cliniquement parlant, il nous a paru préférable de suivre la nomenclature du tarif Dubief afin de signaler ce qui paraît devoir être retenu à l'occasion des divers articles.

L'établissement des notes est toujours ce qui embarrasse le plus les confrères qui ne voient qu'un petit nombre de blessés du travail ; libeller une note d'honoraires comme un mémoire de plombier ou de maçon répugne à la plupart, et faute de vouloir ou de savoir, beaucoup de médecins ne réclament pas leur dû.

L'article 10 stipule que les soins médicaux et opérations de petite chirurgie donnent droit, *en sus du prix de la consultation ou de la visite*, aux allocations ci-après, etc.

Nous devons donc faire toujours état de ces prix de visites ou de consultations.

Un pansement simple ne donne toutefois lieu à un honoraire distinct que lors de la première visite. Dans les autres cas, ce petit pansement n'est pas à compter séparément. On a voulu certainement indiquer par là que le renouvellement d'un petit pansement, sur un doigt par exemple, alors que la guérison est proche ou même à peu près réalisée, n'occupait le praticien que pendant un temps très court, qu'il s'agissait presque uniquement d'une surveillance et qu'alors un honoraire de visite ou de consultation semblaient suffisants.

Par contre, on devra entendre par pansement antiseptique complet tout pansement où on aura à sonder des trajets, remplacer des drains, assécher des cavités, quand bien même le sublimé ou l'acide phénique n'entreraient pas en jeu. Un bain de main ou de bras, un lavage à l'eau oxygénée, constituent un pansement antiseptique qui donne droit, en sus du prix de la visite ou de la consultation, au prix de deux visites ou consultations,.

La note d'honoraires devra donc être ainsi libellée (pour Paris) :

16 Mai 1908 — Visite	2.50
Pansement antiseptique	5.00
	7.50

Certificat.

Cette pièce initiale est de la plus haute importance et nous ne saurions trop insister sur le détail de sa rédaction. Bien d'autres ont traité cette question avant nous et avec bien plus de compétence, mais il est bon d'y revenir.

Sauf en cas de blessures multiples, ou de contusions ou de brûlures portant sur le thorax ou l'abdomen, le certificat initial n'est tarifé que 2 francs.

Il vaut cinq francs quand il a trait à une blessure grave dont nous venons de faire mention. Le coût du certificat s'ajoute au prix de la visite ou de la consultation et s'il y a un pansement même simple, il donnera lieu, pour la première fois, à un honoraire égal au prix de la visite ou de la consultation.

En résumé, un blessé qui vient à notre cabinet pour la première fois, se verra inscrit sur nos livres avec les indications suivantes : X... blessé du travail.

Consultation................ ..	2.00
Certificat initial	2.00
Pansement simple...	2.00
	6.00

Comment rédiger ce certificat ?

Avec soin toujours et aussi avec méthode, j'allais écrire avec routine et ne m'en dédis point. On aurait tort de ne pas adopter sinon une formule, du moins un cadre qui permettra d'éviter les oublis.

Rappelons-nous que la mention : Je soussigné..... certifie, nous engage et que par conséquent il ne nous faut *certifier* que ce dont nous sommes *certains*.

Nous connaissons parfois le blessé qui vient nous demander nos soins, c'est un de nos clients ; mais nous sommes, par contre, appelés auprès de blessés que nous ne voyons que pour la première fois, je propose dans ce cas la formule suivante :

Je soussigné, docteur en médecine de la Faculté de...... certifie avoir examiné aujourd'hui dans mon cabinet, un blessé qui m'a déclaré se nommer............ demeurant à............... ouvrier de la Maison...... et m'a dit avoir été victime d'un accident qui lui serait survenu ce matin (ou hier) au cours de son travail.

L'accident se serait produit de la façon suivante :

Ici le récit du blessé.

Jusqu'alors vous ne certifiez qu'une chose : c'est qu'un blessé qui a dit se nommer X..... vous a fait des déclarations que vous enregistrez.

Admettez que le blessé ait donné un faux nom, ce qui peut arriver, vous évitez tout ennui en adoptant cette forme.

Tout récemment, dans une affaire de divorce, un de nos confrères a eu à examiner une jeune fille, et la personne à qui il a remis un certificat n'était pas celle dont il enregistrait les noms ; il a eu de ce chef de nombreux ennuis ; sa bonne foi n'a pas été mise en doute, mais elle aurait pu l'être.

En utilisant une formule qui met toutes les affirmations au compte de l'intéressé, vous ne risquez jamais rien.

Cette partie du certificat terminée, vous passez à des déclarations qui vous engagent et vous entamez la description des lésions. J'ai l'habitude de trancher en deux parties mon certificat; je commence la seconde par : Je *constate les lésions suivantes* : Tout ce qui vous paraîtra de nature à influencer la marche de la guérison doit être noté, c'est ainsi qu'il faudra mentionner les écorchures, l'état de la peau, etc.

Cette description terminée, il faut indiquer la durée probable de l'incapacité.

Vous avez un doute, formulez-le.

Dites par exemple : La guérison de cette blessure demandera environ 15 à 20 jours.......

Ou bien : Huit à dix jours me paraissent nécessaires pour être fixé sur la tournure que prendra cette affection qui me semble devoir entraîner une incapacité d'un ou deux mois.

Mais surtout n'oubliez jamais d'ajouter : *Sauf complication, toujours possible*, et *que je ne peux actuellement prévoir.*

Nous savons tous qu'une écorchure, une pi-

qûre peuvent être l'origine d'un panaris, d'un phlegmon, etc.

Or si vous déclarez que le traumatisme est insignifiant, qu'il guérira certainement en 5 ou 6 jours et que le blessé ait un phlegmon qui le tienne trois mois et plus absent de l'atelier, non sans laisser à la suite une incapacité permanente et partielle, vous risquez de lui faire avoir des ennuis en même temps que vous faites preuve d'un peu de présomption en affirmant une guérison qui ne s'est pas produite comme vous l'aviez annoncé.

Enfin s'il y a mutilation ou si la lésion doit laisser après la consolidation une incapacité, mentionnez-le sur le certificat initial ; ceci permettra au juge de faire faire l'enquête sans tarder. Faute de cette précaution, des blessés attendent deux ou trois mois pour que l'enquête soit ordonnée et les témoins de l'accident, c'est-à-dire les camarades présents à l'atelier ou au chantier lors de la blessure, peuvent être partis ou embauchés ailleurs.

Actuellement, on nous demande souvent un double de notre certificat pour la compagnie et le blessé en prend une copie qu'il garde chez lui. Il est étrange de voir l'ouvrier bien plus logique que nous et entendant mieux que nous ses intérêts. En effet, nous négligeons trop souvent de conserver le double de nos certificats, c'est un tort.

Cette pièce qui engage grandement notre responsabilité devrait rester en copie dans nos dossiers.

Actuellement, voici comment je procède : J'établis un certificat en me servant des renseignements du blessé et j'envoie ce brouillon à une dactylographe qui moyennant 3 sous pour une page et un sou pour les copies m'établit la pièce en 3 exemplaires. J'en remets deux au blessé, un pour la mairie, un pour la compagnie et j'en garde un pour moi. Pour un certificat de deux pages les trois exemplaires me reviennent à 0.50 centimes.

On peut, en employant de l'encre à copier, tirer deux exemplaires avec du papier à copier les lettres, cela est moins coûteux et tout aussi pratique. Je conseille aux confrères qui voient un certain nombre de blessés de se faire des dossiers.

Dans un carton, placez sous des chemises les pièces de chaque blessé: certificats, radiographies, correspondance, notes diverses, et de cette façon vous aurez tout sous la main au moment, soit d'accompagner votre blessé en expertise, soit d'envoyer votre note à la compagnie.

Pour terminer cette question du certificat, disons un mot du certificat de guérison. Celui-ci est non moins important que l'autre.

Les compagnies ne payent pas les certificats de reprise, le tarif ne prévoit pas cette dépense, sauf quand ce certificat est descriptif après consolidation de la blessure, dans ce cas le certificat est compté 5 fr.

Or, bien souvent un traumatisme bénin nous paraît ne devoir donner lieu à aucun ennui et dans la suite les choses ne se passeront pas comme nous le pensions.

C'est un ongle par exemple qui a été arraché ou qui est tombé à la suite d'un coup. Dès que la plaie a été cicatrisée le blessé a repris son travail, nous l'avons déclaré guéri, sans réserve. Un mois après, l'ongle s'incarne, il faut opérer, le blessé perd trois semaines et s'il survient une complication, il est en butte à maintes tribulations. De même à la suite d'un écrasement, une fracture méconnue empêche la reprise du travail ou du moins force le blessé à quitter l'atelier au bout de quelques jours. A l'assurance on ne veut rien savoir, naturellement. Une radiographie permet de se rendre compte que le blessé n'est pas un carottier.

Quand bien même le blessé vous paraîtrait guéri, faites une réserve ; si vous avez un doute et si le traumatisme a eu une certaine importance, quand bien même il n'y aurait pas d'incapacité permanente, n'hésitez pas à faire ce certificat descriptif qu'on refusera peut-être de vous payer, mais qui sera une pièce des plus utiles pour l'ouvrier si par malheur il y avait aggravation de son cas. En résumé, n'affirmez que ce dont vous êtes sûr et, par prudence, faites des réserves sur les conséquences de l'accident même le plus bénin.

Docteur Ch. LEVASSORT.

(*A suivre.*)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

La Sécurité des pansements.

L'Asepsie et l'Antisepsie,— ces deux sœurs jumelles, filles des doctrines pastoriennes,— ont révolutionné la chirurgie et reculé jusqu'aux plus extrêmes limites les audaces des opérateurs. Naguère, le moindre traumatisme, accidentel ou voulu, était redouté à l'instar des pires maux, et la piqûre la plus insignifiante ouvrait souvent toute grande la porte aux infections meurtrières. Aujourd'hui, ces craintes sont devenues chimériques et, dans leurs services publics ou privés, munis de salles d'opérations merveilleusement agencées, nos modernes chirurgiens taillent, coupent, trépanent sans la plus petite hésitation. Il n'est plus un coin de l'organisme vivant que leur bistouri n'ait exploré, et c'est même de propos délibéré et avec la même aisance qu'ils ouvrent un ventre ou qu'ils fouillent un cerveau ; pour eux, ce n'est là que jeu d'enfant.

Parfois pourtant, malgré la minutie et la rigueur des précautions prises, des mécomptes surviennent imprévus et inexplicables. Vainement a-t-on éliminé toutes les chances possibles de souillure, vainement a-t-on recouru à l'assistance d'aides expérimentés et à toute épreuve ; sans qu'on puisse en soupçonner le motif, la fièvre s'allume, objectivant sur la feuille de température l'envahissement du foyer opératoire par des germes infectieux. Ce sont les points de suture qui suppurent, c'est la plaie qui s'enflamme, c'est la cavité viscérale menacée à son tour. En désespoir de cause, le chirurgien en est réduit à incriminer les pièces de pansement et les accessoires (catguts, soies, etc.) qui, par leur nature même et leur conditionnement, se mettent difficilement à l'abri de certaines contaminations.

Si nous changeons de milieu et si nous nous transportons dans la clientèle du simple praticien, à la ville, et surtout à la campagne, nous y retrouvons centuplés ces inconvénients dont la moindre conséquence est de diminuer la sécurité des interventions et d'accroître par suite la timidité des interventionnistes. Dans les centres industriels, là où les accidents du travail surviennent fréquemment, nécessitant des actes chirurgicaux plus ou moins sérieux, plus ou moins impérieux, la chose est d'importance et mérite considération. C'est souvent chez lui, dans son cabinet, ou dans une pièce y attenant, que le médecin reçoit les blessés qu'on lui amène dans le louable but de leur prodiguer sans perte de temps les soins immédiats que réclame leur

état. Pour donner une idée des conditions défectueuses qui président habituellement à ces soins, il me suffit d'évoquer mon propre exemple : l'ouate hydrophile dans une boîte plus ou moins hermétique, la gaze dans un flacon de verre mal bouché constituent les éléments indispensables à tout pansement, et cela, dans un local où passent régulièrement les manifestations pathologiques les plus variées, les métrites et les chaudepisses, les fièvres éruptives à la période d'invasion, les tuberculoses générales ou locales,...j'en passe certainement. Au domicile du client, autre affaire: on prescrit un paquet de gaze ou de coton qui arrivent bien immaculés, mais qui, une fois entamés, restent exposés à toutes les pollutions des contacts impurs et dans lesquels on puise pour renouveler le pansement en temps opportun. Et comment faire autrement? Peut-on mettre au rancart ce qui n'a pas été utilisé et ordonner à nouveau des ingrédients neufs ? Poser la question, c'est la résoudre dans ces circonstances où les considérations économiques tiennent une si large place. Aussi s'étonne-t-on, et se réjouit-on tout à la fois que, malgré tant de fautes commises contre les lois de l'asepsie et de l'antisepsie, les infections ne soient pas plus fréquentes. Il faut évidemment en rendre grâce en grande partie à ce que le milieu rural est moins contaminé que les agglomérations urbaines, et aussi à ce que les sujets y sont singulièrement plus résistants.

Quoiqu'il en soit, j'ai souvent déploré l'absence d'un dispositif des pièces de pansement, tel, que la double condition de l'économie la mieux comprise et de la sécurité la plus complète fût respectée, et je suis convaincu que ce sentiment m'est commun avec tous les confrères qui ont été aux prises avec les mêmes difficultés. Pouvoir en toute tranquillité appliquer sur une plaie aseptique une gaze également aseptique, quel rêve ! Disposer de produits tels que toute crainte d'infection soit bannie, quel progrès !

Eh bien ! ce rêve est devenu aujourd'hui une réalité, ce progrès est accompli, et par là même occasion, voilà qu'un bouleversement radical va s'accomplir dans les mœurs de la chirurgie, grande et petite, petite surtout.

Les pansements Corbière et Lindeux laissent bien loin derrière eux tout ce qui existait à ce point de vue : ils marquent un pas gigantesque vers la perfection. Et pourtant, quelle simplicité dans l'idée et quelle ingéniosité dans sa réalisation pratique ! C'est un peu l'histoire de l'œuf de Colomb : encore fallait-il y songer.

Dans un récipient en verre ou en métal de forme cylindrique ou parallélipipédique, la gaze aseptique ou antiseptique est pliée et tassée comme un accordéon. A la partie supérieure de ce récipient existe un diaphragme muni d'une fente longitudinale analogue à l'ouverture d'une boîte aux lettres. Un double couvercle, mobile celui-là, referme le tout. C'est par la fente que la gaze est happée et peut se déplier au gré des besoins du praticien. Seule, la quantité utile voit le jour ; le reste ne sort pas du double fond où ne peuvent l'atteindre ni les contacts, ni les poussières.

L'ouate occupe trop de volume pour se prêter à une semblable présentation ; toutefois, elle est offerte dans des conditions infiniment plus avantageuses que celles de l'antique paquet qu'il fallait ouvrir en totalité et déplier complètement. Découpée en lames d'une largeur et d'une épaisseur invariables, mais d'une longueur adaptée à la plupart des cas, elle est, comme la gaze, pliée en accordéon dans une boîte métallique, d'où on en peut extraire la proportion exactement nécessaire au pansement en cours d'exécution.

Ce nouveau conditionnement des cotons et des gazes n'est pas la seule amélioration que MM. Corbière et Lindeux ont apportée dans les pansements. Dans un prochain article, nous montrerons la supériorité indéniable des ligatures, des fils à sutures et autres éléments de la pratique chirurgicale.

Docteur QUERCY.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Médecins et Spécialistes

Par le Dr de C...

La *Correspondance Médicale* de janvier-février 1908 contient, sous le titre : *Étude sur les Spécialités en Allemagne*, le résumé d'un article publié par le Dr Schwalbe, de Paris, dans un journal allemand : *Deutsche Medizin Wochenschrift*, 1907, nos 40 et 41. D'après ce confrère, les médecins généraux devraient, dans tous les cas, être les intermédiaires entre le public et le spécialiste, celui-ci restant ignoré de celui-là ; par suite, il devrait être institué un règlement défendant aux médecins spécialistes d'afficher leur titre et de s'en prévaloir auprès du public.

Le Dr Schwalbe ne paraît pas tenir compte des rapports qui existent actuellement entre les spécialistes et les médecins généraux pour soutenir une opinion pareille.

Si de telles conditions existaient, les spécialistes habitant les villes moyennes pourraient-ils vivre ?

D'abord, l'*invidia medicorum*, qui existe déjà entre les médecins généraux et fait que les uns ont le moins souvent possible recours aux autres, existe encore bien davantage entre ceux-ci et les spécialistes.

On peut diviser les médecins qui exercent dans une ville un peu importante (où se trouvent des spécialistes) en deux catégories : les vieux et les jeunes.

Les vieux, et j'entends par là ceux qui depuis une vingtaine d'années (c'est-à-dire à une époque où les spécialistes n'existaient pas comme aujourd'hui) exercent dans cette ville, ont leur situation faite et tiennent à la garder. Ils ont suffi, jusqu'ici, ou ont cru suffire aux nécessités de la thérapeutique (beaucoup de maladies que l'on guérit maintenant étant considérées alors comme incurables) ; ils admettent difficilement que d'autres médecins, plus jeunes ou arrivés après eux, essaient de les supplanter avec des idées nouvelles ou d'instituer des méthodes de traitement dont ils n'ont jamais entendu parler. Pour des raisons que je développerai tout à l'heure, s'ils ont un cas difficile dépassant leur compétence, ils ne s'adresseront que rarement au spécialiste de la ville ; mais c'est à un spécialiste d'une grande ville ou à une sommité scientifique qu'ils auront recours. C'est ainsi qu'en 1872, alors que je commençais à faire mes études médicales, j'ai connu un chirurgien âgé, très distingué, qui s'est même fait un nom dans la chirurgie, mais qui n'exerçait plus depuis deux ou trois ans, le Dr M. D. ; celui-ci n'avait jamais voulu chloroformiser ses malades, sous prétexte qu'au moment où il avait commencé à pratiquer

la médecine l'anesthésie n'était pas connue. Mon chef de service l'avait vu abattre une cuisse en cinq minutes sur un sujet non endormi ; c'était beau, mais très impressionnant. Un oculiste fort apprécié aujourd'hui, professeur dans une École de Médecine, qui a même donné son nom à une opération sur les yeux, racontait à un de mes amis que, pendant les premières années de sa pratique spéciale, les professeurs de l'École le traitaient de charlatan et défendaient aux étudiants de suivre ses cours privés. Je connais des vieux médecins qui n'ont jamais manié l'ophthalmoscope et le laryngoscope ; d'autres qui ont toujours refusé de se servir de bromure d'éthyle. Le Dr Desprez, professeur à la Faculté de Paris, s'est rendu célèbre par sa résistance aux procédés antiseptiques. Nous savons combien l'otologie, l'électrothérapie, ont de la peine à s'implanter dans les mœurs médicales et le public. Combien de médecins nient encore l'influence néfaste des végétations adénoïdes.

Les jeunes médecins qui ont une instruction professionnelle plus étendue, dont la situation est déjà faite ou à faire, ont entendu parler des spécialités ; parmi eux, beaucoup ont suivi des cours de perfectionnement pendant quelques jours, quelques semaines, mais n'ont pas continué, parce que, en médecine, si l'on veut faire de la médecine générale, il y a trop à faire ; ils constituent ce qu'on appelle des *spécialistes de six semaines* en oculistique, oto-rhino-laryngologie, électrothérapie, etc. Ils ont plus de tendance que les vieux médecins à recourir aux lumières des spécialistes ; ils peuvent suffire quelquefois dans un cas ordinaire ; mais, comme ils ont une teinte des spécialités, ils considèrent parfois comme plus grave qu'il ne l'est un cas qu'un spécialiste un peu exercé pourrait guérir et font comme les vieux médecins : ils adressent leur malade à un spécialiste d'une grande ville ou aux professeurs dont ils ont suivi les cours.

Je sais bien qu'il y a des exceptions à cette règle, que même elles sont nombreuses, que bien des médecins sont heureux de trouver près d'eux un confrère qui puisse leur donner un bon avis, mais ce n'est pas la généralité. Je sais même que beaucoup de médecins, tant vieux que jeunes, savent négliger leur clientèle à leur propre détriment pour compléter leurs études et se mettre au courant des nouveautés.

Il existe un principe, faux d'ailleurs, qui, malheureusement, règne dans le public : « la valeur d'un médecin est en raison directe du nombre d'habitants de la ville qu'il occupe ». En vertu de ce principe, le médecin qui se trouve en présence d'un cas embarrassant persuadera facilement à son client de recourir aux lumières d'une sommité scientifique, voire même d'un spécialiste ordinaire habitant une ville plus importante ; sa réputation n'en souffrira nullement, car chacun dira : le cas était si difficile qu'aucun médecin dans notre ville n'aurait pu le résoudre.

C'est en vertu de ce principe que les médecins habitant la campagne ou une petite ville dirigent facilement leur malade sur le chef-lieu d'arrondissement ou du département voisin, là où l'importance de la ville permet à un spécialiste de vivre, lequel spécialiste ne leur cause aucun ombrage et ne peut leur faire concurrence, le malade n'habitant pas dans la ville.

Les campagnards, les urbains qui viennent faire leurs achats ont, en vertu du même principe, plus de confiance dans le médecin qui n'habite pas leur localité (dans un cas difficile, naturellement) ; ils voient le nom du praticien écrit sur sa porte, avec sa qualité, et entrent d'eux-mêmes ; ce sont ces gens-là qui constituent la clientèle habituelle du spécialiste des villes moyennes.

Si vous enlevez au spécialiste toute espèce de réclame, comment voulez-vous qu'il exerce la médecine ? Il sera bien connu des médecins généraux de la ville qui auront rarement recours à lui et l'oublieront bien vite, à moins qu'il ne leur rafraîchisse constamment la mémoire (ce qui est incompatible avec la dignité humaine). La clientèle du spécialiste n'étant pas une clientèle urbaine, mais plutôt départementale et même régionale, il ne peut s'astreindre à écrire aux confrères de la région deux ou trois cents lettres par an et même plusieurs fois par an pour se recommander à eux, lettres qui seront bien vite jetées au panier, tandis qu'une carte, avec ses qualités, tient moins de place, est moins onéreuse à envoyer et peut s'afficher dans un cabinet.

Que deviendrais-je, moi, qui exerce la spécialité depuis dix ans, si je ne rafraîchissais pas la mémoire de mes confrères en adressant tous les ans à ceux de ma région ma carte de visite, avec mon adresse, *heures de consultations*, *qualité*, lors de la nouvelle année ; si je ne remettais pas à chaque nouveau client ma carte pour qu'il n'oublie pas le chemin de ma maison, si ma correspondance avec mes malades, si mes ordonnances ne possédaient un en-tête avec ces renseignements, je n'aurais plus qu'à plier bagage et à m'en aller ou à cesser toute spécialité pour vivre.

Les moyens de se faire connaître sont déjà assez restreints, puisque le médecin ne peut, sans se disqualifier auprès de ses confrères, se faire connaître par voie d'affiches ou d'insertions dans les journaux. Malgré le temps depuis lequel j'exerce, il m'arrive souvent de recevoir des malades qui ne me connaissent même pas de nom, quoique résidant dans mon voisinage ; ils n'ont jamais lu la plaque affichée à ma porte.

Je ne puis souscrire aux idées de Grasset, *Principes de déontologie*, dans les *Consultations médicales*, quand il dit (page 269) :

No 29. — « Les spécialistes, oculistes, laryngologistes, etc., doivent toujours demander « à leur client de ne venir les trouver qu'avec « l'autorisation et, si c'est possible, avec une « recommandation de leur médecin ordinaire. »

Ce principe est, d'ailleurs, en contradiction formelle avec le no 17 :

« Le Cabinet est un terrain neutre sur lequel « on peut donner une consultation à tous les « malades qui le demandent, quel que soit leur « médecin traitant. »

Le cabinet est neutre quand il s'agit de médecins généraux ; il ne devrait pas être neutre quand il s'agit de médecins spécialistes !!

Et, avec le no 6 : «S'il s'agit d'une maladie « traitée hors de la ville, il n'y a aucune diffi- « culté et on se rend à l'appel du malade. »

Mais, si le malade vient avec un mot écrit de son médecin, le spécialiste doit naturellement tenir son confrère au courant.

Proposer, par conséquent, que l'intervention du médecin général soit nécessaire entre le client et le spécialiste, instituer un règlement qui défende au médecin spécialiste d'afficher son titre et de s'en prévaloir auprès du public, c'est vouloir la mort de la spécialité, c'est mettre le dernier à la disposition du premier et nous ramener aux premiers temps de la médecine, quand les médecins étaient seuls juges d'appeler les chirurgiens et que ces derniers ne pouvaient opérer qu'en présence des premiers. Or, nous, spécialistes, ne voulons pas de cette sujétion-là ; nous avons conquis comme les autres notre diplôme de docteur, nous ne leur sommes

pas inférieurs, nous pouvons même, si cela nous fait plaisir, faire de la médecine générale, l'étude de celle-ci étant nécessaire avant celle de la spécialité ; c'est, de plus, comme le dit si bien la *Correspondance Médicale*, attentatoire à la liberté. Il valait mieux proposer de défendre la médecine aux spécialistes ; or je suis sûr que la grande majorité des praticiens ne serait pas de cet avis.

(*Ophthalmologie provinciale*, de mai 1908.)

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

Congrès des Praticiens

Sous-Commission de l'enseignement

Séance du 15 *avril* 1908.

La séance est ouverte à 9 heures, sous la présidence de M. Reymond.

Présents : MM. Jayle, Maire, Mallet, Dupont, Lafontaine, Gassot, Quidet, Tissier-Guy, Coppens, Leredde.

Inscriptions irrégulières d'étudiants dans les Ecoles de médecine.

M. Leredde lit une lettre de M. Chompret d'où il résulte qu'à la Faculté de Paris, il n'y a pas actuellement de dispenses données irrégulièrement au commencement des études médicales.

M. Maire a fait une enquête sur des étudiantes irrégulièrement inscrites à l'école de Clermont.

Une discussion s'engage, à laquelle prennent part MM. Reymond, Lafontaine, Maire, d'où il résulte que la Commission doit chercher à réunir des faits nombreux d'inscriptions irrégulières pour pouvoir agir auprès des pouvoirs publics. Le secrétaire fera l'enquête nécessaire.

L'hôpital, centre d'enseignement clinique.

M. Lafontaine présente les conclusions de son rapport. Il en résulte que l'organisation de l'hôpital, centre d'enseignement, est possible, au moins à Paris, que tous les stagiaires peuvent être attachés à des services et y remplir un rôle utile, que l'organisation de l'enseignement technique est seulement entravée par la structure administrative actuelle.

Une discussion s'engage sur le rôle des internes dans l'enseignement. M. Jayle pense que dans chaque service l'assistant, chargé de l'enseignement et l'interne chargé des soins, peuvent et doivent coexister. Il se plaint de la nonchalance et de l'indifférence d'un grand nombre d'étudiants.

MM. Leredde et Coppens protestent contre cette opinion. M. Coppens déclare que les étudiants qui ne sont ni internes ni externes ne travaillent pas parce qu'on ne s'occupe pas d'eux ou parce qu'on s'en occupe mal.

M. Lafontaine n'a pas attaqué le corps de l'internat dans son rapport. Il pense, contrairement à M. Jayle, que la même personne, dans un service, doit être chargée de l'enseignement et des soins à donner aux malades. Il ne doit pas y avoir deux personnels, mais un seul, qui enseigne au lit du malade, en soignant celui-ci.

Un certain nombre de chefs de service, MM. Hirtz et Morax en particulier, reconnaissent que la préparation de l'internat empêche actuellement les externes de remplir leur rôle d'une manière complète dans les services.

M. Reymond résume le débat. Il n'admet pas les idées de M. Jayle sur la division d'un personnel enseignant et d'un personnel traitant. D'autre part, l'internat doit être transformé, mais conservé.

Il est extraordinaire, d'autre part, que les services des anciens internes ne soient pas utilisés dans les hôpitaux de Paris, malgré la pénurie du service médical.

M. Reymond pense qu'il faut laisser au stagiaire le choix du service où il travaille. M. Lafontaine fait remarquer que, dans son projet, le stagiaire doit être incorporé aux services et serait dans les mêmes conditions pour choisir, que l'externe et l'interne actuels.

L'internat des Hôpitaux.

M. Maire lit les conclusions de son travail publiées par M. Carnot dans le *Progrès Médical*.

M. Reymond. — Nous n'avons pas à approuver ou à désapprouver ces conclusions, puisqu'il s'agit d'un travail qui nous a été présenté, et non d'un rapport confié à un membre de notre Commission, mais elles forment une base de discussion intéressante.

Une longue discussion a lieu sur les conclusions de M. Maire. La majorité des membres de la Sous-Commission reconnaît, avec M. Maire, que les conditions actuelles du recrutement de l'internat sont mauvaises en ce sens que la préparation de l'Internat est trop théorique. Mais le système nouveau proposé par l'auteur ne paraît pas applicable.

M. Gassot fait remarquer qu'on ne peut séparer le corps enseignant du corps examinant et que la création d'un corps examinant séparé du corps médical aurait pour conséquence l'existence d'examinateurs posant des questions absurdes.

M. Leredde. — A la base des réformes que demande le corps médical pour l'enseignement nous plaçons l'intérêt qu'il y a pour les malades à être mieux soignés dans les hôpitaux devenus centres d'enseignement et de travail technique. Le recrutement du personnel hospitalier doit appartenir à l'Assistance Publique, et ne peut dépendre d'examens passés à la Faculté, sous sa forme et avec son esprit actuel !

J'ai répondu dans le *Progrès Médical* à un article de M. Carnot, proposant un recrutement des internes par les examens de la Faculté, comme M. Maire. De plus en plus les discussions entre conservateurs et réformateurs gagnent en clarté. Le débat entre les uns et les autres se résume sous cette forme : Quel doit être le centre de l'enseignement ? Est-ce l'hôpital, adapté de mieux en mieux à l'enseignement technique ? sont-ce les locaux de la Faculté ?

M. Reymond expose en quelques mots la question du service militaire des étudiants en médecine.

M. Maire indique le titre définitif de son rapport au Congrès de Lille. Ce titre sera : Recrutement du personnel dans les hôpitaux français, anglais et allemands ; structure administrative.

La séance est levée à onze heures.

Le Secrétaire.

Leredde.

Assemblée générale du Syndicat des électrologistes et radiologistes.

(24 *avril* 1908.)

Rapport de M. le Dr Paul-Charles PETIT, Secrétaire général.

Mes chers collègues,

En saluant, l'année dernière, de vos applaudissements unanimes, le rapport du Secrétaire général de ce Syndicat, vous vouliez d'abord témoigner à sa personne une sympathie très méritée ; vous acclamiez surtout l'aurore du groupement que nous avions fondé pour soutenir nos droits, défendre nos intérêts à l'ombre de la justice et dans une même communion d'étreinte fraternelle.

Vous avez déjà la désillusion de me voir à cette place, vous aurez celle de vous contenter du brouet noir qu'il m'échoit de vous offrir. Et qu'importe après tout. La cause seule vaut et nous en sommes tous les champions convaincus.

Si quelque main défaille, une autre prend le drapeau et cela ne cesse qu'à la victoire.

Confrères de Paris et d'au-delà, pénétrons-nous jusqu'aux moelles du bon esprit syndicaliste. Quelle force aurions-nous si tous les électriciens, tous les radiologues du pays formaient un bloc impénétrable. Aveugle qui méconnaît son intérêt en ne se donnant pas de tout cœur à l'action commune. Que ce syndicat soit le phare vers lequel chacun tende, et vous, Messieurs, soyez nos sergents recruteurs, soyez l'âme du conseil qui ne veut être que votre représentation et l'exécution même de vos volontés.

Nous nous comptons aujourd'hui 103. Selon mon impression, ce chiffre représente à peu près le tiers des électriciens ou radiologues français. Après un an d'exercice, ce résultat est réconfortant.

Combien serions-nous, cependant, si beaucoup d'excellents confrères, qui sont avec nous de pensée, voulaient bien nous encourager de leurs adhésions.

Il vous appartient, Messieurs, de nous les amener.

Le bon sens veut que tout examen médical soit fait par un médecin. Le bon sens étant la chose du monde la moins répandue, cette opinion n'est, paraît-il, pas en faveur à Paris.

L'Académie de Médecine avait voulu réserver l'usage médical des rayons X aux seuls médecins. Nous n'avons pas vu que les auteurs même du vote aient renoncé à confier leurs malades à des illégaux. Nous n'avons pas vu qu'une loi organique de l'Etat ait consacré leur vote par de justes sanctions, comme le Parlement l'avait fait en 1892, au lendemain d'une consultation analogue de l'Académie.

Après deux ans, tout, Messieurs, reste encore à faire. Tout, ai-je dit, ou à peu près.

Votre bureau, dans une démarche collective, a demandé cette loi au Président du Conseil des ministres. Notre confrère, M. Clémenceau, les reçut avec grande bienveillance au lendemain des douloureux événements du Midi. Et s'excusant de sa fatigue, il les conduisit à son chef de cabinet, M. Winter, en disant : Si ces messieurs ne vous demandent pas la lune, donnez-le leur. Le chef de cabinet ne pouvant lui seul nous accorder une loi, le temps passa et nos espérances avec lui. Votre bureau fit alors une démarche auprès de M. Mirman, directeur de l'assistance publique au Ministère de l'intérieur. C'est à la suite de cette entrevue que le Ministère demanda l'avis de l'Académie des Sciences. Le Prof. Bouchard sera le rapporteur devant la commission. Nous avons le plein espoir que M. Bouchard, si versé dans la radiologie, prendra en mains la cause du bon sens, présentement la nôtre et celle des malades, et que l'Académie tout entière suivra le distingué rapporteur.

Qu'adviendra-t-il ensuite ? « Sire, disait Victor-Hugo, l'avenir n'est à personne ». Nous attendrons donc et nous continuerons à agir de tous nos efforts pour qu'à l'imitation de l'Autriche et de l'Allemagne, notre diplôme soit sauvegardé, et la santé publique, comme aussi la science médicale, confiées en toutes leurs parties à des mains expérimentées.

Les illégaux nous donnent le spectacle d'une solidarité, d'une énergie dans l'action qui doivent être notre exemple et nous faire résister vigoureusement jusqu'au succès final.

Laissons le million fantôme et le corps de contrôle dans l'oubli d'où jamais une réclame intéressée n'aurait dû les sortir. Mais parlons des laboratoires hospitaliers de radiologie. Le *Conseil de surveillance* décidait l'année dernière, il vous en souvient sans doute, de créer treize laboratoires nouveaux dans nos hôpitaux parisiens, et de les confier à des médecins.

Le Conseil municipal, au contraire, désirait conserver les seuls laboratoires actuels — dont 3 sur 4 sont occupés par des non-médecins — ou tout au moins, ne confier les nouvelles fonctions qu'à des élèves de l'Ecole de Physique et Chimie de Paris. La cinquième commission déposera un rapport sur cette question, et tout esprit rempli de logique peut à l'avance escompter le plat fin qui lui sera servi.

Le Conseil de Surveillance adressait aux candidats médecins un questionnaire discutable et une demande d'exposé de titres. Il constituait une commission, un jury dans lequel entraient 3 médecins non spécialisés, 2 hommes de science pure, 2 radiographes non médecins, et 2 fonctionnaires. Ni la presse médicale, ni aucun des candidats ne connut son jury ; les réunions en furent secrètes et je suis tout confus d'avoir un instant soulevé le voile protecteur des mystères de l'avenue Victoria.

Votre Conseil avait estimé qu'une bonne diplomatie se devait d'éclairer les esprits par des articles de presse ou des conversations privées, sans gêner les membres de la Commission qui nous sont acquis.

Treize nominations sont, paraît-il, aujourd'hui chose faite : je dis paraît-il, puisque le mystère continue et que les treize élus ne connaissent pas encore officiellement leur bonheur, S'il en est parmi vous, je les en félicite de tout cœur, convaincu que l'impartialité seule aura dicté les décisions d'une commission aujourd'hui bâtarde, après la démission de trois de ses membres. Mais si quelque jour le soupçon ou la critique atteignait ses résolutions, nous lui rappellerions que la femme de César ne voulut pas même être soupçonnée, lui laissant toute la responsabilité du mystère dont elle aura tenu jusqu'au bout à s'envelopper.

Désirant prendre sur le vif les arguments de nos adversaires, nous avons sténographié la conférence faite à la Bourse du travail par un des radiologues non médecins. Nous avons fixé pour toujours les mots du président de la réunion, affirmant que « nos études ne nous préparent pas à la science radiographique, et que celle-ci est un contrôle des actes du médecin ». Nous enchâsserons en perles précieuses ces phrases du conférencier : « qu'une distance constante du tube à la plaque est nécessaire, si l'on veut avoir des radiographies faites scientifiquement », « que les radio-compresseurs sont la cause de poses

longues et de brûlures fréquentes »; « que la méthode de M. Esbeyer est la seule qui guérisse les fractures », « qu'il y a 22 facteurs en radiographie », « que les médecins dans les hôpitaux faisaient faire les épreuves par des infirmières et des malades ». Je m'en voudrais de ne point citer textuellement :

« C'est donc un devoir absolu de réclamer la création d'une école ou de cours et d'un diplôme qui permette aux gens de donner une certitude au point de vue théorique et ensuite un stage dans des laboratoires où l'on reçoit beaucoup de malades de façon que les futurs radiographes puissent apprendre la pratique ». Et plus loin : « Vous tous qui êtes travailleurs, vous savez qu'il faut bien deux ans pour apprendre son métier. Or, les médecins, qui font quatre années d'études, ont six mois de congé par an, de sorte qu'au fond ils ne font que deux ans d'études; il ne leur reste que deux ans pour apprendre tant de choses, alors que pour chaque spécialité il faudrait au moins dix ans ».

Ici le sténographe a inscrit « Applaudissements ». A vrai dire, je les attendais.

Enfin vient de se réunir la commission ministérielle de révision des tarifs. Nous y avons réclamé et obtenu notre place, afin de défendre les tarifs que vous avez votés et dont un exemplaire se trouve entre vos mains. Mais voter un tarif ne suffit pas, il faut l'appliquer.

Chaque fois que vous aurez une radiographie pour accident du travail, présentez votre note d'après le tarif. Est-elle contestée, armez-vous de ce tarif devant le juge (en attendant le tribunal d'arbitrage), c'est la seule façon de l'y habituer peu à peu.

Relevez aussi les noms des médecins chefs des Compagnies ; donnez leur vos prix et cherchez à les leur faire apprécier ; ils peuvent beaucoup pour vous *s'ils le veulent.*

J'ai pu ainsi faire accepter par une Compagnie le tarif entier que vous avez voté.

Sur 24 affaires se répartissant sur 11 compagnies, 20 m'ont été réglées selon notre tarif, 2 réduites à l'amiable, une par jugement, une est restée impayée.

Il vous appartient, Messieurs, de dresser des statistiques plus consolantes encore. Le prix de l'électricité à Paris nous a préoccupé tout particulièrement. Le consortium des secteurs réduisait les prix de l'hecto-watt force et lumière. Mais la location des compteurs était augmentée et le minimum imposé aux médecins (300 heures par an) allait nous coûter des annuités dépassant celles de nos anciens tarifs.

Nous avons protesté auprès du Préfet de la Seine et nous espérons qu'une solution plus équitable interviendra.

Quand donc, mes chers collègues, cessera cet abus monstrueux de l'admission des malades aisés dans nos hôpitaux ? Ni les accidentés du travail, ni les mutualistes, ne devraient franchir le seuil de l'Assistance publique qui manque ainsi à son rôle et nous grève doublement, puisque contribuables.

Sans doute, il appartient aux chefs de laboratoire de réagir contre de semblables abus, mais leur action n'est pas toujours efficace. Quant aux adresses ou pétitions à l'Assistance, nous connaissons leur suite ordinaire. Il y a selon moi une solution, c'est la création de maisons métropolitaines de santé appartenant aux médecins, ouvertes à tous les praticiens et où les petites bourses trouveraient le refuge et les soins. Il est inutile de chercher à vider l'hôpital, si vous n'avez à offrir que des maisons de santé à haut tarif.

Se trouvera-t-il enfin quelque philanthrope pour fonder cette œuvre ? Je n'ose l'espérer d'ici longtemps.

Les progrès de l'électrothérapie font entrevoir le moment où les mutualités nous demanderont de traiter avec elles, il faut que nous nous y préparions. Le nombre croissant des électrologistes et radiologues peut créer aussi à bref délai un danger qu'il est inutile de dissimuler plus longtemps.

Il importe aussi de ne pas laisser l'électricité entre les mains des ventouseurs, masseurs, sages-femmes, parfumeurs, pharmaciens et autres illégaux. Sans doute, la loi est pour nous, mais nous ne pouvons rien faire sans une plainte et sans un dossier très circonstancié.

A vous de nous les fournir et nous recourrons plus souvent aux lumières de notre sympathique avocat-conseil, Me Bruno Dubron, qui nous aidera dans les poursuites à exercer.

Que les constructeurs d'appareils me permettent de leur dire qu'ils sont les pourvoyeurs de l'illégalité. C'est par la vente d'appareils portatifs à tous les empiriques que leur concurrence est devenue un danger. Que les constructeurs se rappellent que nous sommes leurs meilleurs clients, et leurs très fermes soutiens et qu'ils songent à nous aider dans l'intérêt même de la spécialité qu'ils représentent.

Par un effet de la plus pure logique, la vente des poisons est judicieusement réglementée, tandis que les bazars et les grands magasins peuvent impunément répandre leurs appareils de pacotille au détriment de la santé publique.

A l'heure où j'écris ces lignes, une campagne ardente est menée contre nous ; des compagnies ont, disent-elles, des dossiers écrasants pour certains de nos confrères, et l'on voudrait nous en éclabousser.

Messieurs, quand un membre est gangrené, on le coupe. Pour nous, nous nous séparons de ceux qui méconnaîtraient ainsi la dignité de leur profession, tristes épaves que la police correctionnelle guette. Si nous protestons avec cette fougue, c'est que ces actes sont contraires à l'honnêteté même et que nous sommes avant tout d'honnêtes gens. Tant pis pour ceux que de prochaines sanctions pourraient atteindre. Sur notre toge nous avons de l'hermine ; nous la voulons blanche et belle, et nul, fût-il un confrère dévoyé, n'a le droit de la ternir.

Mais la faute de quelques-uns ne peut que mieux faire apprécier l'honneur du reste.

Et cependant, que d'honoraires contestés, que de réclamations accueillies avec dédain, que d'encouragements pour des consciences mal assises.

Nous voulons sortir de l'ornière et, d'accord avec d'autres syndicats, réclamer au ministre compétent un tribunal d'arbitrage où seraient portés tous les différends. Je vous affirme qu'aucun confrère indélicat n'oserait aborder semblable juridiction. Ce serait la fin des scandales.

Mais revenons, mes chers collègues, à des pensées plus réjouissantes.

Nous n'avons à déplorer aucun deuil depuis notre fondation !

Beaucoup de nos membres se sont illustrés par des publications nombreuses ; l'étendue de ce rapport ne me permet pas de les examiner. Félicitons cependant nos deux colonels qui ont gravi d'un degré le cursus honorum ! Que les félicitations de tout le Syndicat aillent dire au vice-président Lacaille que sa rosette d'officier de l'Instruction publique est portée par un savant, un bon confrère, un syndicaliste éprouvé. Soyons très fiers aussi de l'entrée du vice-président Béclère à l'Académie. Cette nomination est un

sûr garant que nos revendications vont trouver en haut lieu l'appui qui leur manquait encore et que les vœux des Académies et les nôtres auront un gardien vigilant de leur intégrale application.

Mes chers collègues, ne craignez pas d'abuser de nous, heureux nous serons de répondre à toutes vos demandes de renseignements et d'étudier toutes les communications que vous adresserez.

Discipline et solidarité, telle doit être notre devise ; ayons devant les yeux ce but unique dont rien ne nous fera dévier. Opportunistes en nos moyens, soyons des radicaux en nos volontés. Sans défaillance, cherchons à rehausser notre profession, à lui rendre son antique prestige, à sauver ses intérêts compromis. La victoire est certaine si la concorde préside à nos discussions.

Syndicat des médecins du Bugey et du pays de Gex.

Compte rendu de la séance du 5 décembre 1907

Présidence du docteur BALLIVET, président.

Etaient présents, les Drs : Ballivet, Brandstetter, Boudin, Carron, César, Chaboux Fr., Chaboux C., Charcot, Dechoudans, Connand, Héritier, Hôtellier, Julliard, Levrat, Larrieu, Meynier, Michaud, Pernet, Rochette, Fusier, Saint-Pierre, Verdenal, Veyrassat.

Admissions. — Sont admis comme membres du Syndicat :

Dr Charcot, d'Artemare ; présenté par les Drs Carron et Héritier ;

Dr Chaboux (Gaston), de Belley, présenté par les Drs Chaboux (Fr.) et Héritier ;

Dr Larrieu, de Bellegarde, présenté par les Drs Rotellier et Verdenal ;

Dr Michaud, de Belley, présenté par les Drs Chaboux (Fr.) et Manjot ;

Dr Veyrassat, de Genève, présenté par les Drs Ballivet et Boudin.

Démissions. — Les Drs Manjot et Lebret, qui ont quitté la région pour s'installer, le premier dans le Gard, le second à Paris, donnent leur démission.

Compte rendu des Assemblées générales de l'Union des Syndicats et du *Concours médical*. Le Dr Boudin, délégué à cette Assemblée, expose les différentes questions qui furent discutées.

1. — Rapport du Dr Noir sur les moyens d'obtenir peu à peu l'abolition des traitements à forfait pour leur substituer le libre choix;

2. — Rapport du Dr Levassort sur le fonctionnement de l'Office central de l'exercice illégal : les Syndicats paieraient une cotisation annuelle, dont le minimum serait de 10 fr. moyennant quoi tout renseignement utile leur serait donné pour la poursuite des rebouteurs et autres. Tous les médecins ont donc le devoir de signaler au Bureau de leur Syndicat les cas d'exercice illégal, avec preuves à l'appui. Avec les conseils de l'Office central, le Syndicat local pourra mener à bien toutes les affaires qui lui seront signalées.

3. — Déclaration des maladies contagieuses. Après des rapports et discussions très documentés, par lesquels le corps médical demandait à être déchargé du soin de la déclaration, M. Mirman, directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, a fait part de l'intention qu'avait le Gouvernement de présenter au Parlement un projet de modification de l'article 5 de la loi de 1902, par lequel toute déclaration de maladie contagieuse devrait être faite par le père de famille, prévenu par le médecin, et, à son défaut, par le praticien, tout comme cela existe pour la déclaration des naissances.

4. — A propos des conflits entre les commissions d'hospice et le service médical et des mesures arbitraires qui, parfois, en sont la suite, M. Mirman annonça qu'une circulaire du Ministre de l'Intérieur avait été envoyée aux Préfets pour leur recommander, en toutes circonstances, d'exiger le dossier complet de l'affaire en cause et de ne jamais ratifier la décision d'une commission administrative hospitalière prononçant la révocation d'un médecin. Désormais, le praticien serait entendu et c'est le ministre de l'Intérieur qui statuera. De cette manière, prendront fin les abus de destitution faits par certaines commissions hospitalières intransigeantes.

5. — La réforme des études médicales est loin d'être abandonnée et sera encore à l'ordre du jour du 2e Congrès des Praticiens, qui aura lieu à Lille en juin 1908.

6. — Vis-à-vis des Mutualités, l'Union des Syndicats poursuit le principe du libre choix du médecin et du paiement à la visite par la Société et non par le sociétaire. En second lieu, à la suite d'un accord intervenu au sein de la Commission mixte médico-mutualiste, il est proposé que les difficultés, les abus et les conflits soient portés devant un conseil arbitral de département, où siègeront, en nombre égal, des représentants du corps médical et des Unions de sociétés de S. M. Les décisions de ce conseil arbitral seront susceptibles d'appel devant la Commission nationale médico-mutualiste.

7. — De même pour les accidents du travail, l'Assemblée adopta la proposition du Dr Jeanne de faire établir une commission mixte d'arbitrage, dans chaque département, arrondissement ou canton, qui connaîtrait des difficultés, conflits et discussions d'honoraires. Ce n'est que lorsque ces commissions fonctionneraient que l'on demanderait, avec chances de succès, la révision du Tarif Dubief, révision actuellement rendue difficile par les continuelles accusations d'abus, formulées contre le corps médical.

Consultations de nourrissons. — Le Dr Boudin donne lecture de son rapport qui a été publié dans le numéro 24 du 20 décembre 1907 du Bulletin de l'Union des Syndicats. Les conclusions en sont votées à l'unanimité et l'Assemblée décide que ce rapport sera envoyé à tous les Conseillers généraux de l'Ain.

Enfants assistés du Rhône. — A la suite de la demande faite par le Syndicat de voir relever de 0.50 à 1 fr. l'indemnité kilométrique pour visites faites aux Enfants assistés du Rhône, le Conseil général de ce département a répondu par un refus basé sur ce que le département de l'Ain n'avait pas été saisi de la même demande pour ses Enfants assistés. L'assemblée décide de réitérer sa démarche mais devant les Conseils du Rhône et de l'Ain.

Service des vaccinations. — La Préfecture exige que les mémoires d'honoraires dus aux médecins pour vaccinations soient établis, séparément pour chaque commune, sur une feuille timbrée à 0.60. Etant donnée la modicité du tarif alloué pour ce travail, l'assemblée charge son Président de faire auprès de l'Administration compétente une démarche pour que chaque médecin puisse fournir un seul mémoire global sur une seule feuille timbrée.

Tarif syndical. — D'accord avec les autres Syndicats du département, notre groupement cherche à établir un tarif unique d'honoraires, qui servirait de base générale et permettrait la

création de tarifs locaux que les Syndiqués d'une même région établiraient entre eux. Les Drs Ballivet, Levrat et Boudin sont désignés pour faire partie de la commission d'étude du projet, formée des délégués des Syndicats voisins. Le Dr Boudin prie ses Confrères de lui envoyer sans retard leurs observations, désidérata et addenda.

Réunions de 1908. — La réunion d'été aura lieu à Divonne; celle d'hiver, à Belley.

Le Président, Dr BALLIVET. — *Le Secrétaire,* Dr BOUDIN.

Société locale d'Eure-et-Loir

Chartres, le 19 mai 1908.

Monsieur et cher Confrère.

On nous communique la circulaire suivante que M. le Préfet d'Eure-et-Loir vient d'adresser à tous les Cantonniers chefs.

Chartres, le 4 mai 1908.

Le Préfet d'Eure-et-Loir
à Monsieur l'Ingénieur en Chef.

En vue d'assurer l'exécution des mesures prescrites par M. le Ministre, je vous prie de vouloir bien prendre, en ce qui concerne votre service, les dispositions nécessaires, pour que les cantonniers malades s'adressent exclusivement, à l'avenir, à des médecins et à des pharmaciens qui se sont engagés à accepter le tarif de l'arrêté du 30 septembre 1905, ou tous autres tarifs qui pourraient être ultérieurement substitués à ce dernier.

Le Préfet,
HENDLÉ.

Veuillez me faire connaître, dans votre brigade, quels sont les médecins qui ont accepté le tarif de l'arrêté du 30 septembre et recommander à vos cantonniers d'avoir recours à ceux-ci exclusivement aux autres.

Le Sous-Ingénieur.

Nous avons tenu à vous soumettre de suite ce document, afin que vous puissiez préparer votre réponse, en conformité avec ce que vous avez décidé dans votre réunion du 8 juillet 1906 (pages 55 et 56 du *Bulletin*), à savoir de continuer à soigner les cantonniers sans accepter de réduction.

Soyons unis comme nous l'avons été dernièrement quand il s'est agi des gardes forestiers, et comme nous devrons toujours l'être en pareille circonstance. Remarquez surtout la fin de phrase : « ou tous autres tarifs qui pourraient être ultérieurement substitués à ce dernier ». Si nous acceptions « ce dernier », nous serions toujours sous la menace de nouvelles réductions d'honoraires.

Le tarif du 30 septembre 1905 est celui qui s'applique aux accidents du travail, et qui vous a été adressé par le bureau de l'Association générale le 25 octobre 1905 (*Tarif Dubief*).

Nous mettons cette question à l'ordre du jour de notre prochaine réunion, qui aura lieu probablement l'un des premiers dimanches de juillet.

Veuillez agréer, cher Confrère, l'assurance de nos sentiments bien dévoués.

Le Secrétaire, CHESNEL. — *Le Président,* MAUNOURY.

REPORTAGE MÉDICAL

Excursion médicale à Londres (12 au 19 juillet 1908) *sous le patronage des médecins de l'Hôpital français et à l'occasion de l'Exposition franco-anglaise.* — Les médecins de l'Hôpital français de Londres, ayant manifesté le désir de faire visiter à leurs confrères français leur Ville et l'Exposition franco-britannique, une excursion a été décidée dont voici quelques détails :

La semaine du 14 juillet, d'ordinaire moins remplie professionnellement que les autres, a été choisie. Le départ aura lieu de Paris le dimanche 12, et l'on sera rentré le dimanche suivant 19, dans la soirée. Le voyage s'effectuera par la voie la plus rapide, Calais, Douvres, ligne du Nord (trois quarts d'heure de mer).

Organisée par M. le Dr Williams, médecin de l'Hôpital français de Londres, assisté de M. Heuzé, que connaissent bien les habitués du V. E. M (Voyages aux Eaux Minérales), cette excursion a pour but de faire connaître Londres dans les meilleures conditions possible de temps et de confort. Il s'agit moins là d'une expédition scientifique avec banquets, toasts, séances de Congrès, etc., que d'une promenade de médecins curieux de tous les arts, en outre du leur.

Les confrères iront, s'ils le veulent, le matin dans les Hôpitaux, où ils seront reçus par les médecins anglais qui y sont attachés. Les après-midi seront consacrées aux monuments et aux Musées, (*British-Museum, National-Gallery,* etc., etc.) les plus admirables de l'Europe, comme on sait. Toutes les sorties à Londres s'effectueront en voiture, naturellement. Un guide parlant français donnera les explications nécessaires sur chaque monument, dans chaque musée.

L'excursion sera des moins fatigantes ; les confrères, par conséquent, pourront y prendre part en famille, avec femme et enfants. Le coût, de Paris à Paris, chemin de fer, bateau, *hôtels, pourboires, tout compris en un mot*, sera au maximun de 250 francs. Une réduction sera demandée et certainement obtenue pour les médecins de province qui auront à se rendre à Paris, d'où s'effectuera le départ.

Pour le programme détaillé et tous renseignements, s'adresser à M. Heuzé, 10 rue Saint-Pétersbourg, PARIS.

Ecole pratique d'Odontologie, 2, rue Huyghens (XIVe). — *Clinique d'enseignement de la chirurgie dentaire.* — Le Dr SIFFRE, professeur de chirurgie dentaire infantile, fera une conférence libre à sa clinique, 2, rue Huyghens (XIVe), tous les jeudis, à 10 heures 1/2.

Sujets de ces conférences : Pathologie et thérapeutique dentaires infantiles ; anomalies ; irrégularités dentaires ; orthodontie ; examen et traitement des malades. Ces conférences commenceront le jeudi 4 juin et se continueront toute l'année, sauf en août et septembre.

Le Dr Petit, directeur de la *Gazette Electrique*, fera à partir du 15 juin, une série de douze conférences pratiques sur l'électrothérapie. Le nombre des élèves est limité. Prière de s'inscrire, les mardis, jeudis ou samedis de 1 heure à 4 heures, 11, rue du Caire (2e).

Le droit d'inscription sera de 50 francs.

Faculté et Hôpitaux.

Un cours de technique opératoire spéciale sur l'œil et les annexes de l'œil, fait par M. Morax commencera le lundi 1er juin. Il aura lieu à 1 h. 3/4 à l'amphithéâtre des hôpitaux, 17, rue du Fer-à-Moulin, les lundi, mercredi et vendredi. La démonstration est suivie d'exercices sur le cadavre.

Le Directeur-Gérant : **Dr H. JEANNE.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trentième année | N° 23 | Dimanche 7 JUIN 1908

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU PATRONAGE MÉDICAL

Quatrième Assemblée générale annuelle tenue au Siège Social, 23, *rue de Dunkerque, le* 26 *mai* 1908.

Le bureau est constitué sous la présidence de M. le Docteur Gassot. MM. les Drs Schwanhard et Pamart, assesseurs. M. le Dr Cézilly remplit les fonctions de secrétaire de la séance.

M. le Président donne la parole au Dr Maurat pour la lecture du Rapport du Conseil d'administration.

Messieurs,

Les comptes de l'exercice 1907 que je vais avoir l'honneur de vous soumettre vous montreront que si notre société du Patronage ne grandit pas avec la rapidité que chacun de nous pourrait souhaiter, elle est du moins chaque année en progression sur l'année précédente, ce qui doit être un sérieux encouragement à mieux faire, aussi bien pour ses administrateurs que pour ses sociétaires.

Nous n'épargnons de notre côté ni notre peine, ni notre temps, sans compter ce que chacun de nous peut faire dans sa clientèle comme simple membre participant, et nous sommes heureux de constater ici qu'un assez grand nombre de nos associés ont fait, de même, un grand effort. Cependant il y a certainement encore un trop grand nombre d'entre nous qui n'apportent pas à notre œuvre l'attention à laquelle elle a droit, et je ne serais pas surpris que plus tard ce fût précisément dans leurs rangs que l'on rencontrât les plaintes et les récriminations si les résultats venaient par hasard à ne pas correspondre complètement à leur espoir.

Cela est trop humain pour ne pas être vraisemblable, mais quoi qu'il en soit, nous espérons toujours que le nombre des négligents ira de plus en plus en diminuant et que tous voudront bien enfin comprendre que les résultats de notre association sont entre leurs mains et ne peuvent être que ce qu'ils les feront.

BILAN AU 31 DÉCEMBRE 1907.

Actif :

Caisse	265 37
Société générale	2.976 96
Soc. française de report et dépôts.	24.436 90
Avances à l'Etat	330 94
Frais de constitution	6.507 29
Effets à recevoir	3 479 20
Les Corbières	48.000 »
La Reine de Vals	21.500 »
Le Fumigator	3.479 20
Le Concours médical	6.362 55
Arsenal de l'hygiène	1.440 »
Transferts.	100 »
Portefeuille, dotations et contrats	317.900 »
Total	436.778 41

Passif :

Capital social	128.050 »
Réserve spéciale	22.269 11
Apports, dotations et contrats	252.000 »
Réserve légale	2.818 97
Dividendes impayés	56 40
Réserve pour amortissement	4.000 »
Profits et pertes	27.583 93
Total	436.778 41

COMPTE DE PROFITS ET PERTES.

Doit :

Indemnités aux veuves	3.000 »
Frais généraux	2.328 37
Amortissement et frais de const.	813 40
Profits et pertes (solde ment. au bil.)	27.583 93
Total	33.725 70

Avoir :

Bénéfices et revenus divers	32.910 95
Intérêts divers des banques	814 75
Total	33.725 70

Si, avant de passer au vote des propositions du conseil, nous jetons un coup d'œil sur les comptes de profits et pertes de 1906 et 1907, nous remarquons que, cette année, nous avons versé aux veuves de nos sociétaires un secours de 3.000 fr. c'est-à-dire plus de 10 % de nos bénéfices annuels.

Que le solde bénéficiaire de cette année est supérieur de 2.925,80 à celui de l'année précédente, et qu'enfin les frais généraux ont été réduits au minimum possible.

Nous sommes naturellement à votre disposition pour vous donner les renseignements complémentaires que vous nous demanderez, mais avant de clore ce rapport, je tiens à vous signaler les demandes de deux de nos sociétaires, M. le Dr Delpeut, de St-Chéron, et M. Allard qui ont demandé la mise à l'ordre du jour de vos discussions l'étude des voies et moyens à employer pour faire cesser l'ostracisme que la *Prévoyance Médicale* oppose aux membres du Patronage.

RÉPARTITION PROPOSÉE PAR LE CONSEIL POUR L'EXERCICE 1907.

Le montant des bénéfices de l'exercice s'élevant à 27.583 93

Nous proposons la répartition suivante :

1° 5 % à la réserve légale	1.379 20
2° 5 % à la direction	1.379 20
3° Dividende à rais. de 3.50 par part	
(a) à la réserve spéciale	4.074 »
(b) aux fondateurs	1.851 50
(c) aux participants	8.890 »
4° Impôt sur le dividende	617 32
5° Versement à la réserve pour amortissement	4.000 »
6° Reliquat à verser à la réserve spéciale conform. aux statuts (*art.* 14)	5.392 71
Total	27.583 93

M. le Dr Jeanne donne ensuite lecture du rapport des commissaires des comptes.

Rapport des Commissaires de surveillance

Messieurs,

Depuis deux ans, vous le savez, les modifications statutaires que vous aviez adoptées pour éviter de tomber sous le régime complexe des lois qui visent les sociétés en participation où intervient la durée de la vie humaine, ont conduit le Patronage médical à ne pas administrer par lui-même et à posséder seulement des titres ou des contrats dont il reçoit les bénéfices.

Le rôle de vos commissaires des comptes en a été singulièrement facilité.

Notre comptabilité Recettes se trouve seulement composée : 1° des sommes versées par les Sociétés affiliées, après assemblées régulières, et dont le contrôle a déjà été effectué chez ces sociétés ; 2° de l'encaissement des parts souscrites ; 3° des intérêts des fonds en banque ou en dépôt.

Nos dépenses se bornent aux frais généraux, aux amortissements prévus par vous, aux réserves légales et spéciales que vous votez, aux indemnités à des veuves, aux obligations de la répartition toujours votées par vous également.

Cette comptabilité est journellement sous nos yeux et notre vérification en est effectuée à tout moment.

Quand nous y ajoutons, comme nous l'avons fait à la date légalement prévue, la révision du portefeuille, c'est-à-dire des titres et des exemplaires des contrats, notre tâche est terminée ou à peu près.

Il ne nous reste plus qu'à vous dire si nous avons trouvé exacts les comptes du Conseil et si nous approuvons ses propositions.

Une fois de plus, à propos de l'exercice 1907, nous venons vous dire : « oui ».

Aussi nous sollicitons de vous approbation des comptes de cet exercice en y joignant félicitations et remercîments aux administrateurs.

Paris, le 1er avril 1908,

Les Commissaires de surveillance,

Dr JEANNE. Dr DIVERNERESSE.

A la suite de cette lecture, personne ne demandant la parole, le Président met aux voix les résolutions suivantes :

RÉSOLUTIONS.

I

Approbation des comptes tels qu'ils sont présentés par le Conseil d'administration. (*Adopté à l'unanimité.*)

II

Versement de 5 % à la réserve légale, soit 1.379 fr. 20. (*Adopté à l'unanimité.*)

III

Versement de 5 % à la direction, soit 1.379 fr. 20. (*Adopté à l'unanimité.*)

IV

Un dividende de 3 fr. 50 NET D'IMPOT sera attribué à chaque part pour l'exercice 1907 et adressé par **mandat-carte** à chaque sociétaire à partir du 10 juin prochain. (*Adopté à l'unanimité.*)

V

Une somme de 4.000 fr. sera versée à la réserve supplémentaire pour amortissements. (*Adopté à l'unanimité.*)

VI

Versement du reliquat, soit 5.392 fr. 71 à verser au compte de la réserve spéciale. (*Adopté à l'unanimité.*)

VII

M. le Dr Jeanne est réélu commissaire de surveillance pour l'année 1908. M. le Dr Diverneresse est désigné comme suppléant. (*Adopté à l'unanimité.*)

Lecture est alors faite du compte de la réserve spéciale.

COMPTE DE LA RÉSERVE SPÉCIALE.

Au 31 décembre 1907, la situation de cette caisse est la suivante :

Portefeuille : 1174 parts du Patronage Médical à 50 fr. l'une		58.700 »
Espèces	22.269 11	
Auxquelles il y a lieu d'ajouter : 1° le dividende à verser par le Patronage pour l'ex. 1907—soit pour 1164 parts attribuées au 30 septembre 1907.....	4.074 »	
2° Le reliquat à recev. du Patronage après toute répartit. (art. 14 des statuts)....	5.392 71	31.735 82
Total..............		90.435 82

Le président donne alors lecture de la lettre suivante du Dr Delpeut, de Saint-Chéron :

Mon cher confrère,

Je vous serais très obligé de vouloir bien faire mettre à l'ordre du jour de l'Assemblée générale du Patronage médical qui doit avoir lieu le 26 mai prochain, la question suivante :

Quelles sont les intentions du conseil d'administration du Patronage médical concernant l'ostracisme que la *Prévoyance Médicale* oppose aux membres du Patronage pour faire partie de cette société. Y a-t-il un moyen de le faire cesser ?

Veuillez agréer, etc.

Dr Ad. DELPEUT.

Après cette lecture, le Dr Delpeut présent dans l'Assemblée indique que, deux années de suite, il a demandé à faire partie de la Prévoyance Médicale et que toujours on lui a répondu :

« Si vous faites partie du Patronage, vous ne pouvez entrer chez nous ».

Je demande, ajoute-t-il, que soit par des démarches amiables, soit par tout autre moyen, quelque chose soit fait pour faire cesser un état de choses si contraire à la bonne harmonie qui doit régner entre les membres d'une même profession.

M. MAURAT. — Nous avons toujours pensé que les sociétés médicales étaient faites pour les médecins et non les médecins pour les sociétés. Nous ne voyions aucun inconvénient à ce qu'un médecin perdît sur une prescription ce qu'il retrouvait sur une autre.

Cette situation fausse est, croyons-nous, aussi gênante pour la « Prévoyance médicale » que pour nous. Nous en trouvons la preuve dans les ouvertures officieuses qui nous ont été faites par des amis communs. L'entente plus que jamais nous paraît désirable et nous vous demandons formellement aujourd'hui l'autorisation de continuer dans ce sens nos conversations avec cette Société.

Une discussion très intéressante s'engage à ce sujet, discussion à laquelle prennent notamment part MM. Kahn, Delpeut, Ausset, Mignon, Maurat, Henne, Pamard, Gassot, et qui met en évidence le désir général d'une entente aussi complète que possible entre les deux Sociétés.

L'Assemblée consultée donne à l'unanimité, mandat à son conseil d'engager des pourparlers avec la société la « Prévoyance médicale » en vue d'une entente.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée.

Le secrétaire de la séance,

H. CÉZILLY.

FEUILLETON

Nova et vetera

On se plaint avec une certaine amertume que la nouvelle génération médicale soit moins désintéressée que celle qui l'a précédée, qu'elle ait augmenté le prix des visites, des consultations et de toutes ses interventions en général, malgré la concurrence et la terrible pléthore, qui auraient dû rendre plus accessibles, moins onéreux, les services rendus par Hippocrate.

Il y aurait lieu de s'en fâcher, si ce n'était un titre de gloire pour notre corporation, la seule qu'on n'ait jamais cessé d'exploiter et qui probablement continuera à l'être par les pingres, les ingrats, comme par les pouvoirs publics.

Certes, il faut admirer le désintéressement de nos aînés, mais comme ils ont été des dupes et sont généralement morts dans la misère, ou du moins en laissant leur famille dans la gêne, après avoir entamé le patrimoine qui leur permettait de vivoter, on a le droit de dire aux critiqueurs : à quoi cela leur a-t-il servi d'être bons, de ne pas savoir se faire rémunérer de leur peines? Pourquoi ne les imitez-vous pas? Pourquoi dans votre sphère augmentez-vous sans cesse vos prix ? Croyez-vous que les charges des médecins n'ont pas fait boule de neige comme celles des autres citoyens ?

Voici un barème tristement suggestif que j'emprunte à Lucien Descaves :

De 1902 à 1907, soit dans l'espace de cinq ans, le prix des denrées aurait augmenté dans les proportions ci-après détaillées :

Pain, 15 % ; veau, 14 % ; bœuf, 22 % ; mouton, 25 % ; porc, 27 % ; légumes frais, 15 % ; poisson, 50 % ; légumes secs, 30 % ; pâtes alimentaires, 20 % ; fromages, 25 % ; beurre, 14 % ; huile, 15 % ; essence, 30 % ; pétrole, 10 % ; condiments, 25 % ; bougie, 10 % ; charbon de bois, 24 % , charbon de terre 34 %.

Sans passer d'autres professions en revue, et, après avoir constaté que la denrée parlementaire a subi l'énorme augmentation de 63 % (15.000 au lieu de 9000 fr.), je me contenterai de faire remarquer que les salaires de tous les corps de métiers, dont nous pouvons avoir besoin dans nos intérieurs, se sont aussi notablement accrus, comme les impôts, ce qui vient aggraver le renchérissement des objets de première nécessité. C'est surtout frappant pour les domestiques, pour les Frontin, les Lise, les Gothon et autres fléaux à gages, qui savent si bien jongler avec l'anse du panier et veulent être d'autant plus payés qu'ils travaillent moins, ou sont moins dévoués. Que sont devenus les anciens serviteurs, qui faisaient presque partie de la famille et qui aimaient vraiment leurs maîtres ? Aujourd'hui, ce sont des êtres hostiles, méchants et critiqueurs, qui ne songent qu'à gruger le patron, qu'à lui nuire et à le tourner en ridicule, par dessus le marché.

Allez donc équilibrer votre budget, avec les retenues qui l'allègent et tous les parasites, tous les rongeurs qui s'évertuent dans l'ombre à l'écorner !

Et voilà le moment que l'on choisit pour nous réclamer un surcroît de désintéressement, pour demander aux nouveaux venus dans la carrière de ne pas vivre de l'autel, de se dépouiller du nécessaire, comme s'ils pouvaient imiter Saint-Martin et partager leur manteau entre les miséreux qu'ils approchent.

Les journalistes qui jettent des pierres dans notre jardin, probablement parce qu'on ne les a pas soignés à l'œil, ces messieurs n'étant pas faits pour payer en général, ne se doutent pas que la moitié de ces

LA SEMAINE MÉDICALE

Le régime dans le diabète sucré.

La *Revue internationale de méd. et de chir.* donne l'analyse d'un travail du professeur de Renzi, de Naples, sur le régime alimentaire dans le diabète sucré.

« Il est utile dans le régime diététique des diabétiques, dit M. de Renzi, de se tenir à un éclectisme prudent. Ainsi, il faut repousser dans la pratique ce qu'a de trop absolu la diète carnée de Cantani. Certainement il est salutaire de dépouiller l'alimentation de tous les hydrates de carbone qu'elle peut contenir, mais il faut également se défier de l'abus des aliments azotés qui aboutit à l'auto-intoxication et à une augmentation de l'uricémie ; les putréfactions intestinales qui sont ainsi produites favorisent l'apparition de l'acétone et par suite prédisposent au coma diabétique. Il semble, en effet, que cet accident soit la conséquence de la formation dans l'organisme d'acide oxybutyrique B, or cet acide tire son origine des substances albuminoïdes.

« Il est illogique, du reste, de priver totalement le diabétique d'hydrates de carbone. Il est rare que le foie de ce malade ait perdu tout pouvoir de détruire une certaine quantité d'aliments de ce genre. A ce titre, il est maladroit de proscrire du régime les légumes verts dont la teneur en hydrates de carbone est très faible et dont cette teneur est encore diminuée dans de notables proportions par la cuisson. Il en est de même pour les fruits, pour certains d'entre eux notamment qui ne contiennent que peu de sucre. Pris en petite qnantité, ils varient l'alimentation, et introduisent dans l'organisme des principes rafraîchissants qui diminuent ou conjurent l'acétonémie.

« Quant aux graisses, il vaut mieux s'en abstenir, outre qu'on les a accusées de produire l'acétonémie, ce que l'auteur ne croit pas, elles fournissent au foie un travail complexe ou difficile, et on s'accorde à les écarter du régime de tous les hépatiques.

« En règle générale, voici le traitement préconisé par l'auteur. Chaque jour, l'alimentation doit se composer de cinq repas. A chacun de ces cinq repas, le malade absorbera un potage aux légumes verts, une tranche de viande de 60 grammes en moyenne et un œuf. Comme boisson un demi-litre de vin largement coupé d'eau. Pas de féculents, pas même d'avoine préconisée par Von Noorden, ni de pommes de terre recommandées par Mossé, de Toulouse ; pas de succédanés du sucre (saccharine, cristallose); quelques légumes verts et quelques fruits de saison pris parmi les moins sucrés (pêches, pommes, abricots, poires. fraises, framboises, amandes, noix, oranges, citrons) ; pas d'alcool ; pas de pain, pas de lait, pas de bière.

« Dans les cas graves et s'il y a des symptômes hépatiques accentués, on diminuera la ration de viande. On la supprimera au besoin, laissant le malade s'alimenter avec des potages, ce qui équivaut à une suppression presque totale de l'alimentation, car on sait combien le jeûne peut quelquefois être utile de temps en temps aux diabétiques.

---

praticiens sur lesquels ils déversent leur encrier, sont des prolétaires intellectuels qui dissimulent sous les apparences beaucoup de gêne, un passé obéré de dettes et des engagements fort lourds pour l'avenir.

Ils seraient plus généreux s'ils pouvaient avoir une notion exacte de ce que le parchemin doctoral, si péniblement conquis, représente de labeur, de privations noblement supportées, de sacrifices consentis par des parents modestes, mais désireux de faire aboutir leur rejeton. Il me serait facile de citer le cas de bien des débutants, dont les recettes ne représentent pas pendant plusieurs années le quart ou la moitié de leurs dépenses, même en déployant beaucoup d'ingéniosité pour éviter tout ce qui est superflu. Cette période de stage serait abominable si on n'avait pas le réconfort de la jeunesse et des espoirs futurs, pour pouvoir supporter la lutte.

Ah ! les pauvres jeunes gens sans fortune, qui ne peuvent pas attendre, sont bien à plaindre et il serait bon qu'on le sache, qu'on le répète, dans les milieux universitaires, avant que les bacheliers récemment promus ne se risquent dans une carrière, beaucoup moins rémunératrice qu'on ne se le figure en général, et qui exige une importante mise de fonds.

On s'obstine à ne voir que les heureux, les triomphateurs, ceux qui ont réussi, sont au pinacle ; mais combien sont-ils, dont le sort soit vraiment enviable ? Qui dira au prix de quels efforts, de quelle énergie, de quelles nuits d'insomnie, ils sont arrivés à la notoriété. Pour quelques élus, combien de pauvres diables qui végètent humblement toute leur vie, sans pouvoir jamais sortir de la géhenne !

J'en sais quelque chose, ayant été pendant des années le confident des plus noires infortunes, comme secrétaire général de la Société de protection des victimes du devoir médical. C'est à faire dresser les cheveux sur la tête et plus d'une fois mon repos en a été troublé, par suite d'un sentiment de commisération bien compréhensible et aussi par la constatation de l'insuffisance de nos ressources, dont le reliquat a été finalement versé dans la caisse de l'Association générale.

Ceci n'empêche pas les déshérités de contempler, moins avec envie qu'avec une certaine fierté, les succès et la considération des maîtres qui montent au Capitole, à qui fortune et honneurs sont la récompense toujours trop tardive d'ailleurs, d'une vie de découvertes et de dévouement.

C'est un peu l'histoire de la démocratie américaine, si différente de la nôtre, qui entrevoit sans jalousie le luxe déployé dans certaines circonstances, récemment par exemple au mariage de miss Gladys Vanderbilt, par les milliardaires et les maîtres de la finance de là-bas. Les citoyens des Etats-Unis tirent gloire de ceux qui ont réussi, estimant que la vraie égalité, c'est celle des chances dans la vie, qu'ils ont, eux aussi, tous les droits de faire fortune, de devenir des acteurs en vedette et de se procurer des joies analogues. Voilà pourquoi tous accourent pour s'émerveiller, sans haine, des parades qui leur sont offertes (François de Tessan).

Peut être en sera-t-il ainsi un jour en France ; il ne faut jurer de rien !

Mais de même que l'ouvrier américain exige un salaire en rapport avec les exigences de la vie, toujours plus onéreuse, il est tout naturel que le petit médecin soit indemnisé en proportion de ses charges. L'Etat l'accable d'impôts, augmente sa patente, et voudrait ensuite qu'il soigne pour rien ses employés, gendarmes et gardes forestiers, cherchant à l'allécher par l'appât grossier d'un bout de ganse, après des décades

« Comme traitement général, il faut préconiser les cures physiques, les exercices musculaires, les bains, mais il faut s'abstenir de toute fatigue excessive et surtout du surmenage physique.

« Contre l'acidose, il faut sans retard donner le bicarbonate de soude à hautes doses, jusqu'à 40 gr. par jour. »

La saignée dans l'œdème suraigu du poumon

Le *Journal des Praticiens de l'Ouest* publie un très intéressant article du Dr *Ch. Billaud*, sur la saignée dans l'œdème suraigu du poumon. « Les causes les plus fréquentes de l'œdème du poumon sont la néphrite et les lésions cardiaques, ces deux lésions le plus souvent, étroitement liées. »

L'accès d'œdème suraigu survient généralement la nuit, chez des sujets ayant atteint la cinquantaine. C'est cet œdème suraigu qui, par sa rapidité d'éclosion et la gravité des symptômes, affole les familles, désempare le médecin, met immédiatement le malade en danger et provoque la mort en quelques heures à peine, si on n'intervient pas d'une façon rapide, et de la seule qui soit susceptible de sauver le patient. En effet, quelle qu'en soit la cause, un malade en proie à un accès suraigu d'œdème du poumon est un malade qui nous meurt littéralement dans les bras si on hésite, et que, dans la majorité des cas, on peut ressusciter.

De la rapidité du diagnostic et du traitement dépend le salut, Les symptômes sont les suivants : aspect asphyxique du malade qui a l'air d'un agonisant et qui de fait agonise, face pâle, œil éteint, souvent coma complet, lèvres décolorées, sueurs froides ; les doigts et les ongles sont déjà bleuâtres, le pouls accéléré absolument misérable, incomptable, le cœur aussi rapide, impossible à ausculter au milieu du bruit de tempête, de râles fins, sous-crépitants en pluie, qui sont déchaînés dans cette poitrine qui regorge son œdème sanguinolent, qu'elle vomit sous forme d'écume bulleuse, striée de minces filets de sang et dont le malade bave parfois des litres dans le court espace de temps qui sépare le début de l'accès du dernier soupir.

Quand on a vu ce tableau une fois, et le rapide dénouement de cette pénible tragédie, il reste gravé toujours dans la mémoire.

Le diagnostic d'œdème suraigu du poumon peut se faire de « chic » dès la porte. Deux mots d'interrogation, quel âge ? Le malade était-il parfois essoufflé ? Les jambes un peu enflées le soir ? Urinait-il peu ? Prendre le pouls, coller l'oreille sur la région précordiale en écoutant les réponses de la famille et pratiquer une rapide saignée. Le temps de flamber une lancette ou un bistouri, d'appliquer une bande de fortune sur le bras après lavage de la peau du pli du coude avec un peu d'eau de savon, et voilà, huit fois sur dix, un malade sauvé. Il n'y a pas à discuter sur la méthode ni à analyser les symptômes ; l'aspect du malade est typique et le traitement unique. L'urgence à intervenir est là, plus grande encore que lorsqu'il s'agit de trachéotomiser un croup. Quand on peut arriver encore à temps, on peut faire une résurrection ! la famille vous confie sans espoir un mourant, vous pouvez lui rendre, quelques instants après, un malade souriant.

L'important est de ne pas hésiter à poser le diagnostic, de ne pas hésiter à intervenir, surtout à prendre une décision ferme et avec aplomb, ce qui, vis-à-vis de la famille, a une grosse importance. Nous ne sommes plus à l'épo-

---

de services désintéressés.... à Pâques ou à la Trinité.

Ce n'est même pas tout, ce même État, ogre insatiable, à qui il faut des colonisateurs et de la chair à canon, ne cesse de demander à ces praticiens déjà fort embarrassés, de donner le bon exemple, en contribuant à augmenter la natalité de notre doux pays, en ne cessant d'emmaganiser jusqu'à des jumeaux dans leur.... coffre-fort féminin.

Ils sont vraiment illogiques nos pères conscrits, avec leurs lamentations en mineur : après avoir agi comme s'ils étaient impuissants, après n'avoir eu que peu ou pas de progéniture, ils ne cessent de pousser les autres à la consommation.

S'ils faisaient encore quelque chose pour encourager les géniteurs de bonne volonté, ceux qui ne demandent qu'à aller de l'avant ; mais, au contraire, comme il faut des pièces pour loger les moutards et un appartement approprié, le montant de la feuille du percepteur ne tarde pas à s'en ressentir, sans compter les frais de bouche et de scolarité. C'est, au contraire, un impôt *régressif* sur les familles nombreuses qu'il serait équitable d'instaurer, comme on le demande dans le Midi avec instance.

Déjà, en 1900 et 1901, le Sénat a voté une réforme fiscale restée lettre morte, d'après laquelle le total de l'impôt devait être diminué de 5 % pour les familles de 3 enfants et progressivement jusqu'à 60 % pour 7 enfants.

La Haute Assemblée ne faisait que se rendre aux vœux de l'opinion publique, puisque 71 conseils généraux avaient préalablement exprimé le vœu que « le principe de dégrèvement des familles nombreuses fût largement appliqué dans toutes les lois de finances ».

J'estime, comme M. J. Bertillon, qu'il faut se hâter d'adopter indistinctement toutes les mesures analogues, elles sont équitables et bienfaisantes en elles-mêmes et contribueront peut-être à modifier l'esprit public. Sans cela, l'état démographique de la France restera déplorable et on ne fera plus des enfants que par surprise.

Pour toutes ces raisons, et, pour d'autres encore, les médecins ont besoin d'être honorés convenablement ; ne les faites pas appeler, si vous ne voulez pas faire votre devoir, comme ils feront le leur.

Certes, l'exploitation éhontée d'un malade est chose répréhensible et pas facile d'ailleurs ; mais sans qu'il y ait abus, les clients, à moins d'être besogneux et d'une situation bien modeste, jugent un peu leur guide d'après ce qu'il demande. Je crois l'avoir déjà dit, ici même, et il n'est pas superflu de le répéter : Pourquoi Populo ne fait-il aucun cas des consultations de l'assistance publique et se refuse-t-il à absorber les médicaments qu'elle offre gratuitement ? C'est que le tout ne coûte rien. Le même individu qui ne tient aucun compte du papier qui lui a été remis à l'hôpital en suivrait méticuleusement les recommandations, s'il avait payé pour cela une simple tune.

Dans les dispensaires des quartiers ouvriers, ceux-ci préfèrent donner un ou deux francs que d'être traités à l'œil, car ils ont la conviction qu'on s'occupe davantage de leur affaire lorsqu'ils ne restent pas confondus dans la foule de ceux qui attendent leur tour.

Je conclus en disant qu'à des temps nouveaux doivent correspondre des habitudes et des responsabilités nouvelles, en même temps que des améliorations matérielles et que, tout en restant humains et philanthropes le plus possible, les médecins ont droit à une indemnité de la part de ceux qui sont aptes à la fournir, chaque fois qu'ils sont mis à contribution.

Dr Grellety (de Vichy).

que où, à chaque rencontre, le médecin saluait son malade d'un coup de lancette dans une veine. Notre génération n'est plus habituée à cette opération, la clientèle s'en défie et on voit d'un assez mauvais œil et avec crainte faire les préparatifs hâtifs de l'intervention. Il n'y a dans la circonstance que la sûreté de décision qui paralyse l'entourage et l'empêche de supposer ou tout au moins de discuter l'opportunité de l'opération qui va rendre un mourant à la vie.

En cas d'œdème suraigu du poumon, la phlébotomie n'est pas une opération qu'on propose. c'est une opération qu'on décide, tout comme s'il s'agissait de pratiquer la respiration artificielle à un noyé, et tant qu'il n'y a pas opposition formelle de la famille, on peut agir et considérer son abstension comme une autorisation. Du reste, la plupart du temps, surtout lorsqu'il s'agit d'un premier accès, on aura un succès dont jadis on nous aurait même témoigné de la reconnaissance.

La destruction des mouches.

Voici un procédé nouveau de destruction des mouches préconisé par M. le Dr Delamare, de Saint-Denis, dans les *Archiv. de méd. militaire.*

Faites préparer la solution suivante :

Formol du commerce..	100 grammes.
Eau..................	900 grammes.

Remplissez de ce liquide plusieurs assiettes que vous disposerez en différents endroits de la pièce à assainir, sur les tables ou sur le sol. Vingt-quatre heures après (pendant la période d'été bien entendu), ces assiettes et la zone environnante seront remplies de mouches et de moustiques empoisonnés. Les diptères qui n'ont pas été sidérés sur place vont mourir à un ou deux mètres plus loin, et le sol est jonché de leurs cadavres.

La solution de formol au dixième est le véritable tombeau des mouches et des moustiques. Elle les attire et les tue. Ces insectes meurent quelques instants après avoir trempé leur trompe dans le liquide.

« La solution indiquée, dit M. Delamare, devra être renouvelée dans les assiettes toutes les quarante-huit heures. Nous avons, en effet, remarqué qu'elle devenait moins efficace en restant exposée à l'air plus de deux ou trois jours.

Nous avons essayé une solution de formol moins concentrée ou d'autres antiseptiques, l'huile de schiste en particulier. Les résultats ne sont pas comparables.

Le moyen que nous indiquons est de beaucoup supérieur à ceux proposés jusqu'à ce jour, tels que papiers chimiques, préparations à la glu, mouchivores, etc.

..... Dans chacune des salles d'hôpital, on place sur la table du milieu, sur les rebords des fenêtres, quelques assiettes remplies de formol au dixième. A la tête de chaque lit, se trouve un crachoir contenant deux cuillerées à bouche de la même solution. Grâce à cette précaution, les malades, qui, auparavant, étaient martyrisés pendant la saison chaude par les mouches et les cousins purent reposer tranquillement.

M. Durand a eu la curiosité de savoir approximativement combien on pourrait détruire de mouches en vingt-quatre heures. On a pu ainsi calculer que, pour une salle de 521 mètres cubes, on avait détruit, du 1er au 7 août, une moyenne de 4.080 mouches par jour, 40.087 en dix jours!

Parmi les maladies transmises par les mouches ou les moustiques, on peut citer les *filarioses,* la *malaria,* la *fièvre jaune,* la *tuberculose,* la *dysentérie.* Aussi dans les réfectoires et principalement dans les services hospitaliers, les récipients contenant les aliments et les boissons alimentaires doivent être munis d'un couvercle. Cette précaution, bonne pour la propreté en général, est pourtant une mesure de prophylaxie de haute importance.

Pour les moustiques, l'assiette remplie de formol au dixième suffit pour en détruire un grand nombre, mais on obtient un résultat bien supérieur encore, en plaçant au milieu de l'assiette une petite veilleuse en verre qui baigne dans le formol. Les insectes sont attirés par la lumière et tombent dans la solution.

On pourrait croire qu'il serait avantageux d'enduire les bords de l'assiette d'une substance sucrée. Les essais ont, au contraire, démontré qu'il valait mieux ne pas mettre autre chose que du formol. Quand on humecte le bord des récipients de miel ou de sirop, les insectes s'arrêtent sur la matière sucrée et vont moins sur le formol. (*Journal de Lucas-Championnière.*)

Pour détruire l'insecte parfait, rien ne vaut la solution formolée au dixième ; mais ce moyen n'empêche pas d'user de la protection mécanique et en particulier des appareils en toile métallique. Il est aussi de la plus grande utilité de s'attaquer aux larves et aux œufs que l'on trouve dans les fosses d'aisances, dans les puisards, fosses à purin, fumiers de toute nature.

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôtel-Dieu : M. le professeur Dieulafoy.

Mal de Bright : grands et petits accidents.

Je vous présente, aujourd'hui, une malade atteinte de rétinite brightique. Le 7 février, cette femme, qui s'était couchée la veille bien portante, se réveille le matin avec un brouillard devant les yeux. Elle essaie de lire : elle distingue bien les lignes, les caractères, mais c'est tout : elle n'arrive à voir que quelques mots. Dans la journée, le brouillard s'accentue, devient plus intense ; la malade aperçoit les gens autour d'elle, mais ne les reconnaît pas. Aucun symptôme cérébral. Remarquez que les troubles sont survenus brusquement et non peu à peu. Au bout de six ou sept jours, la malade entre à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. de Lapersonne, puis dans mon service, où elle est examinée par M. Terrien. Les deux examens faits ici sont similaires, identiques. Même avant toute analyse d'urine, le diagnostic de rétinite brightique a été établi par l'ophtalmoscope. Je vais vous en donner le schéma.

Voici une rétine normale, avec la macula au pôle postérieur, la papille (épanouissement du nerf optique) sur le côté. A l'ophtalmoscope, vous voyez une tache jaunâtre au centre (la macula), une tache blanche, ovalaire (la pa-

pille), puis, des vaisseaux, de nombreuses veines et des artères. Reportez-vous, maintenant, à cette seconde figure représentant l'aspect d'une rétinite brightique. La papille y est «floue», ses bords sont estampés ; elle n'est pas aussi blanche. Et la macula ? Vous trouvez là un pointillé, comme des têtes d'épingles, qui sont des hémorrhagies. Autour de la papille, vous observez deux choses : des plaques blanches et des petits foyers hémorrhagiques. En général, dans la rétinite brightique, les hémorrhagies sont allongées, comme des flammèches, et il existe, autour de la macula, une couronne rayonnante, en éventail. Ce seul examen fait dire d'emblée : rétinite brightique.

Donc, de par l'examen ophtalmoscopique, il est certain que cette femme est atteinte de rétinite brightique. Je ne prononcerai pas le mauvais mot de rétinite albuminurique. Il y a, en effet, nombre de brightiques qui ne sont pas ou ne sont pas encore albuminuriques, et qui ont de la rétinite. Il serait faux de dire que celle-ci est albuminurique.

Revenons en arrière dans l'histoire pathologique de notre malade, et dans son passé brightique en particulier.

Il y a 6 ans, en 1902, à la suite d'un voyage à Marseille, étant bien portante apparemment, cette femme fut prise brusquement d'œdème des pieds, des jambes, avec tendance à l'anasarque, d'oppression, etc. Un médecin, appelé à l'examiner, trouva 5 à 6 grammes d'albumine dans l'urine et institua le régime lacté. Tel a été, nous dit la malade, le début de l'affection. Etait-ce bien réellement le début ? On avait pris, autrefois, un peu trop l'habitude de croire à l'existence des néphrites à début brusque. Certainement, il existe des néphrites aiguës, qui donnent d'emblée de l'œdème et 4, 5 grammes d'albumine, ou plus. Mais, quelles sont ces néphrites ? Plus j'ai étudié la question, plus j'ai vu qu'il s'agissait de néphrites secondaires. Prenons la scarlatine. A côté des néphrites bénignes de la scarlatine, il est des néphrites intenses, éclatant du jour au lendemain. Appelez-les néphrites aiguës, suraiguës, soit, mais elles sont secondaires. Une autre variété de néphrite aiguë est la néphrite syphilitique de la période secondaire. Un individu a eu un chancre. Trois, quatre mois plus tard, il est pris tout à coup d'œdème des membres inférieurs qui tend à devenir de l'anasarque. L'urine est peu abondante, avec 10, 20, 30 grammes d'albumine. Voilà un type aigu, encore secondaire. Pour la fameuse néphrite *a frigore*, je n'oserai pas, même à l'heure actuelle, donner une opinion catégorique. Nous avons été élevés dans cette idée qu'un individu peut faire, à la suite d'un refroidissement, une néphrite. J'ai vu, certes, des cas de ce genre. Je me souviens d'un homme qui, étant descendu une nuit d'hiver dans une courette pour boire de l'eau fraîche, fut pris le lendemain de malaise et 3 jours après d'œdème. On serait bien tenté de mettre de tels accidents sur le compte de la néphrite *a frigore*. Toutefois, quand on discute ces cas, on voit que, parmi ces malades, quelques-uns avaient déjà une tare rénale, le froid ayant seulement été cause occasionnelle d'un épisode aigu. Aussi, à part un petit nombre d'exceptions, je considère la néphrite aiguë comme étant ou secondaire ou un épisode d'une néphrite chronique évoluant sans bruit.

Vous verrez des gens chez lesquels éclatent, un jour, des accidents néphrétiques aigus. Ils se croyaient bien portants et l'épisode aigu leur paraît être le début de la maladie. Vous les questionnez et voici ce qu'ils répondent : depuis quelque temps, 3 mois, 6 mois, 2 ans, ils urinent souvent, peu à la fois, et il leur arrive de se lever la nuit une fois, deux fois pour uriner (pollakiurie) ; ils sont frileux, ont froid aux pieds, aux genoux, sont sensibles au froid et se couvrent beaucoup plus qu'autrefois (cryesthésie) ; leurs doigts deviennent, à certains moments pâles, insensibles (doigt-mort) ; ils ont des crampes pénibles dans les mollets. Sans saigner, à proprement parler, du nez, ils mouchent du sang le matin (épistaxis matutinales) ; ils ont des démangeaisons, des secousses électriques qui les réveillent quand ils commencent à s'endormir. Un seul de ces phénomènes, isolé, n'a pas une signification bien précise ; mais lorsqu'ils sont groupés, réunis à plusieurs, ils constituent un faisceau, un syndrome indiquant le brightisme. Si vous ne les recherchez pas dans les antécédents, vous croyez que la maladie a débuté brusquement, alors qu'elle sommeillait.

Eh bien ! chez notre malade, nous allons retrouver ces petits signes. Ainsi, depuis quelque temps, son urine était claire, abondante. Elle se réveillait la nuit pour uriner et se plaignait de froid aux pieds, aux chevilles. En 1902, au cours de ce brightisme qui somnolait, éclata un épisode aigu. Après 4 mois de traitement, la malade revint à Paris, où elle fut soumise au même régime lacté. Elle finit par s'améliorer, si bien que, il y a 3 ans, elle n'avait plus d'œdèmes et seulement 0 gr. 30 centigr. d'albumine. A cette période, on retrouvait chez elle tous les petits accidents du brightisme. Elle a eu le doigt mort, pâle, insensible, les secousses électriques qui la réveillaient à peine endormie. Ces secousses sont des convulsions urémiques à l'état d'ébauche, de la petite urémie. Elle a eu des crampes, très douloureuses, remontant jusqu'au haut de la cuisse. Et le froid aux chevilles, qu'elle n'arrive jamais à réchauffer. Je ne connais pas de cryesthésie comparable à la cryesthésie brightique. Vous voyez de ces malades venir dans vos cabinets de consultation : ils s'enveloppent de flanelle, de coton, de laine, et, malgré cela, ils ont froid encore !

Il y a six semaines, la malade allait donc mieux — quant aux grands accidents, du moins — lorsqu'est survenu l'épisode oculaire. Elle est arrivée dans le service et nous avons constaté le mal de Bright. Du côté de la poitrine, nous n'avons rien trouvé. A l'auscultation du cœur, on entendait un rythme à trois temps, ou plus exactement deux rythmes à trois temps : un premier, classique, bruit de galop des néphrites, bruit que l'on dit être presque toujours contemporain d'une élévation de tension artérielle. Constatant le bruit de galop, vous pensez que le malade doit avoir certainement une tension artérielle de 21, 22, 23. Eh bien! c'est encore une erreur. La vie consiste à oublier une partie des choses que l'on avait apprises, et c'est ce qu'il y a de plus difficile à obtenir. Lorsque mon maître Potain fit sa communication mémorable à la Société médicale des hôpitaux sur le bruit de galop des néphrites, il signala l'hypertension concomitante de ce bruit. Dans ses conversations, à l'hôpital, il me disait: « Oui, je trouve le plus souvent la tension artérielle élevée avec le bruit de galop, mais ce n'est pas toujours comme cela ». Vous verrez des cas où il n'y a pas bruit de galop, et une tension élevée. Ici, c'est l'opposé : nous avons un bruit de galop, avec une tension de 7 ou 8, de l'hypotension considérable. Et puis, un autre phénomène, quelque chose de pré-systolique est ébauché. Il semble qu'il y a dédoublement du second bruit et rétrécissement mitral.

J'étais donc, mercredi dernier, occupé à examiner la malade. Après avoir constaté le bruit de galop, je recherchais le rythme du rétrécissement mitral. A ce moment, tout à coup, j'entendis à l'auscultation un bruit spécial, de «friture», en même temps qu'apparaissait une vive anhélation. Je me demandai si cette femme n'allait pas faire sous nos yeux un œdème aigu du poumon, ce que j'avais vu déjà une fois dans mon service de l'hôpital Necker. J'auscultai donc attentivement. La malade respirait mal. L'ayant assise sur son lit avec précautions, j'auscultai en arrière. J'entendis une pluie de râles, un bruit de tempête progressif : c'était l'œdème aigu du poumon. Je demandai vite une lancette et pratiquai immédiatement, sans perdre un instant, une saignée de 350 grammes. Au bout de quelques minutes, la respiration devint un peu meilleure. Déjà, 8 à 10 minutes après, les bronches commençaient à se désencombrer, et à 11 h. 1/2, après ma leçon, je trouvai la patiente dans un état satisfaisant. Les râles muqueux, le bruit de tempête, avaient disparu.

Voilà cet œdème brightique suraigu, que vous devez bien connaître. C'est un accident traître, qui peut survenir aussi chez les brightiques n'ayant pas d'autres grands symptômes, pas d'œdèmes. C'est une complication terrible que la saignée faite sans retard peut enrayer. Sinon, elle se termine par une expectoration spumeuse, mousseuse, ou elle entraîne la mort.

Ceci se passait mercredi matin. Le lendemain jeudi, à 5 heures, on vint chercher l'interne de la salle pour cette malade qui se retrouvait dans un état presque analogue (anhélation vive, râles nombreux). Ne voulant pas renouveler à si court intervalle la saignée, on lui appliqua 8 sangsues. Les accidents furent à nouveau conjurés.

En somme, notre malade est une brightique qui a eu de nombreux accidents, grands et petits, du brightisme. Je ne comprends pas les auteurs qui veulent dissocier le mal de Bright, le diviser en néphrite interstitielle, à petit rein, et néphrite parenchymateuse, à gros rein. Certes, il y a des malades dont le mal de Bright revêt la forme de néphrite interstitielle, d'autres la forme de néphrite parenchymateuse. Ce sont des extrêmes. Entre eux se trouvent les cas intermédiaires, les plus nombreux. Quelle que soit la lésion anatomique, il existe un ensemble clinique qui restera : le «mal de Bright».

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

PRATIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE
DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

IV.— Le paragraphe A de l'article 10 du Tarif Dubief ne fournit pas matière à de grands développements ; il y est dit que, en plus de la visite ou de la consultation : l'application de pointes de feu, de cautères, de sangsues, de ventouses, etc., donnera droit à une allocation correspondant au prix d'une visite ou d'une consultation.

Nos notes d'honoraires devront donc porter la mention suivante :

10 Mai 1908 —	Visite	2.50
	Pointes de feu	2.50
		5.00

L'avulsion des dents sans anesthésie, le cathétérisme répété font partie de cette série.

Les séances de massage de la main, ou du pied par le médecin traitant font également partie de ce paragraphe A et donnent droit, elles aussi, à une allocation d'une visite ou d'une consultation.

Rien ne sert de critiquer, mais tout en reconnaissant que nos mandataires et la commission ont fait de leur mieux et bataillé tant qu'ils ont pu pour la logique et la vérité, il faut bien constater que les auteurs du Tarif ont mis bien peu de bonne volonté à les écouter et à évaluer justement les difficultés.

Quoi de plus précieux qu'une main ? De quels soins devrait-on entourer la réparation de cet organe qui est tout pour l'ouvrier. Au lieu de charger cet article, de le rendre rémunérateur, en comparaison du service rendu, on le tarifie au plus bas, pour un peu on l'eût omis, — une main, un pied, c'est peu de chose, ce n'est pas gros......

Certes, il y a des degrés dans les lésions, mais, en général, ces massages de la main et du pied succèdent à des infections qui ont envahi les gaines, uni les os du carpe et du métacarpe et soudé les articulations des doigts.

Mobiliser un poignet n'est pas très difficile, on a un levier qui est la main et la prise permet l'effort. Mais la main.... Que de patience ne faut-il pas pour affranchir l'une après l'autre les raideurs que la douleur du patient empêche de vaincre ; après un doigt il faut prendre l'autre et quand nous avons devant nous un blessé, tout couvert de sueur, la figure convulsée par la souffrance, combien nous faut-il de peine pour achever notre séance qui dure souvent une demi-heure et trois-quarts d'heure même !

Qu'arrive-t-il dans la pratique ? Le médecin se lasse et le blessé aussi ; ce dernier va, vient et se promène, et passe à la compagnie toucher son demi-salaire pendant des semaines et des semaines.

En chemin il est rencontré par l'un et l'autre et peu à peu conduit chez un agent de contentieux qui va faire marcher son affaire. Un beau jour, il nous revient, nous demande un certificat parce qu'on va lui faire avoir une rente, etc, etc. Nous ne le reverrons guère.

A ce mal quel remède ?

J'en vois deux : le premier ce serait de relever un tarif manifestement insuffisant pour un travail qui a une importance de tout premier ordre et faire une distinction entre les cas.

Le second serait d'autoriser la reprise partielle du travail, sans interrompre le demi-salaire, et sans arrêter les soins médicaux.

Que se passe-t-il dans la pratique, en effet ? Nos blessés viennent tous les deux jours pour que nous leur fassions du massage, chaque fois nous gagnons un peu, mais il y aurait avantage à ce que ce gain ne soit pas perdu.

Nous disons bien au patient d'exercer sa main mais il craint le froid et se hâte de l'emmitoufler dans des paquets de ouate que maintiennent des bandes. L'exercice ne sera pas bien grand et la visite prochaine ne nous montrera pas qu'un avantage appréciable a été gagné.

Il faudrait à l'ouvrier un peu de travail à faire, quelques petites occupations qui l'obligeraient à user de son membre blessé.

La loi n'a pas voulu prévoir cette reprise partielle pourtant si moralisatrice et si profitable à tous les intérêts. Mais, j'ai acquis la certitude que les compagnies revenant sur des errements reconnus par elles contraires à leurs intérêts, acceptent maintenant cette ordonnance médicale « de reprise partielle ». Félicitons-nous de cette tendance que nous aurons, peut-être, un jour la satisfaction de voir inscrite dans la loi.

THÉRAPEUTIQUE

Sur un puissant remède des dyspepsies gastro-intestinales,

Par le Dr A. Lorcery

La classification des gastropathies en différents types cliniques repose avant tout sur la prédominance de tel ou tel symptôme fonctionnel. Mais, à côté de ce trouble physiologique essentiel, le clinicien se rend compte qu'il existe un grand nombre de manifestations morbides secondaires qui réclament son intervention. Ce sont des fermentations anormales, causes de météorisme et de toxicité ; ce sont des troubles moteurs avec dilatation stomacale ; une sensibilité particulière de la muqueuse entraînant des crises gastralgiques ; ce sont des vomissements, des troubles intestinaux, et les divers symptômes de l'entérite chronique ; souvent aussi, le médecin doit lutter contre des phénomènes généraux d'intensité variable qui peuvent être la cause de la dyspepsie ou se développer par elle : l'arthritisme, la neurasthénie, l'anémie, la tuberculose.

Ainsi, le traitement des gastropathies doit être à la fois analgésique, digestif, absorbant, laxatif, antifermentescible et tonique, et, la question se pose de savoir comment, *sans fatiguer l'estomac*, le médecin est capable de remplir à la fois ces diverses indications.

Germain Sée a solutionné le problème de la façon suivante : il fit appel au bicarbonate de soude qui, à petite dose, excite la fonction chlorhydrique et à haute dose, la modère ou la neutralise. Il ajouta dans sa formule la magnésie hydratée et le carbonate de chaux précipité, poudres laxatives absorbantes et de saturation, puis, une dose très faible, mais suffisante, de chlorhydrate de cocaïne pour assurer une action analgésique puissante, du lactate de chaux et du citrate de soude pour réaliser l'antisepsie digestive sans nuire à la peptonisation des albuminoïdes, et enfin du phosphate bicalcique, stimulant local et général. Ce remède est appelé en médecine : la poudre Génia.

Il semble, *a priori*, que cette association alcalino-magnésienne et phosphatée n'a rien de particulier pour retenir l'attention du médecin. N'ordonne-t-il pas chaque jour, dans sa pratique, des poudres officinales analogues ? Mais chacun sait que la façon d'ordonner les remèdes, leur posologie, leur association judicieuse, fait varier nettement leur influence curative. Or, la clinique démontre que la poudre Génia exerce sur les dyspepsies des effets modificateurs particulièrement énergiques, plus énergiques même que ceux des substances analogues. Ces résultats s'expliquent par ce fait que les substances de sa constitution ont été dosées et préparées de telle sorte que leurs énergies respectives se complètent et se renforcent.

Depuis plusieurs années, nous utilisons ce remède presque systématiquement dans le traitement des gastropathies. Sa constance d'action nous semble indiscutable, et de plus nous la trouvons sans effets nuisibles pour les organes digestifs.

A notre avis, toutes les manifestations gastropathiques observées par le praticien peuvent se ramener aux quatre types suivants : l'hypochlorhydrie avec ou sans stase gastrique, flatulence et constipation ; l'hyperchlorhydrie passagère ou permanente, caractérisée par des douleurs vives, son vomissement acide, la constipation ou la diarrhée ; la dilatation *primitive* de l'estomac, dilatation protopathique de Bouchard, avec fermentations excessives et phénomènes toxi-infectieux ; enfin la gastrite commune catarrhale.

Dans toutes ces affections, les troubles chimiques, moteurs et douloureux sont directement influencés par la poudre Génia ; de plus, il est bon de savoir que l'état général subit aussi des modifications favorables, permettant d'assurer une amélioration définitive. On sait, en effet, que les goutteux et les arthritiques sont fréquemment atteints de dyspepsie hyposthénique ; or, quand, à ces malades, on ordonne à chaque repas, une cuillerée à café de poudre Génia, dans un peu de vin blanc, on constate d'abord une stimulation des actes digestifs. Le ballonnement disparaît, les renvois et les vomissements ne se produisent plus, la céphalalgie, les congestions de la face, sont de plus en plus rares, la constipation habituelle fait place à des selles normales. Ces résultats sont dus à l'excitation chimique produite par les faibles doses d'alcalin, et aussi aux effets empêchants des substances antiseptiques et absorbantes sur les fermentations anormales. Si l'on cesse ensuite pendant quelques jours la médication, on constate que l'amélioration obtenue persiste. Cela tient non seulement aux changements physiologiques locaux déjà obtenus, mais encore à ce fait que l'état général du malade arthritique ou goutteux a été modifié. Les alcalins, en effet, favorisent les oxydations, et le citrate de soude contenu dans la poudre Génia, en transformant les urates en acide urique, aide à leur élimination.

Dans l'hyperchlorhydrie, même influence locale et générale. Les doses du remède doivent être proportionnées à l'intensité des douleurs. Une à 4 cuillerées à café de poudre Génia prises de demi-heure en demi-heure dans du lait, calment les souffrances, empêchent les vomissements, font disparaître la diarrhée et la constipation.

Bientôt après l'état général s'améliore ; l'amaigrissement s'arrête. Il devient inutile de continuer les fortes doses pour calmer les douleurs. Cela tient, évidemment, aux modifications chimiques réalisées dans l'estomac par les prises journalières du remède, mais cela tient aussi, selon nous, aux transformations favorables, subies par l'organisme. Ces malades sont des nerveux, des neurasthéniques, des affaiblis, et le phosphate de chaux absorbé en même temps que les alcalins est un puissant agent de stimulation nerveuse.

La gastrite catarrhale commune et la gastrite alcoolique se trouvent également fort bien de l'usage de ce remède. Dans le premier cas, une cuillerée à café de poudre Génia à chaque repas, et dans le second, deux cuillerées à café suffisent pour calmer les douleurs et activer la digestion.

Mais c'est surtout dans la dilatation primitive de l'estomac que cette médication exerce des *effets absorbants* et antifermentescibles remarquables. Les douleurs parfois excessives qui accompagnent la digestion, les vomissements, le météorisme, cette tension de l'épigastre et de l'hypocondre disparaissent en quelques minutes après l'absorption d'une ou deux cuillerées à café de poudre alcalino-magnésienne. La stase alimentaire est moins prolongée et la motilité gastrique reparaît. Les troubles toxiques cutanés et cérébraux tels que éruptions, céphalée, sonnolence, s'éloignent ; les malades ressentent un réel bien-être.

En même temps que s'observent ces changements favorables des gastropathies, on remarque une amélioration correspondante des troubles intestinaux. Nous avons déjà signalé la disparition de la diarrhée et de la constipation liées à des perversions fonctionnelles ou organiques de l'estomac, mais parfois ces troubles sont peu marqués et semblent être sous la dépendance d'une lésion intestinale primitive. Il est habituel alors de les voir disparaître, en même temps que cette lésion, sous la seule influence de la poudre Génia. Les douleurs de l'entérite chronique, la constipation opiniâtre avec ses conséquences locales sur les vaisssseaux hémorroïdaux, et générales sur le foie, le rein et le cœur, cèdent à l'absorption journalière, à jeun, d'une à deux cuillerées à café de cette préparation mélangées à un peu d'eau.

Connaissant les remarquables propriétés du lactate de chaux et du citrate de soude sur la digestion gastro-intestinale de l'enfant, nous avons donné la poudre Génia à raison d'une, deux et trois demi-cuillerées à café suivant l'âge, chez les enfants atteints de gastro-entérite. Nous tenons à dire que les résultats obtenus ont été supérieurs à ceux que donnent les remèdes pris en formule magistrale. Les vomissements s'arrêtent, la coloration et l'odeur des selles changent, elles diminuent de fréquence et enfin l'état général des enfants se relève plus vite qu'à l'ordinaire.

En somme, il est utile de savoir que dans le véritable dédale des dyspepsies, où se développent à la fois un grand nombre de phénomènes douloureux, sécrétoires, moteurs, infectieux, le praticien possède en la poudre Génia un moyen puissant et sans dangers de lutter simultanément contre tous ces symptômes et les lésions qui les engendrent. Tout en modifiant l'état général, dont l'influence provocatrice est indiscutable, elle rétablit, d'une façon constante, le fonctionnement régulier du tube digestif ; elle est sans inconvénient à la dose moyenne d'une à quatre cuillerées à café.

Correspondance hebdomadaire
(*Suite*).

1° S'il est exact que les chauffeurs de médecins ne soient pas aptes à bénéficier de la loi de 1898 et par suite, pas libres de choisir leur médecin.

2° Si je puis *décemment*, dans le cas où mon homme ne bénéficierait pas de cette loi, accepter une clause que je ne puis m'empêcher de trouver inconvenante.

Réponse. — Il est exact que le chauffeur du médecin n'est pas garanti par la législation spéciale sur les accidents du travail, qui ne s'applique qu'aux industriels et aux commerçants. Le médecin, en effet, n'est ni industriel, ni commerçant.

Le chauffeur du médecin ne peut donc, par conséquent, bénéficier de l'article de la loi qui réserve aux sinistrés du travail le libre choix de leur médecin.

Mais ce n'est pas une raison pour que, si vous vous assurez, vous soyez contraint d'accepter la clause par laquelle la Compagnie d'assurances ne prendrait à sa charge les soins médicaux donnés à votre chauffeur blessé que s'ils étaient donnés par un médecin autre que vous-même. Nous vous conseillons de maintenir votre refus, d'accepter le remboursement, qui vous est offert, de la somme versée, et de vous adresser à une autre Compagnie qui n'insère pas dans ses polices cette restriction.

Dr R., de St.-M., à *Concours*. — Abonné fidèle au *Concours*, je me permets de vous demander votre avis sur une question qui intéressera probablement une grande partie de nos confrères.

1° En général, une bonne à tout faire dans une maison de médecin est-elle fondée à demander une indemnité et des frais médicaux et pharmaceutiques dans le cas d'un accident survenu à l'occasion de son travail ? Si oui, quelle est la loi sur laquelle cette bonne peut s'appuyer ? A ma connaissance, la loi de 1898 amendée par les lois de 1902 et de 1905 ne se rapporte qu'aux industriels qui tirent bénéfice de leur exploitation. Est-ce sur la loi qui dit que tout dommage doit être réparé par son auteur, même involontaire ?

2° Et, particulièrement, la bonne qui est à mon service, s'étant piqué le doigt en recousant le tablier qu'on lui donne pour protéger ses vêtements sans y être commandée par la maîtresse de la maison, en en étant même dissuadée, et étant, à la suite de cette piqûre, atteinte d'un abcès au doigt, peut-elle prétendre à une indemnité ?

Suite page IX.

Lorsque nous aurons un blessé guéri, c'est-à-dire cicatrisé, pour lequel le massage sera indiqué, conseillons-lui d'aller demander à son patron à faire dans l'atelier quelques petits travaux (pas aux machines, c'est entendu). Les grandes entreprises n'accepteront pas, mais les petites industries où l'ouvrier est connu et apprécié, ne demanderont pas mieux que de voir revenir un homme qui fait défaut.

Les patrons ou les compagnies seront, sans doute, dans l'avenir, amenés à créer des ateliers d'entraînement, où l'ouvrier touchera quelques subsides qui s'ajouteront au demi-salaire.

La mécanothérapie devrait s'orienter dans ce sens et je crois qu'elle y viendra.

A la Compagnie nous écrirons l'avis suivant :

« La blessure de M. X..... est actuellement cicatrisée ; j'estime qu'il tirerait un bénéfice très grand d'une reprise partielle du travail et la date de consolidation ne sera fixée qu'ultérieurement. »

Ceci sauvegarde les droits de l'ouvrier qui ne s'expose plus à être considéré comme guéri s'il est rencontré travaillant par un agent de la compagnie, et la surveillance médicale n'est pas interrompue, non plus d'ailleurs que les honoraires qui en découlent.

Une simple remarque pour terminer. Nos confrères des compagnies qui ont en main des statistiques nombreuses pourraient nous dire si, toutes choses égales d'ailleurs, les traumatismes de la main ayant amené ces raideurs et ces ankyloses guérissent mieux chez les blessés de la campagne que chez ceux de la ville.

La chose ne paraît pas douteuse et je demeure convaincu que le blessé de la campagne, tout en recevant du médecin de son choix soins et conseils, s'occupera dans son logis ou aux travaux du jardin ou des champs.

Ce travail-massage complétera très utilement la mobilisation du docteur et le nombre de visites ainsi que les jours de maladie se trouveront diminués.

La leçon à tirer de ce fait vient confirmer l'utilité de la mesure dont je parlais plus haut : à savoir la reprise partielle du travail et cela par un accord avec la compagnie ou le patron qui ne peuvent que gagner à une moindre rigueur dans l'exécution des lois et règlements.

Pour ces massages des extrémités, on se trouvera bien de bains préalables d'une demi-heure de durée environ. Volontiers je fais ajouter à l'eau un peu de sel ou un nuage de farine de moutarde.

Vaseline ou talc sont utilisés par le médecin au gré de chacun.

Méthodiquement, chaque articulation est *travaillée*, maniée, mobilisée. La peau qui adhère souvent s'assouplira assez vite et la fonction des tendons s'obtiendra petit à petit.

L'homme devra avoir dans sa poche une grosse bille ou une boule à repriser et s'exercer sans cesse à la tenir et à la serrer. Maladroitement d'abord, un peu moins mal ensuite, cet objet sera saisi et maintenu.

La bille ou la boule seront de moins en moins grosses suivant les progrès.

On m'excusera de ces réflexions qui ne cadrent peut-être pas tout à fait avec notre titre, mais il me paraît de plus en plus nécessaire de diffuser certaines idées.

Nous tentons, à cette heure, une campagne d'entente et de bons rapports avec les médecins des compagnies ; ils peuvent beaucoup, s'ils le veulent, et leur intérêt est trop proche du nôtre pour que d'un commun accord nous ne fassions pas tout pour le bien du blessé.

Le voudront-ils ? Pourront-ils le vouloir ?

Nous, du moins, nous y donnons tout notre effort, sans réserves et sans réticences.

(*A suivre.*) Docteur Ch. LEVASSORT.

PRATIQUE MÉDICALE

Fièvre typhoïde sans fièvre.

Le syndrome typhoïde, dans bien des cas, est loin d'être complet et pathognomonique. L'embarras du médecin est parfois très grand au point de vue diagnostic et la variété des formes cliniques de la dothiénentérie est considérable.

Le signe le plus constant est certainement la fièvre et c'est la marche de la température qui permet, à défaut d'autres symptômes, de se rendre compte de la nature de la maladie.

On a pourtant décrit depuis longtemps des fièvres typhoïdes sans fièvre.

Nous n'avons point l'intention de faire une monographie de cette forme, mais seulement de donner quelques observations de notre pratique médicale qui nous ont paru assez typiques sur ce sujet.

OBSERVATION I. — T., 24 ans, bonne constitution et bonne santé antérieure, est atteint le 25 novembre 1885 d'une angine pultacée qui devient phlegmoneuse du côté droit. Cette angine guérit et le rétablissement est complet le 7 décembre.

Le 18 décembre, ce jeune homme est pris de malaises, avec courbature, légers maux de tête.

Le malaise s'accentue les jours suivants. Le 25, il y a des épistaxis pendant quelques jours, du gargouillement illo-cœcal et le 28 apparaissent des taches rosées lenticulaires. La langue est saburrale et un peu rouge, la rate gonflée.

Cet état persiste pendant quatre septénaires. Le pouls n'a jamais dépassé 90 et la température a oscillé entre 37° et 37°4 (axillaire).

Nous avons eu ici tous les symptômes de la fièvre typhoïde moins la fièvre et la gravité des accidents.

Le malade n'a pas eu de délire, naturellement, et ne comprend pas qu'on lui fasse garder le lit, ne se trouvant pas bien malade.

Pourtant il est nécessaire de faire observer un bon régime hygiénique et diététique à ces malades pour ne pas s'exposer à des mécomptes.

La thérapeutique est des plus simples dans ces cas et la méthode expectante est pour ainsi dire de rigueur.

Ce malade n'a été complètement guéri que le 24 janvier 1886.

OBSERVATION II. — R., Marie, est âgée de 45 ans, est d'une bonne constitution et n'a jamais été malade.

Cette femme, à partir du 1er janvier 1886 jusqu'au 27 janvier, a présenté les mêmes phénomènes que le malade précédent, moins les taches rosées. La langue était très légèrement saburrale et il n'y a eu de fièvre à aucun moment. La convalescence a débuté le 27 janvier et la guérison est survenue complète et rapide.

Il y a lieu de noter que ces malades sont très difficiles à soigner, parce qu'ils ne comprennent point qu'on les soumette à un régime et qu'on les oblige à prendre des précautions. Ils sont moins dociles que les malades qui ont du délire.

OBSERVATION III. — B., Pierre, âgé de 46 ans, employé à la compagnie d'Orléans comme mécanicien, tourmenté d'être obligé de suspendre son

travail pour un panaris qui a duré un mois, se trouve pris de malaises, maux de tête, épistaxis, gargouillement de la fosse iliaque droite, taches thoraciques, *sans fièvre*, qui ont duré quatre semaines, suivis d'une convalescence longue de six semaines !

Observation IV. — D., âgé de 40 ans, d'une excellente constitution, n'a jamais été malade.

Le 21 août 1891, cet homme est pris de maux de tête avec courbature, langue saburrale et constipation. Depuis quelques jours, il a perdu l'appétit.

Les jours suivants, il y a du ballonnement du ventre et des gargouillements dans la fosse iliaque droite. La constipation persiste pendant trois semaines, puis les selles deviennent régulières. L'appétit reparaît, mais l'abattement continue. Le 17 septembre, l'état général s'améliore la faiblesse diminue et cet ouvrier peut reprendre son travail le 21 septembre.

Observation V. — L'observation suivante est plus typique que la précédente. Il s'agit d'une fièvre typhoïde sans fièvre, méconnue et à rechutes.

Madame M., âgée de 30 ans, est enceinte d'environ huit mois pour la deuxième fois.

Le 27 août 1896, elle nous raconte qu'elle a de la diarrhée depuis deux ou trois mois !

Nous trouvons l'abdomen ballonné, la langue rouge, effilée, pointue et un peu sèche. Coloration spéciale des garde-robes de la fièvre typhoïde. Pas de taches. Rate volumineuse.

Cet état persiste sans autres symptômes et sans que la température dépasse 37°6 (axillaire) *le soir*.

La malade accouche d'un gros garçon le 10 septembre. A la suite de cet accouchement normal, la malade va mieux, puis nous rappelle vers le 15 septembre. Nous constatons alors que l'abdomen est toujours tendu, qu'il y a du péritonisme, de la diarrhée avec odeur et coloration particulières, que la langue est sèche. Faciès pâle et décoloré. Mouvements fébriles insignifiants.

Cette malade ne suit point les prescriptions diététiques que nous lui imposons et il y a rechute à la moindre infraction alimentaire. Cet état durant depuis si longtemps, avec des alternatives d'amélioration et de rechutes, tend à s'aggraver au commencement d'octobre.

A ce moment, la malade fait de la myocardite, a des tendances syncopales, des malaises, des accès de suffocation, mais la fièvre est de quelques dixièmes seulement et l'appétit n'est pas aboli. Vers le 10 octobre la diarrhée diminue, l'appétit peut être satisfait et réglé, la malade devenant plus docile.

La convalescence s'établit dans les mêmes conditions que dans la fièvre typhoïde ordinaire et la guérison est enfin complète à la fin d'octobre.

Cette observation a quelque analogie avec la fièvre typhoïde à coli-bacilles, prolongée, à rechutes, si fréquente chez les enfants, et dans laquelle la température ne s'élève guère au-dessus de 39° et même reste normale durant certains stades.

Observation VI. — L'observation suivante nous paraît intéressante et plus nette encore que les précédentes.

Le 10 octobre 1904, nous sommes appelé à donner nos soins à M. J. D.., cocher de grande maison, âgé de 31 ans. Pas d'antécédents morbides. Son père et des oncles seraient morts de tumeur de l'estomac et cela le préoccupe.

Nous le trouvons avec un facies pâle, anémique, les lèvres décolorées. Il accuse de violents maux de tête, Un peu d'érythème de la gorge, courbature, 37° axillaire. On diagnostique *grippe*.

Malgré des habitudes d'intempérance, aucun signe objectif au foie.

Du 10 au 17, les maux de tête persistent sans fièvre ; la gorge va bien ; constipation que l'on combat par des lavements.

Les 17, 18, 19 au matin, hémorragies intestinales assez graves qui augmentent la dépression. Pas de prostatite ni d'hémorroïdes internes. Les matières fécales deviennent noires après avoir été jaunes.

Le 18 et le 19, la température a été de 36°5 axillaire le matin et 37°5 le soir, la langue était blanchâtre, plutôt grippale que typhoïde, peu d'enduit. Rate un peu volumineuse.

Le 18 , on découvre une tache rosée lenticulaire douteuse sur l'abdomen et une sur le tronc. Légère et seule épistaxis.

Le 20, consultation avec un confrère local. Nous constatons ce jour cinq ou six taches rosées abdominales et thoraciques bien nettes, et du gargouillement dans la fosse iliaque droite. Température normale.

Nous diagnostiquons une fièvre typhoïde sans fièvre, avec hémorragie intestinale du début ; pronostic réservé, plutôt grave.

Après le 20, plus d'hémorragie ni de maux de tête. La maladie reste apyrétique, et il n'y a plus de gargouillements dans la fosse iliaque.

Vers le 28 les taches rosées ont totalement disparu.

A partir du 28, le malade, qui *ne veut* pas être malade depuis quelques jours, reprend de l'appétit, et sa langue devient normale.

Pourtant le 1er novembre la langue redevient blanchâtre, l'appétit disparaît, le facies est jaune pâle, l'état général mauvais.

Puis tout rentre dans l'ordre le 10 novembre, l'amélioration continue ; et la guérison est complète fin novembre.

Observations VII et VIII. — Au mois de septembre 1888 nous avons soigné M. L... et M. P... qui ont été malades pendant un mois avec tous les phénomènes de la fièvre typhoïde, sauf fièvre : céphalalgie, langue pointue, rouge à l'extrémité et aux bords, tremblotante et blanche à la base ; inappétence, faiblesse, épistaxis légères. Vagues symptômes abdominaux, et taches douteuses.

Dr Courgey (d'Ivry).

NOTES D'HYGIÈNE

Abstinence ou modération ?

(*Suite.*)

La controverse continue. Elle va débuter, cette fois, par une réplique et se terminer par des rallonges.

M. Legrain refuse toute valeur aux expériences que MM. Sapelier, Thibault et Broca communiquèrent à l'Académie de médecine en 1899. Soit ! Nous avons dit nous-même que « nous nous tenions prudemment en deçà » des conclusions de ces auteurs.

M. Legrain désire qu'il ne soit plus fait état des arguments d'autorité, parce que « autorité dit personnalité » et qu'il est, dans le monde des praticiens et dans celui des professeurs, des personnalités imbues du préjugé méridional, c'est-à-dire du préjugé vinique : parce que, surtout certains *debaters*, à la fois propriétaires connus et médecins célèbres, se montreraient dans la question antialcoolique plus volontiers sous l'aspect de

viticulteurs vendeurs de vin que sous celui de médecins prêcheurs de vérité. M. Legrain, qui accepte et cite les témoignages d'auteurs étrangers, repousse ceux d'auteurs français. Cela est grave. Mais enfin, soit !

M. Legrain enfin nous invite avec insistance à commenter et à discuter les expériences de Bénédict et Atwater que nous n'avons fait que mentionner parce qu'elles sont récentes et très connues ; et il triomphe au souvenir de la conférence faite par Atwater au Musée social. A notre tour, nous disons à notre contradicteur : « pardon, pardon, pas si vite ».

Dans les expériences américaines qui furent faites sous les auspices de la *Wesleyan University* et inspirées par le *comité de cinquante*, on a tenu compte — et c'était, quoi qu'on dise, la première fois — de tout ce que peut donner et de ce que donne l'aliment comburé physiologiquement dans l'organisme, la matière vivante, la chaleur, le mouvement, la force en travail et en réserve. Des tableaux récapitutatifs, qui ont été publiés par eux, il résulte que, dans le régime alimentaire de trois hommes valides, on a pu, *sans inconvénient*, remplacer du beurre, des légumes ou autres aliments analogues par de l'eau-de-vie, particulièrement sous forme de vin... Ces remplacements et ces alternances ne dépendent pas de l'état de repos ou de travail ni d'aucune circonstance relative au consommateur. Tout est commandé par le coefficient isodynamique de l'aliment qui reste physiologiquement le même, si la substitution se fait en tenant compte de ses coefficients ; et quand on supprime le vin dans un repas, il *faut le remplacer par quelque chose.*

A moins que M. Legrain n'infirme les dits tableaux insérés, en 1902, dans les *mémoires de l'Association des sciences des Etats-Unis*, nous sommes en droit de conclure qu'un homme *sain* peut boire du cidre ou du vin. Combien de vin, nous demande M. Legrain ? Est-ce 0.75 centil, comme le voulait Duclaux ? Est-ce moins, comme le veulent les modérés anglais ? Est-ce plus, comme le permet Lancereaux ? La réponse est toute simple. C'est selon le degré alcoolique de la boisson fermentée qui, chacun sait, peut varier du simple au double et même au triple.

Quand Bénédict et Atwater entreprirent leurs recherches, ils n'avaient aucune idée préconçue ; ils n'étaient influencés par aucun préjugé ; enfin, ils n'avaient à prendre soin d'aucun intérêt personnel, local ou national. Ils allaient au-devant d'ils ne savaient quelle conclusion, mais ils y allaient en toute indépendance. Par-dessus tout, attelés à un problème physiologique, ils avaient si peu de souci du problème moral qu'est l'antialcoolisme qu'ils travaillaient non seulement pour le *comité de cinquante*, mais au profit également d'une commission nommée par le ministère de l'agriculture et qui avait pour objet l'étude alimentaire des animaux.

Si donc ils en arrivèrent à conclure que les boissons fermentées ont une valeur alimentaire qui les place à côté de l'amidon et du sucre parce que, comme eux, elles contiennent de l'énergie, c'est que, évidemment, leur bonne foi et leur probité scientifique les y obligeaient. Et s'ils n'étaient pas les premiers à proclamer cette vérité, comme le fait remarquer M. Legrain, ils étaient, du moins, les premiers à appuyer des conclusions aussi fermes sur des expériences aussi complètes. D'autre part, les idées de leurs devanciers n'avaient eu d'écho que dans la presse scientifique, tandis que celles des expérimentateurs américains, après avoir été analysées dans les *Annales de l'Institut Pasteur*, furent publiées en raccourci par le *Temps*, au commencement de 1903, et, aussitôt que le grand public, le peuple des fidèles fut admis à pénétrer l'oracle, ce fut dans la chapelle abstinente, un immense cri d'indignation et de colère dont M. Legrain déclare n'avoir pas conservé le souvenir.

Nous n'avons pas oublié quant à nous, qu'ils furent, avec Duclaux par-dessus le marché, abusivement louangés par les vendeurs d'alcool, abusivement traînés sur la claie par les abstinents. Ils ne méritaient ni cet excès d'honneur ni cette indignité. Ils avaient simplement déclaré : l'alcool est un aliment physiologique qui ne change pas les qualités physiologiquement alibiles d'une *ration normale*, celle qui maintient les forces et suffit aux dépenses pendant l'état de santé. Les abstinents, comme des enfants, n'avaient pu voir cette vérité toute nue et ils s'étaient empressés d'opposer à la science leur morale farouche, rendant toute entente impossible.

Pendant que les abstinents bataillaient contre Duclaux et consorts au nom de leurs sentiments, — sentiments respectables, mais qui sont des raisons que la raison ne connaît pas — que faisait-on dans notre temple modérantiste ? Le plus simplement du monde, au nom de la vérité, on conciliait tout : l'hygiène et la santé, l'économie politique et l'agriculture, les mœurs actuelles et la morale éternelle en répétant : « ration normale! ration normale ! Usez, n'abusez pas. Il en est de l'abstinence comme de la continence : l'appétit sexuel peut s'exercer sans mener à la luxure ».

Après cela, qu'Atwater au Musée social, que Duclaux devant les sommations réitérées des abstinents totaux qui voulaient, suivant l'expression de M. Legrain, que satisfaction fût donnée à tout le monde, aient dit que l'alcool — concentré — est un aliment imparfait parce qu'il est souvent impur, peu avantageux parce qu'il est cher, secondaire parce qu'il n'est pas indispensable, dangereux dès qu'on en abuse — et c'est bien là ce qui a été dit par l'un et par l'autre —, il n'en reste pas moins démontré que le cidre, le poiré et le vin — alcools dilués — sont des aliments physiologiques et que dès lors le vin, particulièrement, nous le répétons, avec son fer, ses phosphates, ne soit sans danger quand il est pris modérément par un homme *sain.*

Il est vrai que M. Legrain plaide surtout la cause de l'homme *malade*, d'où un malentendu sur lequel il faut s'expliquer.

Il vient d'être parlé médecine et l'antialcoolisme relève plutôt de la morale. Quand M. Legrain jette dans la balance le poids énorme de ses 8000 observations personnelles d'ivrognes traités par l'abstinence, il ne fait point bouger notre plateau, car notre balance n'est pas la même. Il parle en thérapeute quand nous parlons en hygiéniste. Pourtant, s'il veut — et c'est certainement sa haute pensée — faire de la préservation sociale, il devrait estimer beaucoup plus avantageux le fait de s'intéresser préventivement à l'individu avant la faute que celui de s'adresser curativement à lui après la chute.

C'est la ligne de conduite des modérantistes. Au contraire, les abstinents semblent vouloir se confirmer dans leur dogme tellement élevé qu'il est inaccessible à la masse. La conception particulière qu'ils ont de leur morale les rend exclusivistes à ce point que, médecin, M. Legrain, dans son dernier article, récuse le témoignage de l'économiste Eug. Rostand, qui n'est pas médecin, alors même qu'il ne s'agit que de simples faits d'observation. Décidément, sa tour d'ivoire est étroite et il n'y aura jamais place pour le *profanum vulgus* qui nous intéresse par-dessus tout parce qu'il est le nombre. Il viendra à sa suite une

élite d'abstinents mais il n'aura jamais derrière lui la multitude d'un Pierre l'Ermite.

Que pèsent 8.000 intoxiqués traités par l'abstinence quand ce sont des millions d'hommes sains ou peu atteints qu'il s'agit de garantir du fléau. Sur le compte de ceux-là, d'ailleurs, nous sommes d'accord. Combien on a raison de les traiter à l'eau pure quand on les tient derrière des murs clos et des verrous tirés avec, par surcroît, des infirmiers et des camisoles de force! Nous sommes d'accord et nous l'avons écrit aux pages 120 et suivantes du mémoire qui a amené cette polémique. Mais, les quelques milliers de praticiens disséminés dans les centres ouvriers, chez les pêcheurs du littoral ou dans les milieux ruraux, eux qui ne peuvent imposer la force comme sanction à leurs ordonnances, comment feront-ils pour relever les vaincus de l'ivrognerie? Ils finiront par ne plus s'intéresser à ceux dont la volonté a sombré, dont le sens moral a disparu. Ils jugeront que c'est l'affaire des hospices et des asiles. Leur pouvoir hypothétique de guérisseurs se limitera aux êtres physiquement et moralement affaiblis, qui auront jusque là manqué d'énergie, mais auront conservé leur conscience et leur raison. Et encore ? M. Forel n'a-t-il pas dit combien la tâche est ingrate ? Par contre, leur grande puissance, leur rôle considérable se précisera non plus dans l'effort stérile d'empêcher les vieilles masures embrasées de brûler, mais dans celui autrement fécond qui consistera à préserver les jeunes maisons indemnes. C'est la manière de voir du farouche abstinent Hercod, de Lausanne, qui, sur ce point, a raison, mais s'empresse d'avoir tort dès qu'il envisage les moyens à mettre en œuvre. Il ne faut point reculer devant d'ardentes et grossières erreurs et ne pas craindre de déclarer que le vin et la bière sont des poisons pour l'organisme, disait-il au Congrès international antialcoolique tenu à Paris le 3 avril 1899. C'est admirable !

Pourquoi propager des erreurs qui s'aggravent du fait d'être inutiles, voire nuisibles ? Car il n'est pas vrai que cidre, bière et vin soient des poisons. Il n'est pas vrai que la consommation normale habituelle du cidre et — principalement — du vin mène à l'alcoolisme. Nous l'avons établi ici même par des faits et par des chiffres. Notre contradicteur s'est inscrit en faux. Mais s'il a répliqué que les faits, cités par nous et vérifiés par d'autres, ont été mal observés, il ne leur a opposé qu'une comparaison *qui n'est ni un argument* ni une réfutation ; s'il a prétendu que nos chiffres sont discutables, il ne les a discutés qu'en refusant toute valeur à une statistique officielle, alors que, dans d'autres circonstances, il s'appuie exclusivement sur des statistiques (*Presse médicale*, 1908, nº 9.). Il n'est pas vrai enfin que l'enseignement de la sobriété soit pratiquement plus facile et plus profitable par l'exemple de l'abstinence que par celui de la modération. La preuve en est en nous-même. Sobre avant que ne commence ce débat, nous avions l'autorité d'un homme sobre. Abstinent depuis, non par conviction dogmatique mais par désir de prouver que nous sommes sans parti-pris (il faut avouer que l'effort a été si faible que nous ne nous reconnaissons aucun mérite), nous nous faisons la réputation d'un maniaque donton rit et qu'on n'écoute pas. Si M. Legrain en doute, — nous avons l'hospitalité des premiers Templiers —, qu'il vienne prêcher sa doctrine dans nos milieux pêcheurs et ruraux. Il verra vite qu'il pourra inculquer des idées de modération et qu'il lui sera, par contre, impossible de convertir personne à l'abstinence parce qu'il ne pourra pas dissuader les marins et les agriculteurs de la croyance que les boissons alcooliques réchauffent les uns et donnent de la force aux autres.

Le mieux est donc, s'appuyant sur des vérités démontrées, de faire de l'hygiène préventive et, mesurant toute l'étendue de la tâche, de ne récuser personne et d'accepter tous les concours pour en faire un faisceau. Les abstinents nous repoussent. Nous ne repoussons personne. Nous laissons venir à nous tous les hommes de bonne volonté parce que nous pensons, avec Rochard et avec M. E. Cheysson, que l'alcoolisme n'est pas une question médicale, parce que nous sommes persuadé que si l'on veut faire quelque chose, qui ne pèche ni par la profondeur ni par l'étendue, il est nécessaire de considérer l'antialcoolisme non comme une vertu rébarbative dépendant seulement de notre art, mais comme un aspect ardu de la question sociale qui regarde tout le monde. Nous plaçons au même niveau les louables efforts de M. Latty, archevêque d'Avignon, et la belle initiative du député belge socialiste Van der Velde. Sont-ils médecins, sont-ils abstinents, les économistes, les philanthropes, les architectes qui construisent des maisons ouvrières, les bureaucrates qui marquent d'un signe fatal les taudis malsains, les ingénieurs qui s'attaquent à l'insalubrité des usines et des professions ? Qu'importe, ce sont les ouvriers de la première heure qui est la bonne.

Et ce n'est pas tout. Il ne suffit pas de couper, il faut recoudre. L'antialcoolisme, qui n'est pas une question médicale, qui est une question hygiénique, qui est une question sociale, est aussi une question économique. Il faut donc en dire un mot.

Certain chef socialiste ne put jamais donner la codification de la société qu'il rêve. M. Legrain voudrait-il donner le schéma de celle qu'il nous prépare, car en decrétant, par suite de l'abstinence totale et générale, la disparition complète de la vigne, il amorce la révolution. Il n'espère évidemment pas changer des mœurs qui datent de Noë sans qu'il y ait des désordres ailleurs qu'à Narbonne. Croit-il vraiment, comme l'impriment ses *Annales antialcooliques*, que tous les raisins du monde pourront être mis à sécher ? Pense-t-il que 39.000.000 de Français vont boire du vin sans alcool qui, à moins de jouer sur les mots, n'est pas du vin ? Espère-t-il enfin, comme le souhaitent ses Annales, que la culture des roses va se substituer à celle de la vigne ? Jusqu'à réponse *contraire, nous* admettons plutôt que ses propositions ne sont que de spirituelles boutades. Ou bien alors, ce serait le Paradis terrestre, à condition que l'on arrache les pommiers après les ceps à cause du cidre qui tenterait Adam et des pommes qui tenteraient Eve. Grâce aux abstinents, l'homme ferait l'ange, et quand il fait l'ange, a dit Pascal, il ne tarde guère à faire la bête.

Dr L. Viaud.

HYGIÈNE PUBLIQUE

Le « Fumigator » dans la marine

Après la Guerre c'est la Marine qui se prononce sur la valeur de notre protégé le « Fumigator », comme appareil de désinfection. Nous croyons devoir donner la preuve, par le document ci-dessous, qu'il faut montrer patte blanche d'une façon bien évidente pour obtenir ces *Dignus intrare*.

Rapport sur les expériences de désinfection effectuées au moyen du « Fumigator » à l'hôpital maritime de Lorient.

Par le Docteur DEFRESSINE

Médecin de 1re classe de la marine

Le procédé de désinfection breveté sous le nom de *Fumigator* a été approuvé par le Comité consultatif d'hygiène publique de France et autorisé par décision ministérielle du 9 février 1904, pour la désinfection superficielle, conformément aux dispositions de la loi du 15 février 1902, relative à la protection de la santé publique.

Depuis le mois de juin 1904, l'emploi de ce procédé est autorisé dans la Marine, suivant l'avis du Conseil supérieur de santé, pour « la désinfection des locaux de petites dimensions ».

Par une circulaire du Ministre de la Guerre du 30 avril 1906 (*B.O.*, page 572) il a été rendu réglementaire dans l'armée de terre pour le traitement des « souillures banales ou suspectes des vêtements, coiffures ou chaussures laissés par les hommes libérés, réformés ou changés de corps, ainsi que par les réservistes et les territoriaux ».

Il paraissait indiqué de chercher à en étendre l'usage dans les services hospitaliers de la Marine, et, par une dépêche ministérielle, en date du 18 avril 1907, il a été prescrit au port de Lorient d'effectuer des expériences au moyen de ce même procédé pour la désinfection des « effets des hommes entrant à l'hôpital et des vêtements de malades, etc., ainsi que des couvertures ».

C'est le compte-rendu et l'interprétation des essais entrepris à ce sujet qui font l'objet du présent rapport.

Parmi les procédés de désinfection au moyen d'agents chimiques, le *Fumigator* est un des nombreux qui utilisent les propriétés de l'aldéhyde formique, propriétés établies par nombre de documents parus depuis près de vingt ans que la question est à l'étude. Il est basé sur la production de cette aldéhyde formique gazeuse (CH^2O) par la simple volatilisation d'un de ses polymères, le trioxyméthylène, combinaison de trois molécules CH^2O, corps solide cristallisé, cette volatilisation ayant pour caractère particulier, en l'espèce, d'être obtenue par chauffage direct et en milieu sec et sans pression.

Sa mise en œuvre ne nécessite l'usage d'aucun appareil. La Société qui en détient le brevet livre tout préparés, sous le nom précisément de *Fumigators*, des blocs cylindriques composés d'une cartouche centrale en cuivre renfermant le trioxyméthylène et entourés d'un manchon épais de pâte à combustion lente. La cartouche de trioxyméthylène porte au centre de son extrémité libre un petit orifice obturé par un corps facilement fusible, de la paraffine. Le bloc est disposé dans une griffe à six branches qui sert de support.

Il existe des *Fumigators* de trois dimensions pour répondre aux différents cubages des chambres à désinfection.

Pour l'emploi, il suffit, les objets à désinfecter étant disposés dans le local, toutes ouvertures fermées et fissures hermétiquement closes par des bandes de papier collé, de placer la ou les cartouches nécessaires munies de leur griffe-support, sur le sol même du local. On met le feu à la couronne supérieure de l'enveloppe combustible. Cette enveloppe brûle lentement, sans flamme, ni projection ; l'échauffement du cylindre central se fait graduellement et bientôt, le bouchon de paraffine fondu, le trioxyméthylène volatilisé s'échappe par l'ouverture supérieure en abondantes vapeurs de formaldéhyde formant un nuage blanchâtre opaque qui se répand dans toute la pièce.

Après le temps de contact voulu (le Conseil supérieur d'hygiène de France et l'Instruction du fabricant disent 7 heures), on ouvre et on aère pour faire disparaître les vapeurs très irritantes pour les muqueuses et qui rendent l'atmosphère irrespirable. Au bout de vingt minutes, on peut pénétrer dans la pièce pour les manipulations et y séjourner après quelques heures.

Cinq séries d'expériences ont été effectuées, les 14 juin, 24 juin, 18 juillet, 30 juillet et 13 août, pour la recherche :

a. De la puissance de stérilisation :
1. Superficielle,
2. Sous obstacle et en profondeur, sur :
   α Différents germes en culture ;
   β Des produits pathologiques ;
   γ Du sable et des poussières contaminées ;

b De l'action sur certains métaux et divers tissus, colorés ou non, en usage dans la Marine ;

c. De l'influence sur le nettoyage et le blanchissage consécutifs de matériel souillé soumis à la désinfection.

Les porte-test et les obstacles ont été choisis de façon à rapprocher le plus possible les expériences des conditions de la pratique.

Les germes utilisés provenaient pour la plus grande partie de l'Institut Pasteur de Paris (bacille typhique, coli-bacille, bacille du charbon, bacilles de la dysenterie Shiga et Dopter, Trichophyton lanosum, Microsporon Andouini) ; les autres ont été isolés au laboratoire de bactériologie de Lorient (B. subtilis, staphylocoque, B. diphtérique, B. pyocyanique).

Expérience du 14 juin

Chambre de 36 mètres cubes. Combustion de deux *Fumigators* n° 4 correspondant chacun à un volume à désinfecter de 20 mètres cubes. Durée de contact des vapeurs : 7 heures.

Action de surface. — Des carrés de papier ou de tissu, munis d'un fil de 12 centimètres et préalablement stérilisés, ont été souillés et suspendus, les uns à moitié secs, les autres desséchés, librement à diverses hauteurs, le long d'une ficelle allant obliquement du sol au plafond de la chambre de désinfection. Après l'opération, ils étaient reçus sur place et directement dans des tubes de bouillon neuf par la simple section au ciseau flambé du fil de suspension.

Les résultats ont été les suivants :

A. Bacille d'Eberth, sur flanelle, mis en bouillon peptoné ;

Colibacille, sur drap de capote, mis en bouillon peptoné ;

Staphylocoque, sur toile de chemise, mis en bouillon peptoné ;

B. pyocyanique, sur bonnet de coton, mis en bouillon peptoné ;

B. diphtérique, sur drap de capote, en bouillon Martin ;

B. dysentérique Shiga, sur toile de chemise, en bouillon peptoné ;

Charbon mycélien, sur papier Chardin, en bouillon peptoné ;

Charbon sporulé, sur bonnet de coton, en bouillon peptoné ;

Pus staphylococcique frais, sur papier Chardin, en bouillon peptoné ;

Urine de typhique fraîche, sur toile de chemise, en bouillon peptoné ;

Urine de typhique fraîche, sur papier Chardin, en bouillon peptoné :

Pas de culture après 17 jours.

Selle typhique fraîche, sur toile de chemise, en bouillon peptoné ;

Trouble léger sans Eberth.

Selle typhique fraîche sur papier Chardin, en bouillon peptoné ;

Pas de culture.

B. Des crachats tuberculeux riches en bacilles ont été exposés de la même façon, étendus sur de la toile en couche mince desséchée de 1 millimètre d'épaisseur. Après l'opération, le carré de toile a été trituré dans

de l'eau physiologique et le liquide ainsi obtenu, dans lequel la présence de nombreux bacilles spécifiques a été contrôlée par un Ziehl, a été inoculé sous la peau d'un cobaye à la dose de 1 centimètre cube. *L'animal n'a présenté aucune réaction, et à l'heure actuelle, plus de trois mois après l'expérience, il est encore vivant et bien portant indemne de toute lésion.*

C. Du blanc d'œuf frais, en tube ouvert, sur une hauteur de 5 centimètres, a présenté une modification de la partie supérieure consistant en un anneau opalescent très net de 6 millimètres.

Action sous obstacle. — Comme dispositif, des fonds de boîtes de Pétri enfermés dans une épaisseur de tissu obturant exactement ; dans l'intérieur, un carré de papier filtre, le tout stérilisé.

Tous les germes, déposés à l'état humide sur les porte-test, ont été ensemencés après l'opération en milieu stérile.

D. Bacille d'Eberth, sous toile de chemise ;
Colibacille, sous drap de capote ;
Staphylocoque, sous toile épaisse ;
Bacille dysentérique Shiga, sous drap de capote :
Bacille du charbon mycélien, sous toile à matelas ;
Bacille du charbon sporulé, sous toile de coton ;
Bacille pyocyanique, sous toile de chemise ;
Bacille diphtérique, sous flanelle ;
Pus staphylococcique frais, sous toile à matelas ;
Pas de culture après 17 jours.

Expérience du 24 juin.

Chambre de 36 mètres cubes. Combustion de deux *Fumigators* n° 4. Durée de contact des vapeurs avec les produits en expérience : 7 heures :

G. Du sable tamisé sec stérilisé, en boîtes de Pétri ouvertes, souillé par du B. pyocyanique et du B. dysentérique Dopter en bouillon, *n'a pas cultivé après 20 jours, jusqu'à 1/2 centimètre de profondeur.*

H. Des poussières de salles de malades, tamisées et exposées en boîtes de Pétri ouvertes, n'ont donné que du B. subtilis, en couches de 1, de 3 et de 6 millimètres.

I. Des cultures jeunes de Trichophyton lanosum et de Microsporon Andouini sur gélose sucrée, en voie de développement, *ont été tuées* ; la pousse a été totalement arrêtée et le repiquage en milieu neuf est *resté stérile.*

J. Des crachats tuberculeux ont été remis à nouveau en expérience et exposés directement sur une compresse de gaz stérilisée, un premier échantillon sous une très faible épaisseur et à l'état sec, un second échantillon sous une épaisseur de 2 millimètres et à l'état frais.

Après l'épreuve, le crachat desséché était extrêmement adhérent à la gaze, le crachat frais avait pris un aspect et une consistance caséeux. Triturés dans du bouillon stérile, les deux produits ont été inoculés sous la peau de deux cobayes à la dose de 1/2 centimètre cube, après vérification de la présence de bacilles de Koch dans la matière d'inoculation. Comme dans l'expérience antérieure, le résultat de l'inoculation est resté dans les deux cas, après trois mois d'observation, *absolument négatif.*

L. Des échantillons de tissus colorés en usage dans la Marine ont été exposés à l'air libre, sans modification de la substance colorante (céruléine mordancée au chrome, cochenille, indigo, indigo remonté au santal, garance, alizarine bleue ou noire, jaune de quinoléine, safranine), sans altération du tissu lui-même (draps vert, bleu et écarlate, drap de capote, couvertures, serges, molletons, étamines, toiles, galons de laine).

M. Des fragments de zinc, de cuivre rouge et jaune, d'aluminium, de plomb, d'antimoine, d'étain, des galons d'officier et de sous-officier, des boutons d'uniformes dorés ou en cuivre, des morceaux de cuirs à chaussures, de la peau de gant n'ont subi aucun changement.

Expérience du 18 juillet.

Chambre de 15 mètres cubes. Combustion d'un *Fumigator* n° 4. Durée de contact des vapeurs : 6 heures et demie.

Le but de cet expérience était de compléter les résultats précédemment acquis relativement à l'action sous obstacle, d'obtenir des données graduées, autrement dit de déterminer plus exactement le pouvoir de pénétration de l'antiseptique.

On s'est servi de draps de lit et de couvertures de laine pliés, en déposant entre les plis, sous des épaisseurs progressives, des porte-test souillés contenus dans des sacs de toile.

Le nombre des germes expérimentés a été limité à trois, pour ne pas compliquer les opérations, et les germes ont été choisis de résistance différente, le B. subtilis étant pris comme agent sporulé à grande résistance.

N. Draps de lit	Staphylocoque.	Bacille d'Eberth.
Sous 2 ép^{rs}.	N'a pas cultivé.	N'a pas cultivé.
Sous 4.....	A cultivé après 3 j.	*Idem.*
Sous 6.....	*Idem*.............	*Idem.*

O. Couvertures de laine	Staphylocoque.	B. Subtilis.
Sous 1 épaisseur...	N'a pas cultivé..	A cultivé.
Sous 2 épaisseurs..	A cultivé........	*Idem.*

Les résultats négatifs ont été portés au bout d'un mois d'expérience.

Expérience du 30 juillet.

Chambre de 15 mètres cubes. Combustion d'un *Fumigator* n° 4. Durée de contact des vapeurs : quinze heures.

On se proposait ici de rechercher l'influence sur les résultats d'un contact prolongé des vapeurs de formol avec les matériaux en expérience.

Disposition, sous obstacle progressif, comme dans l'expérience du 18 juillet.

P. Sous draps de lit.

	STAPHYLOCOQUE
Sous 2 épaisseurs	N'a pas cultivé après 25 jours d'observation.
Sous 4................	*Idem.*
Sous 6................	*Idem.*
Sous 8................	A cultivé.

	BACILLE D'ÉBERTH
Sous 8 épaisseurs ...	N'a pas cultivé après 25 jours d'observation.
Sous 12	*Idem.*
Sous 16	*Idem.*
Sous 20	A cultivé.

Q. Sous couverture de laine.

	STAPHYLOCOQUE	B.SUBTILIS,
Sous 1 épaisseur.	0 après 25 jours d'observation.	+ en 36 heures,
Sous 2 épaisseurs (donne du B. subtilis, contamin. accident.)	*Idem.*	*Idem.*
Sous 3 épaisseurs	*Idem*...........	*Idem.*
Sous 4	+ cultures maigres au bout de 3 j.	*Idem.*

Le staphylocoque était du staphylocoque jeune en bouillon dont l'ensemencement direct en milieu neuf donnait des cultures en vingt-quatre heures. De même, le bacille d'Eberth, pris sur un tube de gélose, poussait en milieu neuf dans le même temps.

R. Cinq gouttes de culture en bouillon de staphylocoque, cinq gouttes d'émulsion de culture sur gélose de bacille d'Eberth et un fragment de voile de B. subtilis, exposés sur des verres de montre, ont donné en bouillon les résultats suivants :

Bacille d'Eberth, pas de pousse après vingt jours ;
B. subtilis a cultivé au sixième jour :
Staphylocoque, pas de pousse après vingt jours.

U. On sait que le grand inconvénient des étuves à vapeur surchauffée est de déterminer sur les tissus souillés de pus, de matières fécales et principalement de sang, des taches indélébiles. Le formol n'a pas d'action semblable et la formolisation ne nuit en rien au nettoyage et au blanchissage consécutifs.

Des serviettes de toile, largement maculées de matières fécales, de pus et de sang (trois serviettes pour chaque variété de souillures), ont été exposées ainsi pendant quinze heures aux vapeurs de formol. L'essangeage a pu être opéré dans la suite comme d'habitude et le lessivage a fait disparaître totalement toute trace de souillure.

Expérience du 13 août.

V. Dans une caisse de bois de petite dimension (0m55 × 1 × 0,75 = 0mc.4125) aménagée spécialement pour la désinfection à l'hôpital des objets de faible volume, chaussures, sandales, etc., des cultures en bouillon de dix-huit heures de bacille typhique ont été soumises pendant sept heures au contact des vapeurs de formol dégagées par un *Fumigator* nº 2, indiqué comme pouvant désinfecter 3 mètres cubes.

Les porte-test, renfermés dans des sacs de toile fine, ont été enfouis sous diverses (1, 6, 8, 10 et 14) épaisseurs de drap de lit plié.

Mis en bouillon et après seize jours d'étuve à 36°, aucun tube n'a été troublé, sauf le dixième, qui contenait le porte-test enfoui sous six épaisseurs et qui a donné au cinquième jour une culture très atténuée.

Un fait à signaler en passant, c'est la décomposition incomplète, dans les conditions de cette dernière expérience, du trioxyméthylène contenu dans les *Fumigators* nº 2. Au fond du cylindre central il reste un reliquat non volatilisé sensiblement égal au quart de la masse totale. Insuffisance du manchon combustible extérieur ? Saturation de l'atmosphère par les vapeurs de formol ? (1) Toujours est-il que, de même que l'augmentation de la durée du contact, l'augmentation de la quantité de vapeurs (la caisse ayant reçu une dose de gaz antiseptique qu'on peut estimer de trois à quatre fois supérieure à la dose indiquée comme suffisante) paraît augmenter leur puissance de pénétration.

De l'ensemble des expériences il semble donc résulter que les vapeurs dégagées par le *Fumigator ont une action désinfectante certaine et constante* vis-à-vis des germes en culture, déposés sur des fragments de papier ou de tissus variés (A,I) ou placés en couche mince dans les récipients (R), que ces germes soient à l'état humide ou desséchés, qu'ils soient sporulés ou à l'état mycélien, quand il y a contact immédiat entre eux et l'antiseptique.

Dans ces conditions, le B. subtilis seul n'a pas été détruit, grâce à l'exceptionnelle résistance de ses spores ; encore convient-il de remarquer que sa germination est très sensiblement retardée (R). D'ailleurs ce microbe n'ayant aucun pouvoir pathogène, la question est sans importance au point de vue de la désinfection pratique.

Les crachats tuberculeux ont été complètement stérilisés (B,J) à l'état frais ou à l'état sec, sous des épaisseurs atteignant 2 millimètres, ce qui, dans la pratique, peut répondre aux souillures habituelles des tissus.

Quant au pouvoir de pénétration du gaz désinfectant à travers les obstacles, les expériences montrent qu'il existe, mais qu'il est en général réduit dans le temps minimum d'action. Elles semblent montrer également que ce pouvoir est susceptible de varier dans des limites assez étendues en rapport avec la durée du contact et la dose du désinfectant, les effets restant d'ailleurs comparables pour un même germe et différents suivant la nature des germes.

Un obstacle léger, tel qu'une simple épaisseur de tissu de toile ou de laine, n'empêche pas les microbes, même sporulés, d'être tués (D, O, P, Q,).

Là encore le bacille subtilis fait exception ; sa germination n'est même pas retardée (O, Q,). Dans les mêmes conditions, des matières fécales et des urines de typhiques ont été stérilisées après dessiccation ; à l'état frais, leur pousse en bouillon a seulement subi un retard de trois jours (F).

Après une exposition de 6 heures et demie aux vapeurs désinfectantes (N), le bacille d'Eberth a été tué sous six épaisseurs de drap de lit ; le staphylocoque l'a été jusqu'à deux épaisseurs seulement et sa germination retardée sous quatre épaisseurs.

Avec un temps de contact de sept heures et une dose au moins triplée de vapeurs (V), le bacille d'Eberth a été tué sous quatorze épaisseurs de drap de lit.

Après un temps de contact de quinze heures (P), le bacille d'Eberth a été tué sous seize épaisseurs de drap de lit, le staphylocoque sous six. Sous trois épaisseurs de couvertures de laine, le staphylocoque a été détruit et il n'a donné que des cultures maigres et retardées sous quatre et six épaisseurs. Le B. subtilis a constamment résisté.

CONCLUSIONS.

1° La désinfection par le procédé dit *Fumigator* repose sur les propriétés antiseptiques de l'aldéhyde formique à l'état gazeux. Cette aldéhyde formique gazeuse est obtenue dans l'espèce par volatilisation d'un polymère solide, le trioxyméthylène, chauffé directement, en milieu sec et sans pression ;

2° Le trioxyméthylène volatilisé a une action bactéricide certaine et constante sur des microbes en cultures, frais ou desséchés, à l'état sporulé ou mycélien, exposés immédiatement aux vapeurs. Seul, parmi les germes expérimentés, le Bacillus subtilis, espèce saprophyte, a résisté ;

3° Les crachats tuberculeux, frais ou desséchés, étalés en couche de 2 millimètres, sont stérilisés ;

4° L'action, même directe, sur les germes contenus dans les matières fécales, les urines et le pus, est plus irrégulière et moins complète, principalement pour les matières fécales ;

5° Dans les conditions de temps et de quantité indiquées comme suffisantes, la puissance de pénétration est très réduite. Pour obtenir un résultat positif certain, sur tous les germes même sporulés (le B. subtilis excepté), l'obstacle à traverser ne doit pas dépasser une épaisseur de tissu de toile ou de laine. Certains microbes, de résistance cependant assez grande, tels que le bacille d'Eberth, peuvent être tués plus profondément ;

6° La puissance de pénétration des vapeurs dégagées paraît croître avec la durée de leur contact, de même que par l'augmentation de leur quantité par rapport à un même volume ;

7° La désinfection par le *Fumigator* n'entraîne pas, comme le fait l'étuvage à la vapeur surchauffée, l'inconvénient de rendre indélébiles les taches ou souillures dues au sang, au pus et aux matières fécales. Ces taches ne résistent pas au lavage méthodique ;

8° Elle est absolument inoffensive à l'égard des tissus quels qu'ils soient, colorés ou non (de laine, de coton, de toile, de soie, etc.), usités dans la Marine, de même que vis-à-vis des objets métalliques qui entrent dans la décomposition de l'habillement (boutons d'uniforme, galons) et du cuir ;

9° Les opérations qu'elle comporte ne nécessitent l'emploi d'aucun appareil spécial. Une chambre aménagée à cet effet et fermant hermétiquement suffit ;

10° Ces opérations sont simples, faciles à effectuer et à surveiller et de brièveté relative ;

(1) Volume d'air insuffisant pour la combustion complète.

11° Elles sont d'un prix de revient modéré.

En somme, et pour répondre à la question de la dépêche ministérielle, l'emploi du procédé *Fumigator* paraît pouvoir s'appliquer avec avantage à la désinfection des effets des hommes entrant à l'hôpital et des vêtements de malades, ainsi que des couvertures, sous la condition bien établie que tous les objets à traiter seront séparément étalés ou suspendus, déployés et non empilés.

LA RÉFORME DES ÉTUDES MÉDICALES

La question dentaire.

De toutes les controverses sur la réforme des études dentaires, l'exigence du baccalauréat se dégage avec netteté. Sur ce point, docteurs et chirurgiens-dentistes s'entendent à merveille. Tous le réclament.

Puisque cette réforme dépend uniquement d'une décision du Conseil supérieur de l'Instruction publique, cette assemblée agirait donc sagement en aboutissant le plus tôt possible. Elle exhausserait une profession qui demande à être relevée des basses profondeurs où elle gémit.

Il est regrettable qu'une démarche en ce sens tentée l'année dernière par le syndicat des chirurgiens-dentistes ait manqué son but.

En plus du baccalauréat, une modification au stage pourrait encore se discuter fort utilement.

On sait que ce stage s'accomplit ou plutôt doit s'accomplir dans l'une ou l'autre des trois Ecoles dentaires existantes, c'est-à-dire l'Ecole dentaire de Paris, l'Ecole du docteur Rousseau et l'Ecole Odontotechnique.

Or, l'on sait aussi que ce stage est illusoire, que la grande majorité des élèves s'abstient de toute régularité. Beaucoup n'y paraissent que quatre fois par an, à l'effet d'y verser 100 fr. par inscription trimestrielle.

Eh bien, ceux qui ne mettent pas les pieds à l'Ecole dentaire peuvent se diviser en deux classes : ceux qui fréquentent les services dentaires des hôpitaux et ceux qui ne fréquentent rien du tout.

Nous nous demandons alors pourquoi ces deux sortes d'élèves sont astreints à prendre leurs inscriptions dans une Ecole dentaire ?

Pourquoi la Faculté de médecine n'ouvrirait-elle pas aussi un registre ?

Mais, ces Ecoles dentaires jouissent d'une prérogative exorbitante qui aujourd'hui s'est transformée en monopole irritant ! Sous une apparence de liberté d'enseignement, elles sont en contradiction absolue avec cette liberté ; elles lui sont mêmes hostiles et nuisibles.

En effet, par ce droit d'inscription, les trois Ecoles existantes ont acquis une telle prépondérance au point de vue matériel qu'il devient impossible à tout autre groupement de se former ou à toute initiative privée de se donner libre carrière.

Actuellement, le docteur en médecine qui désire fonder une clinique libre est arrêté par cette considération des Ecoles dentaires. Il se trouve avoir à lutter avec des armes fort inégales contre ces Ecoles soutenues par l'argent des inscriptions, qui dans leurs cliniques soignent à des prix infimes les malades aisés et même riches. Ce dernier fait, leur est sans cesse reproché par le syndicat des chirurgiens-dentistes.

Or, pourquoi donner le droit à la spécialité dentaire d'ouvrir un registre d'inscriptions, alors que ce droit n'existe pour aucune autre spécialité ?

Mais, ces Ecoles dentaires sont de minuscules Facultés à l'esprit étroit et mesquin, où s'érige en maître un pédantisme autocrate et parfois brutal. Elles ne rappellent en rien, par le plus petit côté, notre grande Faculté de médecine.

Au point de vue professoral, il se passe ceci. La majorité des professeurs n'a pas de prestige auprès des élèves. Ceux-ci les dédaignent. Alors les élèves qui ont de l'argent ne paient pas les professeurs en dehors de l'Ecole.

Les élèves qui n'en ont pas s'abstiennent de suivre des cours ou viennent faire du tapage à ceux de leur Ecole.

Et, ils ne sont pas rares les élèves dentaires qui n'ont pas d'argent ; leurs poches se trouvent dégarnies par leurs inscriptions qui sont écrasantes comparativement à celles de la Faculté de médecine.

L'une de ces Ecoles, avec l'argent de ses inscriptions s'offre le luxe d'une revue mensuelle de 50 pages. Il y a un rédacteur en chef, un secrétaire, un comité de collaborateurs. En résumé, le journal se fabrique avec des découpures pratiquées dans tous les journaux de médecine. Les docteurs en médecine dont on pille ainsi les articles ont bien tort de ne point réclamer au coffre-fort de l'Ecole. Entendons-nous, ce ne sont point des extraits d'articles que ce journal publie, mais des articles entiers.

Chaque fois que s'agite la question du rattachement des études dentaires à la Faculté de médecine, une objection est de suite mise en avant : l'enseignement de la prothèse. Cette objection ne peut avoir de l'importance que pour des observateurs superficiels.

Dans son rapport, M. le professeur Lannelongue a pleinement donné dans cette objection. Et il ne pouvait en être autrement. Pour connaître à fond ce qu'est en réalité l'apprentissage de la prothèse dans une Ecole dentaire, il faut y avoir vécu.

Ce n'est pas à l'Ecole qu'un élève dentaire apprend la prothèse, mais chez un mécanicien. La plupart des chirurgiens-dentistes ne connaissent pas, ou du moins très peu la pratique de la prothèse. Sur ce point, ils n'ont rien à envier aux docteurs. Les vrais prothésistes sont ceux qui, dès l'âge de 13 à 14 ans, ont accompli un stage prolongé chez un mécanicien de la ville.

L'étudiant-dentiste n'assiste dans son école qu'à la prise d'empreintes, rien de plus.

L'élève qui veut apprendre à monter une pièce de prothèse, est encore obligé de verser 50 à 100 fr. par trimestre, afin de passer son après-midi au laboratoire de l'Ecole. Et combien sont-ils à fréquenter ce laboratoire ? A peine le 8e des élèves. Et durant les 3 années d'études, combien de temps les plus assidus y passent-ils ? A peine 3 trimestres, en moyenne.

Donc, ils sortent de là incapables de faire une pièce sérieuse. Les rares élèves qui subissent l'examen absolument facultatif de prothèse, prennent le soin de se faire aider par un mécanicien.

La Faculté de médecine n'aurait certes pas de peine à organiser un laboratoire de prothèse dans des conditions bien supérieures aux laboratoires des Ecoles, tout en se contentant des droits bénévolement versés par les Elèves.

Les trois Ecoles dentaires réunies comptent à peu près 800 élèves. Il y a surabondance, pléthore à en faire craquer les murs ; mais, par bonheur le défaut d'assiduité y est remarquable. Bien entendu, on donne les inscriptions quand même et le rendement est bon. Comme affaire commerciale, une Ecole dentaire devient d'un

rapport superbe. Et on espère bien y échapper à l'impôt progressif.

Les 3 Ecoles réunies disposent, pour leurs 800 élèves, à peu près d'une centaine de fauteuils. L'administration des hôpitaux n'aurait pas un bien grand effort pour doter ses salles d'un pareil nombre. Il existe un service dentaire dans 25 hôpitaux. Donc 4 fauteuils par hôpital suffisent pour faire égalité avec les Ecoles.

Ces 4 fauteuils existent déjà dans un certain nombre d'hôpitaux. On en compte même six à Lariboisière et on construit une salle qui pourra en contenir davantage.

M. Mesureur entretient d'excellentes relations avec les Ecoles dentaires. Dernièrement, il s'en fut visiter l'une d'entre elles. Pour le recevoir, on pavoisa, on décora de feuillages et de fleurs, on mit des tapis et on sabla le champagne. M. Mesureur parcourut les salles, mais il ne vit que la surface des choses. On lui dit le moins possible qu'on y faisait de très bonnes affaires. On parla seulement d'un peu d'argent mis de côté. Tous les maux profonds demeurèrent invisibles.

Ceux qui n'ont pas vécu un peu dans une Ecole dentaire, se laissent facilement tromper par les apparences.

M. Mesureur est un homme très estimable et fort intelligent ; mais, sans qu'il s'en soit rendu compte, en adressant les malades des Bureaux de bienfaisance aux Ecoles dentaires, il a quelque peu trahi les droits et les égards dus aux médecins de l'Assistance publique. Il n'avait qu'à ouvrir un concours pour la place d'un médecin-dentiste.

De l'argent ? Oh, il en fallait bien peu pour le début. Combien de malades va-t-il envoyer cette année se faire soigner aux Ecoles ? une centaine tout au plus. Ce chiffre, il est vrai, ira grossissant d'année en année. Mais le service dentaire se trouvait amorcé. Un seul médecin eût largement suffi pour le début. M. Mesureur eût créé, organisé de la sorte un service des plus utiles à la population de Paris, bien plus sérieusement et avec plus de prestige qu'avec les Ecoles dentaires.

Le jour où M. Mesureur est allé visiter une Ecole dentaire, s'il eût pu scruter les pensées profondes, il se fût aperçu de ceci : que le plus grand désir des élèves dentaires était d'être rattachés à la Faculté de médecine par leurs inscriptions et aux hôpitaux, par leur stage. Ce stage dans les hôpitaux, quoique non reconnu, existe déjà en fait pour quelques-uns.

Si la question d'argent était vraiment le seul obstacle, elle pourrait être facilement résolue par les considérations suivantes.

Il existe à Paris à peu près 800 Etudiants dentaires.

Chaque Etudiant verse un droit d'entrée de 100 francs, une inscription trimestrielle de 100 francs.

Ces chiffres totalisés donnent aux Ecoles dentaires une recette annuelle de 350.000 francs.

Oui, 350.000 francs par an.

Et, dans ce chiffre, ne sont pas compris les droits de prothèse, ni les bénéfices retirés des malades payants.

L'éloquence de cette somme donne à réfléchir aux plus prévenus.

On ne peut vraiment pas soutenir que l'argent manquerait à la Faculté de médecine et aux hôpitaux pour l'organisation des études dentaires.

De tout ceci l'on peut tirer ces conclusions : Exiger le doctorat en médecine pour l'exercice de l'art dentaire.

Ce moment ne semblant pas encore venu comme le dit M. le professeur Lannelongue dans son rapport, faire en attendant quelques réformes transitoires urgentes et très faciles.

Par exemple, exiger de suite le baccalauréat pour l'entrée dans les écoles dentaires, puisque sur ce point l'accord est unanime entre docteurs et dentistes.

Permettre aux élèves dentaires de prendre, selon leur choix, leurs inscriptions soit à la Faculté, soit aux Ecoles dentaires.

Rendre valable le stage fait dans les hôpitaux par les élèves dentaires. Cette disposition ne ferait que confirmer un état de fait existant déjà.

Dr P.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

Syndicat des médecins de l'arrondissement de Rambouillet

Notre Assemblée ordinaire de mai a été très peu nombreuse, — mais des plus cordiales.

Nous nous sommes occupés de choses diverses et inégalement importantes.

1° *Deuxième congrès des praticiens à Lille* : Nous déléguons notre confrère Caroli (des Essarts) et nous votons une subvention de vingt francs.

2° Notre Secrétaire nous rend compte de sa conduite.............. vis-à-vis du Comité organisateur d'une fête de la Mutualité.

Le dit Secrétaire était invité, soit en sa qualité de délégué cantonal, soit en tant que membre honoraire de la Mutuelle scolaire. Il était invité à....... souscrire !

Étant donné les circonstances actuelles et notamment l'état général des relations entre les médecins et les S. S. M. cette invitation fut déclinée :

« J'aurais pu, dit le Secrétaire, être invité....
« à souscrire.......... en tant que vieux mem-
« bre honoraire des vieilles S. S. M. locales,
« ou bien, et c'eût été mieux, en tant que mem-
« bre actif de plusieurs S. S. M. inter-médicales. »

« J'aurais dû être invité....... à déjeuner
« .... en ma qualité de vieux médecin trai-
« tant des S. S. M. de X., de Y., de Z., sans
« compter celle des Instituteurs et quelques
« autres. »

« Mais je n'aurais accepté qui si *on* avait
« songé à honorer, en ma personne, le Bureau du
« Syndicat des médecins de l'Arrondissement. »

Mais voilà ! l'état général des relations entre .... (voir ci-dessus) fait que les S. S. M. n'ont point songé à celà !

Approbation !

3° Il est rendu compte d'un avis donné dans les circonstances suivantes :

Notre confrère R. a cédé sa clientèle à notre confrère D. et s'en est allé exercer ailleurs. — Depuis cette cession, notre confrère P. est venu s'installer dans ladite clientèle.

Tous sont gens honorables (et tous syndiqués !)

Récemment R. (le cédant) appelé en consultation dans son ancienne clientèle par P. (le tiers venu), a accepté ; la consultation a eu

lieu, mais l'attention de R. a été appelée sur le côté délicat d'une telle intervention....... à l'égard de D. (acquéreur à titre onéreux).

R. se trouve, en effet, placé dans cette alternative : ou bien il offense injustement P. en refusant de consulter avec lui ; ou bien il manque à son engagement général vis-à-vis de D. « *de lui faciliter la reprise de la clientèle cédée.* »

La réponse fut que R. doit s'excuser ouvertement auprès de P. du refus que lui impose le respect du contrat particulier intervenu entre lui, R., et D. son acquéreur.

Approuvé.

4° Notre confrère Marquet appelle l'attention du Bureau du Syndicat sur un fait particulièrement embarrassant et que voici :

On a nommé percepteur (dans notre arrondissement) un ancien maire — qui est bel et bien Docteur en médecine.

Naturellement notre percepteur-confrère n'a point fait enregistrer son diplôme, ne paye point patente...... mais il exerce la médecine........ à titre gratuit.

Il délivre, notamment, des ordonnances.... que le pharmacien copie sur son livre *ad hoc.*

Sauf preuve contraire, nous pensons qu'il suffira d'une lettre officieuse pour rappeler M. le Percepteur au souci de sa perception......... parce que, dame ! de tels errements ne paraissent point devoir être admis.

En thèse générale, d'ailleurs, le fait de la *gratuité* des soins et conseils donnés ne suffit point pour dispenser un médecin et du dépôt du diplôme (?) et de la patente (?).

(Ici deux points d'interrogation à l'adresse de nos conseils judiciaires).

5° Il est porté à la connaissance de tous les médecins (sans distinction entre syndiqués, non-syndiqués, adhérents à l'A. G. ou non-adhérents) que la Société locale de Seine-et-Oise tiendra son assemblée générale le 14 juin à Juvisy (Hôtel des Deux-Terrasses) et qu'un déjeuner (huit francs par tête) précédera cette assemblée....... et que nos femmes sont instamment priées de venir déjeuner avec nous ce jour-là........ une fois n'est pas coutume !

On vient à Juvisy par la Grande-Ceinture : Versailles-Chantiers 11 h. 7 (voir les correspondances des trains pour ceux des lignes de Dreux et de Rambouillet) ; — par P. L. M. (ligne de Corbeil) — par le P. O. (Paris à Étampes et Paris à Dourdan).

6° Et nous fûmes dîner en chœur et fort gaiement.

Le Secrétaire, J. C.

CORRESPONDANCE

Les gaités de l'Administration.

Mon cher Rédacteur en chef,

La note parue dans le numéro 21 du *Concours*, sur les Gaités de l'Administration mérite, ce me semble, quelques réflexions.

Je me demande vainement de quel droit un Ministre prétend : 1° imposer aux agents ressortissant de son administration tel ou tel médecin à l'exclusion de tel autre ; 2° imposer à ce médecin un tarif quelconque.

S'il s'agit d'accident du travail, la loi le dit formellement, le blessé a le libre choix de son médecin, et il ne perd pas ce droit, je pense, par ce fait qu'il est cantonnier ; s'il s'agit de maladie personne n'a rien à y voir, pas plus le Ministre que le charbonnier du coin.

Quant au tarif, il n'est applicable que *si le blessé a librement choisi son médecin*, et si le patron, en l'espèce le Ministre, a fait ce choix, il n'y a plus de tarif du tout. En cas de maladie, il n'y a même aucune espèce de tarif imposable.

Les Ministres en prennent vraiment à leur aise : ils violent la loi et font abus de pouvoir avec une désinvolture un peu excessive : l'excuse de faire encaisser à l'Etat quatre sous pour la lecture de leurs ukases n'est vraiment pas suffisante.

Ah ça ! Nous avons pourtant au Parlement pas mal de médecins. Ne s'en trouvera-t-il donc jamais un seul qui ait le courage d'interpeller et de rappeler que le respect de la loi, sans parler de celui des convenances, s'impose aux ministres comme à tous ?

Dr N...

REPORTAGE MÉDICAL

Journalistique. — Nous signalons la publication de la *Revue clinique Médico-Chirurgicale « Accidents du Travail »* paraissant le 1er de chaque mois, Directeur-Fondateur, Dr Coureménos. Rédaction et Administration : 136, rue Championnet, Paris. Abonnement : France 5 francs ; Etranger, 6 francs.

Bureaux municipaux d'hygiène. — Sont déclarés vacants les emplois de directeur des bureaux d'Arles (Bouches-du-Rhône). Traitement : 3.500 fr. et de Salies-de-Béarn (Basses-Pyrénées). Traitement : 200 fr. Délai pour présenter la demande expirant le 24 juin 1908.

Faculté et Hôpitaux.

Un cours de médecine opératoire spéciale sur les opérations sur l'appareil génito-urinaire de l'homme commencera le lundi 15 juin sous la direction de M. Gernez, prosecteur.

Le cours aura lieu tous les jours. Les élèves répéteront eux-mêmes les opérations sous la direction du prosecteur. Le nombre des élèves admis à ce cours est limité. Le droit à verser est de 50 francs. S'inscrire au secrétariat (guichet n° 3), de midi à 3 h., les mardis, jeudis et samedis.

M. L. M. Pautrier commencera, le mercredi 10 juin, au laboratoire de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, une série de 12 conférences d'anatomie pathologique générale, élémentaires et pratiques. Les conférences auront lieu les lundis, mercredis et vendredis, de 2 h. à 4 h. Elles seront accompagnées de manipulations pratiques. L'inscription est gratuite, pour les internes des hôpitaux ; un droit de 50 fr. est exigé des autres auditeurs. Nombre d'élèves limité à 15. Se faire inscrire à l'amphithéâtre d'anatomie, 17, rue du Fer-à-Moulin.

M. P. Le Noir, assisté de MM. Jean Camus et A. Courcoux, commencera le 15 juin une série de 12 conférences sur le diagnostic et le traitement des maladies de l'estomac.

Ces conférences auront lieu tous les jours, salle Axenfeld, à 10 h. 1/4. Le cours est gratuit.

Le mercredi à 9 h. : Consultations des maladies du tube digestif.

Sous la direction de MM. Pierre Sébileau et M. L. M. Pautrier, M. Aubertin commencera, le 16 juin, au laboratoire de l'amphithéâtre d'anatomie, une série de 7 conférences sur l'anatomie pathologique du cœur, des vaisseaux et des glandes à sécrétion interne. Le cours aura lieu les mardis, jeudis et samedis, de 2 h. à 4 h. Droit d'inscription de 30 francs. Se faire inscrire 17, rue du Fer-à-Moulin.

Le Directeur-Gérant : Dr **H. JEANNE.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trentième année N° 24 Dimanche 14 JUIN 1908

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Études, dans des articles spéciaux, des inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

IIe Assemblée nationale des Praticiens de France.

Congrès de Lille : 25-28 juin 1908.

Voyage Lille-Bruxelles-Ostende-Londres : 28 juin au 2 juillet 1908.

Dédié à ceux qui n'ont pas encore adhéré au Congrès de Lille.

A l'heure où les 20.000 praticiens de France recevront ce dernier appel du Comité d'organisation, dix jours, quinze jours, au plus, nous sépareront du 25 juin, date de l'ouverture du Congrès de Lille.

Qu'on le sache bien, ce IIe Congrès portera dignement, aussi dignement que celui de Paris, le nom glorieux d' « Assemblée Nationale des Praticiens de France ».

En dépit des pronostics chagrins ou peu clairvoyants, en dépit même de la froideur voulue et du silence de certains organes officiels, le comité peut, dès à présent, affirmer, devant le Corps médical tout entier, qu'il envisage ce proche avenir avec la plus entière et la plus légitime confiance.

Loin de lui la pensée qu'il doive à ses seuls efforts la magnifique moisson d'adhésions qu'il a recueillies ; à côté de lui se sont rangés la Commission permanente du Congrès de Paris, l'Union des Syndicats médicaux de France, la Fédération du Sud-Est, la Fédération du Nord et du Pas-de Calais, l'Association générale des Médecins de France, nombre de Maîtres de Paris, de Lyon, de Lille, de Montpellier, d'Angers, de Tours, de Marseille, d'Alger, etc., etc., et quantité de Syndicats et d'organes professionnels dont les chefs n'ont ménagé ni leur temps ni leur peine, pour l'aider dans sa tâche et lui permettre de la mener à bien.

Grâces soient rendues à ces bons ouvriers de l'heure présente ! S'ils furent aussi, pour la plupart, les bons ouvriers de la première heure, c'est qu'ils ont senti que les praticiens, dignes de ce nom, allaient enfin sortir de leur indifférence et de leur apathie ; c'est qu'il ne leur a pas échappé que le temps de la prudence était venu pour ceux qui fermèrent obstinément l'oreille à des revendications justiciables de la plus simple équité ; c'est qu'ils ont compris qu'à l'individualisme égoïste et débile allait succéder la *puissance corporative*, consciente de ses devoirs, et jalouse de ses droits.

Non, certes, le Congrès de Paris, *ne fut pas* le feu de paille que son explosion soudaine et la brusque ardeur de ses débats a pu faire craindre ou présager ; les praticiens, profondément travaillés par les apôtres du syndicalisme et de la défense professionnelle, s'étonnèrent peut-être de la violence et de l'unanimité des rancunes qu'ils avaient accumulées ; mais ils se rendirent parfaitement compte de ce qu'ils ignoraient d'eux-mêmes : *leur force*. Ils veulent aujourd'hui avoir, dans les questions d'Enseignement et de Médecine sociale, la place prépondérante à laquelle ils ont droit ; cette place, on la leur refuse ou on la leur donne ridiculement secondaire, ils la prendront.

Voilà pourquoi le Congrès de Lille sera un succès.

Lorsque le Comité de Vigilance, émanation du Congrès de l'année dernière, fit connaître à tous la décision qu'il avait prise de provoquer à Lille un second Congrès, cette décision trouva les praticiens encore vibrants de leur victoire, mais déjà recueillis, avertis, prêtant, sans en avoir l'air, l'oreille aux bruits de réformes, attentifs surtout

au silence menaçant que gardait la Commission chargée d'élaborer ces réformes.

Et lorsque parut le rapport Teissier, qui supprimait les « diplômes spéciaux », mais acceptait « des titres spéciaux » ; qui dénonçait le « diplôme supérieur », mais créait dans les Facultés de médecine un « enseignement supérieur » à côté et au-dessus de « l'enseignement professionnel », sans bruit, sans heurts, et, avec un admirable ensemble, ils adhérèrent au Congrès de Lille, qui, disons-le hautement, dans la joie profonde que nous en éprouvons, sera en nombre et en expansion l'égal de celui de Paris !

C'est que nous avons eu le temps de nous organiser ; c'est aussi qu'en prévision de ce qui allait se passer, le Comité de Vigilance nous préparait le terrain ; c'est qu'à aucun moment la plupart des journaux médicaux n'oublièrent de parler de la grande lutte de la veille, d'en signaler les conséquences, d'en noter les effets ; c'est qu'à tout instant les hommes d'énergie qui prennent soin des bulletins syndicaux n'oublièrent de regarder devant eux.

Ainsi, non seulement le Congrès de Paris fut, suivant la forte et heureuse expression de A. Coppens, un arrêt dans la chute, mais il marqua vraiment l'heure du réveil et de l'action.

Donc, la preuve est faite ; le feu de paille est devenu un vaste incendie ; à un Comité de Vigilance succédera un autre Comité de Vigilance ; à un Congrès de Praticiens succèdera un autre Congrès de Praticiens, jusqu'au jour où nos revendications, appuyées de notre force consciente et de notre ferme volonté, balayeront la force de l'inertie et du verbiage pédagogique destinés à nous lasser ou à nous endormir.

Confrères qui n'avez pas encore adhéré à notre Congrès, l'heure n'en est plus aux hésitations ; vous n'avez pas à réfléchir, ni à hausser les épaules en vous disant : « A quoi bon » ? Jamais occasion plus favorable de maintenir vos droits, votre situation, votre avenir, ne vous fut offerte ; voici, en effet, l'heure où la science officielle, créatrice des titres spéciaux, vient de recevoir, dans « l'affaire Jeanne Weber », le plus cruel déni ; l'heure où des praticiens comme vous ont été, malgré leur prudence et leur savoir, l'objet, de la part de cette science, du mépris le plus odieux et de la déconsidération la plus imméritée ; l'heure où les Compagnies d'assurances font des efforts inouis pour vous enlever la liberté du choix par le blessé et vous ramener aux tarifs forfaitaires ; l'heure où par toute la France on lutte pour le relèvement des tarifs de l'Assistance publique ; l'heure où, après la promesse formelle d'un premier ministre votre confrère, vous avez le droit d'espérer que l'obligation de la déclaration des maladies contagieuses sera reportée sur le chef de famille ou d'en demander la rémunération comme l'ont vos confrères anglais ; l'heure enfin de faire rentrer dans le néant les prétentions de ceux qui vous infériorisent afin d'accaparer toutes les fonctions publiques, toutes les expertises et toute l'hygiène sociale et indidividuelle ! *C'est à cette heure, Confrères, que s'ouvrira le Congrès de Lille.*

Et vous hésiteriez un instant à montrer que vous voulez vous protéger contre l'infaillibilité des pontifes ? Que vous voulez, en conservant au doctorat en médecine et son intégralité et son unité, relever le niveau des études médicales ? Arrêter le fonctionnarisme ? Forcer les Compagnies d'assurances à rentrer dans le droit commun ? Diminuer la pléthore médicale pour conserver sa valeur à votre instrument de travail ? Mettre les administrations dans l'obligation de vous payer de vos peines dans l'Assistance médicale gratuite ? Obtenir du législateur de vous conserver votre secret professionnel, le plus sacré de vos devoirs et la plus sûre garantie de votre honneur médical ?

Quelle raison valable avez-vous, si vous ne venez pas au Congrès, de n'y point souscrire ? Pourquoi ne verseriez-vous pas aux mains du Comité d'organisation cette *pièce de cent sous* qu'il réclame de votre solidarité, alors que cette *pièce de cent sous* sera dans ses mains, pour l'avenir, comme la graine que jette le semeur dans les sillons d'où se lèveront des moissons magnifiques ! Avez-vous, en conscience, le droit de vous abstenir et de regarder indifférents les luttes dont vous allez bénéficier ?

Nous ne saurions le croire, et c'est avec le ferme espoir d'être entendus de vous que nous vous disons : « Frères, songez à vos frères ; dans l'œuvre qu'ils ont entreprise, ils ont besoin de votre appui : c'est la confiance en soi qui mène à la victoire et le geste de confiance que vous ferez vers eux doublera la leur, parce que, même éloignés de vous, ils vous sentiront près d'eux dans la bataille ; songez que le Congrès de Lille est une nouvelle étape de la Corporation médicale vers l'affranchissement, vers la liberté, vers la dignité, enfin vers *l'influence sociale indispensable à l'exercice fructueux d'une profession, qui,* bien que la plus noble de toutes, *est la plus ignoblement exploitée contre vous.*

Pour le Comité d'organisation
du Congrès de Lille.

Dr L. Declercq.

LA SEMAINE MÉDICALE

La morphine chez l'enfant au cours des laryngites spasmodiques diphtériques ou autres.

La morphine est encore redoutée de nombreux médecins chez l'enfant. Or, M. le Dr Lesage, de Paris, et après lui, M. le Dr Ausset, de Lille, viennent de démontrer non seulement l'innocuité, mais la remarquable efficacité de ce merveilleux calmant pour les spasmes laryngiens, diphtériques ou autres.

Pour plus de précision, nous citerons textuellement les observations et les réflexions de M. Ausset dans la *Pédiatrie pratique* (6e année, no 10).

« I. — Le 22 janvier dernier au soir, j'étais appelé auprès d'un enfant de seize mois qui, depuis la matinée, avait une toux très rauque, la voix éteinte et un peu de dyspnée. Cet enfant, que j'ai soigné depuis sa naissance pour quelques incidents digestifs sans importance, avait, en outre, de grosses amygdales palatines et des végétations adénoïdes : il s'enrhume avec une extrême facilité.

« Je lui trouve la gorge rouge, mais sans le moindre exsudat ; pas de ganglions cervicaux. Le

nez coule depuis deux jours ; quelques râles sonores de trachéo-bronchite. Peu de fièvre, 37°8. La respiration est bruyante, l'enfant tire très légèrement. L'état général est excellent.

« Il s'agissait d'une crise aiguë de laryngite chez un adénoïdien avec un très léger degré de spasme. La scène clinique était si banale que je crus devoir me borner à des vaporisations balsamiques, des enveloppements très chauds du cou, une potion au benzoate de soude, et des bains chauds.

« Le lendemain matin, pas de changement notable. Mais, dans la soirée du 23, l'enfant, qui allait bien, dont la voix semblait revenir et qui n'avait plus de gêne respiratoire, se mit très violemment en colère, contrarié par sa bonne. A la suite de cette colère, me dit la mère, sa voix s'éteignit tout à fait, sa respiration devint plus rapide, et vers 8 heures du soir on me fait rappeler d'urgence. L'enfant tire très fort, on a, en le voyant et l'entendant, tout à fait l'impression d'un cas de croup ; le tirage sus et sous-sternal est très intense, les lèvres et les extrémités, sans être absolument cyanotiques, n'ont pas leur teinte rosée habituelle.

« Bien que ma conviction soit que l'enfant n'a rien de diphtérique, je fais chercher du sérum de Roux, j'en injecte 20 centimètres cubes, et, en même temps, je pratique une injection hypodermique d'un demi-centigramme de chlorhydrate de morphine. Puis je déclare à la famille que je resterai une partie de la nuit auprès de l'enfant avec mes instruments de tubage que j'avais fait chercher.

« Or, ce tirage intense qui, lorsque je fis mon injection de morphine, durait depuis près de deux heures, et qui s'accentuait et s'aggravait d'instant en instant au point que je m'impatientais à l'égard du pharmacien qui était long à m'envoyer sa morphine, et à l'égard de la personne partie chercher ma boîte de tubage, ce tirage s'amenda avec une surprenante rapidité. Une heure après l'injection, on entendait encore l'enfant tirer, mais c'était à peine comme le tirage de la veille. Je restai auprès du malade jusqu'à 2 heures du matin, A ce moment, le sommeil était absolument calme, toute dyspnée avait disparu, l'injection de morphine avait eu lieu à 9 h. 1/2. L'évolution ultérieure de la maladie fut très simple ; il s'agissait bien, en effet, d'une crise très intense de faux croup, d'une laryngite toute simple, mais qui, j'en suis persuadé, sans la morphine, aurait nécessité le tubage.

« II. — Il s'agit ici d'un cas beaucoup plus grave par la nature du mal, puisque j'avais affaire à une diphtérie associée, suite de rougeole.

« Le 19 mars dernier, je suis appelé chez un de mes petits clients, superbe enfant de 29 mois, atteint de rougeole.

« Rien d'anormal, à signaler pendant les premiers jours. Le 26 mars, l'éruption étant déjà disparue, je trouve l'enfant fiévreux (38°5), la respiration rapide, ayant beaucoup toussé la nuit, ayant la voix voilée, de l'adénite cervicale bilatérale.

« La gorge est très rouge, mais je n'aperçois pas d'exsudat. A l'auscultation, signes banals de bronchite diffuse, râles muqueux abondants, disséminés, à moyennes bulles. Très léger tirage, que j'attribue, ce matin-là, à l'encombrement bronchique.

« Mais, le soir, la scène a beaucoup changé : l'enfant est très dyspnéique, le tirage s'est beaucoup accentué et est devenu très bruyant. Il n'impose évidemment pas, à première vue, un tubage immédiat, mais à voir la progression rapide des accidents, on peut redouter que cette opération sera nécessaire si la thérapeutique n'intervient pas à temps.

« Instruit par mon cas précédent, je pratique une injection d'un demi-centigramme de chlorhydrate de morphine. Puis, comme je soupçonne maintenant la diphtérie, un léger exsudat pha-

FEUILLETON

Une thèse qui vaut mieux que beaucoup d'autres

Du devoir des médecins vis-à-vis les uns des autres et à l'égard de la médecine

Par le Dr Louis Le Cabon,

Si j'avais été, hier encore, jeune étudiant frais émoulu du giron de la Faculté de médecine, j'eusse, comme tant d'autres, fait une contribution directe ou indirecte à l'étude d'une branche quelconque de l'arbre de la science médicale.

Mais, outre que je ne sais rien de nouveau à ajouter à la connaissance de l'art de la médecine qui a conquis et acquis une renommée des plus brillamment méritées, grâce au travail assidu et à l'intelligence des dévoués et savants professeurs de nos Facultés et Ecoles, j'ai cru préférable de faire part au monde médical qui me lira des impressions de ma vie vécue à la campagne, au point de vue du devoir des médecins vis-à-vis les uns des autres, et à l'égard de la médecine.

Si je me suis permis cette excessive liberté, que je prie que l'on me pardonne, c'est que je crois mon petit travail utile, surtout aux jeunes docteurs en médecine, au moment où ils vont embrasser la carrière, livrés à leurs propres idées, à leurs propres forces, qui ne sont encore que de la faiblesse, du moins pour ceux d'entre eux qui n'ont pas été internes, et surtout à leurs propres ressources morales.

Où va-t-il planter sa tente, ce jeune homme qui, aujourd'hui, muni de son bienheureux parchemin, est arrivé au summum de son but ?

Dans le pays qui l'a vu naître ?

L'on a souvent dit que : nul n'est prophète en son pays.

Je suis assez de cet avis.

En effet, il est rare que le nouveau docteur n'ait pas de famille ou de parenté dans l'endroit (commune ou ville) où il a vu le jour, le plus souvent pendant la nuit.

S'il a un père qui y exerce et qui se retire devant lui pour lui faire place, qui a su se conquérir l'estime et la sympathie de la clientèle, qui promènera son fils à travers le monde de ses malades, le lui faisant connaître, lui apprenant pratiquement ce que lui-même, autrefois, a eu de la difficulté à saisir et à comprendre, oh ! alors, il peut prendre tranquillement sa place au soleil de la vie, qui, pour lui, brillera toujours du plus vif éclat.

Il sera choyé, aimé, adulé, caressé ; d'ailleurs comme il ne prend la place de personne, personne ne peut lui en vouloir. Encore enfant, il était le fils de son père ; reçu docteur, il le reste toujours.

Mais si le jeune débutant s'installe dans le pays qui l'a vu naître, s'il vient y augmenter le nombre de ses confrères, qu'il se rende bien compte qu'il est seul contre beaucoup de personnes étrangères à ses intérêts, qui verront et voient déjà de très mauvais œil l'invasion de celui qu'elles considèrent comme un intrus. Ses parents, qui seront quelquefois nombreux, estimeront qu'ils ont le droit d'être soignés pour rien, pour presque rien, ou pour pas grand'chose. Si,

ryngé ayant pu passer inaperçu, je fais une injection de 20 centimètres cubes de sérum de Roux, et je fais un ensemencement de mucosités recueillies dans le fond de la gorge. (L'examen ultérieur a montré qu'il s'agissait de Loeffler à formes moyennes, associé à du streptocoque.)

« A peine une demi-heure après toutes ces manœuvres et l'injection de morphine, l'enfant s'endormait. Il continua à tirer légèrement. Le lendemain, quand je le revis, il avait encore un très léger tirage, mais tout tendait à disparaître, et, de fait, le 28, il restait simplement quelques traces de bronchite. Le petit malade était guéri.

« J'attire tout particulièrement l'attention sur ce dernier cas beaucoup moins bruyant et moins impressionnant que le premier, mais qui, à mon avis, présente un intérêt tout spécial.

« L'examen bactériologique nous a prouvé qu'il s'agissait bien d'un début de croup diphtérique. Or, on sait combien sont habituellement graves les diphtéries post-rubéoliques, et combien il faut être réservé dans les interventions opératoires, dans le tubage, au cours de ces laryngites diphtériques. Dans tous les cas, les complications broncho-pulmonaires au cours des tubages pour ces variétés de diphtéries sont fréquentes, et la discussion qui a eu lieu il y a quelques années à la Société de Pédiatrie a montré combien on doit être prudent dans ces cas-là.

« On conçoit, dès lors, l'importance qu'il y a à éviter de tuber de tels malades. Or, la progression du tirage chez notre enfant devait, à juste titre, nous faire préjuger qu'un tubage serait nécessaire avant que le sérum antidiphtérique ait eu le temps de produire son action.

« Chez notre premier malade, la nécessité du tubage s'imposait de façon imminente, et l'on n'aurait pu prolonger plus longtemps les traitements externes sans intervenir, l'asphyxie étant menaçante. Les cas graves de faux croup ne sont pas rares où l'on a dû opérer.

« L'action bienfaisante de la morphine s'explique naturellement. On sait, en effet, que, dans les laryngites pseudo-membraneuses, le tirage est très rarement produit par l'abondance des exsudats ; il est dû presque toujours au spasme laryngé, à telle enseigne que l'on a, avec raison, proposé d'essayer un simple écouvillonnage laryngé, qui suffit parfois à calmer le spasme et à rendre inutile le tubage. Eh bien ! la morphine, ici, calme le spasme ; son action sur ces petits organismes se profonge très longuement, 6, 7, 8 heures, avec la dose relativement importante pour eux de 1/2 centigramme.

« Chez mes deux malades, je n'ai observé aucun symptôme anormal me montrant une action nocive de l'alcaloïde sur l'état général de l'enfant. M. Lesage, sur les nombreux cas où il l'a employé, n'a jamais observé le moindre inconvénient.

« On peut donc dire que c'est là un procédé simple, pratique et très utile. Je sais bien qu'on a conseillé depuis longtemps d'employer la codéine pour calmer les spasmes laryngés, et je l'ai très longtemps employée. Mais j'avoue n'en avoir jamais éprouvé un bien grand bénéfice, et je n'ai, dans tous les cas, jamais vu de résultats aussi typiques que ceux que M. Lesage a rapportés et que les deux que je viens de relater plus haut. D'autre part, la codéine est un médicament qui doit être manié avec la plus extrême prudence chez l'enfant. Je n'oserai jamais la prescrire à un nourrisson de quelques mois, et M. Lesage affirme qu'il a pu donner la morphine sans inconvénient à des nourrissons. »

---

c'est pour rien, les soins donnés ne seront pas appréciés. Si c'est pour presque rien, pour pas grand chose ou au tarif normal, ce sera souvent trop cher.

Donc, à moins d'être fils ou petit-fils de médecin exerçant actuellement, il est préférable qu'un jeune docteur s'abstienne de bâtir son toit dans le canton qui l'a vu naître ; il y est trop connu et aura trop de peine à effacer les souvenirs du passé ; ses camarades d'école le verront plus facilement tel qu'ils l'ont vu et remarqueront plus difficilement qu'ils ont affaire à un nouvel homme.

A mon sens, le débutant aura intérêt à se fixer dans son département ou dans un autre département circonvoisin. Il ne peut pas s'exiler loin de sa famille ; il ne faut donc pas, s'il a des parents, qu'il aille s'installer dans le Midi, s'il est du Nord.

Mais, qu'il aille ici ou là, il est un devoir auquel il ne doit pas manquer à l'égard de ses confrères ; c'est, son jalon piqué, son dessein de s'arrêter dans tel ou tel endroit bien posé, bien mûri, bien réfléchi, bien pesé, de se mettre, *immédiatement*, en relations amicales avec tous les médecins avec lesquels il sera exposé à avoir des rapports de clientèle. C'est là non seulement un devoir de politesse, mais c'est également un devoir moral ; c'est, surtout, un devoir nécessaire auquel devra se soumettre le jeune débutant dans son intérêt, que ce soit un intérêt de considération ou un intérêt pécuniaire. Sans cela, à peine entré dans la carrière, il est assuré de mordre la poussière.

Le jeune médecin devra donc aller voir tous ses confrères locaux ou voisins, s'excuser presque de troubler un peu leur quiétude, de déranger légèrement leurs habitudes. Cette visite devra être rendue par tous ceux à qui elle aura été faite.

Mais cette première visite ne sera pas la seule ; les médecins devront se revoir une fois par mois, à peu près ; en agissant de cette facon, outre qu'ils auront l'avantage, surtout dans les campagnes où il est difficile de trouver à qui causer, de pouvoir épancher leur âme dans de mutuelles condoléances à l'égard de certains malades, ils auront, en plus, la ressource d'échanger leurs confidences et leurs projets d'avenir ; en tout cas ils deviendront des amis dans le sens que l'on est convenu d'attacher au mot : ami. Ils seront empêchés de se livrer à cette farouche envie, qui, malheureusement, existe chez le médecin (comme dans d'autres professions d'ailleurs), cette *ferox invidia medicorum* qui fait que : si nous nous envions nous-mêmes, si nous sommes jaloux les uns des autres, nous ne nous respecterons pas nous-mêmes et nous y laisserons peu ou prou de l'honorabilité de notre personne et forcément de celle de notre si belle profession, qui n'en peut mais par elle-même, et dont nous faisons les hauts et les bas par notre dignité ou par notre faiblesse morale.

Il est évident que tout homme, quel qu'il soit, doit vivre de sa profession. Il serait plus juste de dire que toute profession doit faire vivre celui qui l'exerce et cela d'autant plus qu'elle est difficile à acquérir, qu'il faut lui sacrifier les plus belles années de sa vie, celles où, au lieu de se pencher sur les souffrances des autres, il serait si bon de jouir soi-même de l'existence de sa propre personne et des exubérances de son printemps.

Depuis bien longtemps, mais surtout depuis une

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Sur l'appendicite chronique

M. RICHELOT fait une communication sur l'appendicite chronique. L'appendicite chronique, dit-il, est une affection qui reste facilement ignorée, car assez souvent, les malades n'ont ni crise, ni signe précis dans la fosse iliaque droite. Elle n'en est pas moins, parfois, la source de troubles nombreux que l'opération arrive à guérir, alors qu'ils résistaient aux autres médications.

L'auteur rapporte les observations de trois malades atteints, depuis plusieurs années, de phénomènes morbides divers, multiples et tenaces : entérite muco-membraneuse, troubles digestifs, douleurs qualifiées de coliques hépatiques, vaginisme même. L'attention ayant été attirée vers l'appendice par des signes d'ailleurs peu caractéristiques, ces trois malades furent opérés et une guérison immédiate de tous les symptômes s'ensuivit.

« Reconnaissons, ajoute M. Richelot, qu'en fait d'actions à distance, l'appendice est capable de tout. Il est aujourd'hui certain que l'appendicite chronique est la cause de troubles abdominaux variés et importants. Sans la voir partout, sans rien exagérer, il faut y penser et s'efforcer de la découvrir par une analyse approfondie ».

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

La ration albuminoïde dans le régime des diabétiques

Tous les cliniciens sont d'accord sur la nécessité de restreindre la ration hydrocarbonée dans le régime des diabétiques. L'étude de la ration albuminoïde a beaucoup moins attiré l'attention. Elle serait cependant importante si l'on s'en rapporte à MM. LINOSSIER et LEMOINE.

L'excès des aliments albuminoïdes exercerait, selon ces auteurs, sur l'évolution de la plupart des diabètes, une influence fâcheuse. Chez certains malades dont le sucre a disparu à la suite d'un traitement approprié, il suffit d'ajouter au régime une quantité modérée d'aliments albuminoïdes pour voir reparaître le sucre dans l'urine. Les matières albuminoïdes peuvent aggraver la glycosurie, soit qu'elles fournissent du glucose dans leur dédoublement intra-organique, soit qu'elles exagèrent le trouble de nutrition mal défini qui conditionne la glycosurie.

Il conviendrait donc, par conséquent, d'étudier le régime d'un diabétique, à la fois au point de vue de sa ration hydrocarbonée et de sa ration globale. La ration abuminoïde offre un intérêt spécial. MM. Linossier et Lemoine conseillent non pas de soumettre tous les diabétiques indistinctement à la restriction des albuminoïdes, mais d'établir le régime de chaque malade individuellement, en tenant compte des particularités de son affection. La réduction de la ration globale amène quelquefois, chez les diabétiques polyphagiques, de l'amaigrissement : cet amaigrissement est momentané et disparaît quand l'organisme s'est habitué à sa nouvelle ration. D'ailleurs, l'obésité n'a rien d'enviable pour le diabétique ; un diabétique obèse peut maigrir sans plus d'inconvénients qu'un homme sain obèse.

M. MARCEL LABBÉ n'accorde pas une aussi grande importance à l'ingestion albumineuse

---

vingtaine d'années environ, il est impossible d'ouvrir un journal de médecine particulière ou générale qui ne nous ouvre des horizons plus ou moins sombres sur l'avenir des médecins et par suite de la médecine ; on nous parle de déontologie nécessaire par suite de l'encombrement de notre profession.

Or il ne nous est pas permis d'oublier que c'est à nous, praticiens, qu'il importe ne ne pas déchoir, afin de ne pas entraîner dans notre chute notre art si noble et si admirable.

Au lieu d'abaisser la médecine par notre misérable égoïsme, cette science qui, exercée par nous avec prudence, pondération et amour de nos semblables, nous fait presque les égaux des Dieux, nous devons nous hisser, nous élever jusqu'à elle. Pour cela il n'est point nécessaire que nous soyons des anges plus ou moins surnaturels ; il suffit, mais il faut, il est urgent que nous nous inspirions de cette admirable maxime qui, à elle seule, contient et inclut toutes les autres : « Ne fais pas à autrui ce que tu ne voudrais pas que l'on te fasse à toi-même ».

On comprend très bien que, pour que cette maxime, qui, à mon sens, renferme toute morale, parce qu'elle exile au plus infini de l'espace tout égoïsme, soit suivie, pour que certains cerveaux en soient pénétrés, il est nécessaire de prendre un bon marteau pour l'y enfoncer, et que cette opération soit faite à moultes reprises et incessamment pendant plusieurs années successives.

Mais pour les adeptes de l'art de guérir qui ont passé leur plus tendre enfance, leur plus robuste adolescence dans des milieux d'où l'égoïsme est forcément banni, à cause du contact quotidien, soit dans les relations de famille, soit dans les écoles, collèges, lycées, facultés, le maillet ne doit plus avoir sa raison d'être, car l'enfoncement doit se faire tout seul, sans douleur et sans la plus légère secousse.

Au moment où le jeune Hippocrate est lancé dans la *vie qu'il a couvée si longtemps, il* est prêt pour la déontologie. S'il veut que ses confrères lui soient compatissants, cela lui sera très facile, car la vieillesse est toujours favorable aux jeunes et saura leur éviter bien des déboires en les aidant de ses conseils ancestraux.

Mais que ce jeune présomptueux veuille, aussitôt entré dans la carrière, faire table rase de tout ce qui existait avant lui, qu'il se croie le seul, l'unique, l'incomparable, qu'il soit ce que l'on a pour habitude d'appeler « un arriviste », il risque fort d'avoir des mécomptes. N'ayant pas un assez vif sentiment de la morale, se figurant que son parchemin lui donne tous les droits et encore d'autres, il sera abandonné de ses confrères qu'il aura dédaignés et sera quelquefois amené à briser la renommée de la médecine dans une louche compromission, dans une strabique promiscuité avec des rabatteurs, avec des personnes avec lesquelles il aura des comptes qu'un honnête homme ne voudrait pas être chargé de vérifier. Il sera conduit à traiter avec les illégaux de la médecine. Je viens de parler des personnes qui exercent illégalement notre profession, ce qui m'amène à causer des syndicats.

(A suivre.)

dans le régime du diabète, du moins dans les diabètes sans dénutrition, qui représentent la majorité des cas observés en clinique. Il ne faut pas, remarque-t-il, exagérer l'intérêt des petites glycosuries transitoires que peut faire apparaître un supplément de viande, chez un diabétique aglycosurique ; on en voit de pareilles se produire sans cause apparente, sans changement de régime, chez ces malades.

Un cas de dextrocardie par attraction.

La dextrocardie par refoulement est banale : on la constate chaque fois que la plèvre gauche se remplit de liquide ou de gaz.

Rare est, au contraire, la dextrocardie par attraction, c'est-à-dire le déplacement du cœur dû aux lésions de la plèvre droite. M. L. GALLIARD en présente un cas, consécutif à un hydropneumothorax droit, dans lequel les battements cardiaques se sentaient et s'entendaient dans les 2e et 3e espaces intercostaux du côté droit Il y avait relativement peu de troubles fonctionnels.

Insuffisance pluriglandulaire des glandes à sécrétion interne

Les glandes à sécrétion interne (corps thyroïde, capsules surrénales, ovaire, testicule, thymus, hypophyse,..) sont actuellement à l'ordre du jour quant à leur rôle physiologique, à leur pathologie, et aux déductions opothérapiques que comporte le connaissance de leurs troubles fonctionnels. Ces glandes peuvent être lésées isolément ou simultanément, ce qui rend la question plus délicate encore.

Une observation de MM. SAINTON et RATHERY est intéressante à ce point de vue. Il s'agit d'une malade qui présenta le tableau clinique du myxœdème et à l'autopsie de laquelle on trouva une atrophie de la plupart des glandes à sécrétion interne, thyroïde, ovaire, surrénale, une destruction complète de l'hypophyse par une tumeur kystique, et une persistance du thymus. Ce fait d'insuffisance pluriglandulaire semble indiquer une sorte de synergie entre toutes les glandes à sécrétion interne.

P. L.

PRATIQUE CHIRURGICALE

Traitement de l'hypertrophie de la prostate

Par J. de FOURMESTRAUX (de Chartres).
Ancien interne en chirurgie des hôpitaux de Paris.

L'hypertrophie de la prostate constitue certainement une des affections qui donnent le plus de mécomptes thérapeutiques au praticien. Il a vu un jour arriver à son cabinet un malade de 60 à 65 ans, qui, bien portant et vigoureux jusque-là, est venu lui raconter que depuis quelques semaines ses mictions avaient augmenté de fréquence dans une proportion qui le désole. Il se lève 4 ou 5 fois la nuit pour uriner, quelquefois plus ; pendant qu'il fait sa toilette le matin, il lui arrive de pisser 2 ou 3 fois avant de vider complètement sa vessie. En dehors de cela, il ne souffre pas et c'est à peine s'il accuse une légère sensation de douleur, ou plutôt de tension périnéale ; le plus souvent, du reste, il pense que très facilement son médecin va le délivrer de cette incommodité.

J'ai eu autrefois un écoulement, je dois avoir un rétrécissement, vous dit-il, et vous allez sans doute me débarrasser, en me passant des bougies. Une sonde béquille passe facilement, il n'y a par trace de sténose uréthrale ; un doigt introduit dans le rectum montre l'existence d'une masse rétro-vésicale plus ou moins volumineuse, il s'agit, chez ce malade, d'une hypertrophie prostatique. Le médecin a fait facilement son diagnostic, mais il sait aussi, hélas ! que dans la plupart des cas, l'hypertrophie de la prostate suit une marche fatale et irréductible qui aboutit à l'infection vésicale et à la cachexie urinaire.

A cette période de troubles de la miction va succéder une période de rétention chronique incomplète, sans distension vésicale, période plus ou moins prolongée, mais qui le plus souvent aboutit au stade de rétention avec distension vésicale, dont la conséquence fatale est la « catheter life » des auteurs anglais : les cathétérismes répétés dans de mauvaises conditions, qui, dans un délai plus ou moins rapide, vont entraîner l'infection vésicale et les désordres de cachexie urinaire septique, à moins qu'une hématurie grave ne précipite le dénouement. Si le médecin détrompe son malade en lui disant qu'il a non un rétrécissement, mais une hypertrophie prostatique, infirmité légère avec laquelle il faut se résigner à vivre, il sait et pense, en réalité, qu'à un moment donné, des complications graves, contre lesquelles il est mal armé, vont surgir.

Le nombre même des procédés thérapeutiques préconisés contre elle montre leur impuissance.

Il semble douteux que le traitement *médical* de l'hypertrophie prostatique ait sur elle une action directe, mais il a cependant une influence très nette sur son évolution et rend la vie supportable aux malades qui acceptent difficilement l'hypothèse d'une intervention chirurgicale, alors qu'ils ne présentent que quelques troubles urinaires. Précautions hygiéniques multiples, vie régulière, exercice modéré et sans fatigue, pas de repas copieux, pas d'alcool, pas de bière, ce sont des prescriptions d'ordre général banal, sur lesquelles on a beaucoup insisté, imbu des théories de Guyon et de Harrisson, qui considéraient l'hypertrophie prostatique comme fonction d'une artério-sclérose localisée ou généralisée. Il est très évident que ces précautions hygiéniques ne peuvent que peu retarder l'évolution de l'adénome prostatique, néoplasie glandulaire dans ses formes anatomiques variables.

La pharmacopée spéciale au traitement de cette affection est très riche : strychnine, antipyrine, hamamélis, extrait glycériné de prostate, ergot de seigle, etc. Il est difficile de savoir si l'emploi de ce dernier agit directement sur l'hypertrophie glandulaire, mais il parait diminuer la congestion pelvienne, et c'est un des médicaments qui soulagent le mieux le malade au début de son affection. Il ne semble pas que le massage ait donné de brillants résultats. Décongestion de la prostate, résorption des infiltrations embryonnaires, dit Albarran ; d'après Motz, ce sont là des résultats peu précis, basés sur des données théoriques et vagues. Hogge aurait employé avec succès l'électro-massage ; il est à souhaiter que l'électrothérapie donne ici de meilleurs résultats qu'en gynécologie, mais c'est là une méthode trop peu employée encore pour qu'on puisse l'apprécier d'une façon impartiale. Le cathétérisme répété de l'urèthre semble être, parmi les procédés palliatifs, le meilleur. Freyer (1) résume ce traitement de la façon suivante : « Lorsque l'hypertrophie de la prostate, dit-il, ne donne lieu à aucun inconvénient, aucun traitement n'est utile ; si pourtant les symptômes d'obstruction sont manifestes, mais que la vessie ne contienne aucune urine

(1) FREYER. — Conférences sur l'hypertrophie de la prostate. Conf. II, p. 19. Traduction de Valcourt.

MATIÈRE MÉDICALE MODERNE

IODOTHÉRAPIE PHYSIOLOGIQUE

Sans vouloir faire ici l'historique de l'iode, dont l'emploi thérapeutique sous la forme empirique d'éponges, de plantes marines, de cresson, etc., remonte aux temps les plus anciens, il nous paraît important de rappeler d'une façon précise les origines de la médication iodée par l'iode combiné aux produits organiques.

Ce n'est que plus de trente années après la découverte de l'iode par le salpêtrier Courtois, en 1812, et son introduction dans la thérapeutique par Coindet, de Genève, en 1820, que nous trouvons une communication de Duroy, en 1844, sur les combinaisons de l iode avec les albuminoïdes, hémoglobine, albumine, lait et gélatine.

Ces premières recherches étaient abandonnées depuis longtemps déjà, lorsque les différents travaux sur le corps thyroïde et la thyroïdine ramenèrent l'attention sur ces composés organiques de l'Iode. Vogel et Czaplewski en 1896, Blum à Francfort, Rohman et Liebrecht à Breslau en 1896 et 1897, Lépinois à Paris, étudièrent les albumines, les caséines et les huiles iodées. C'est à cette même époque (1896) que, le premier en France, M. E. Galbrun réussissait à combiner directement, dans certaines conditions de température et de pression, l'Iode à la Peptone, et trouvait ainsi le Peptoniode (1), véritable produit iodé physiologique se présentant physiquement sous forme de paillettes jaunâtres et brillantes, très hygrométriques et solubles dans l'eau en toute proportion.

Au point de vue chimique, le Peptoniode est un corps complètement stable, de composition déterminée, contenant 16,50 % d iode tellement fixé à la Peptone que l'acide chlorhydrique pur ne peut l'en séparer. Sa solution aqueuse est absolument inaltérable, et ne contient aucune trace d'iode libre.

Au point de vue biologique, le Peptoniode n'est nullement toxique. Le lapin, qui succombe généralement lorsqu'on lui injecte dans les veines quatre centigr. d'iode par kilo d'animal, sous la forme de solution iodo-iodurée, supporte au contraire une dose dix fois supérieure d'iode combiné à la Peptone (2)

Absorbé par la voie buccale, le Peptoniode, ainsi que l'ont démontré les nécropsies faites sur de nombreux animaux, est d'une innocuité absolue sur le tube digestif, et s'absorbe en nature dans l'intestin.

L'Iode existe sous forme albuminoïde dans tous les tissus de l'économie, particulièrement dans le sang et le corps thyroïde, mais dans des proportions infinitésimales. On conçoit alors que l'Iode administré sous forme assimilable, dans des conditions de nature et de dosage se rapprochant le plus de celles de l'Iode contenu dans l'organisme, passe facilement dans la circulation et se fixe sur la *cellule sans produire* d'accidents d'iodisme, véritables accidents d intoxication qui sont dus tant à l'intolérance des voies digestives pour l'excès d'iode libre, qu'à son élimination par le système glandulaire.

Au point de vue thérapeutique, les observations recueillies dans les divers hôpitaux de Paris et les succès constants obtenus par son emploi prouvent que le Peptoniode remplace avantageusement l'iode et les iodures *sous toutes leurs formes et dans toutes leurs* applications.

Sous cette forme physiologique, l'iode est un véritable rénovateur de la cellule; il active la phagocytose et atténue la virulence des germes et des toxines. Vaso-dilatateur énergique, il facilite essentiellement les échanges moléculaires et l'élimination des déchets de la nutrition.

Le Peptoniode s'administre sous la forme de solution titrée, *l'Iodalose*, dans laquelle XX gouttes renferment quatre centigrammes d'iode combiné et agissent comme un gramme d iodure alcalin.

L'utilité de ce nouveau produit, et les résultats obtenus par son emploi, expliquent la faveur que lui accorde le corps médical. Mais nous regrettons que depuis la communication sur la Peptone iodée, faite au *Congrès de médecine* de 1900, par MM. Gilbert et Galbrun, certains fabricants peu scrupuleux de produits similaires aient cherché, tant par leur publicité que par la publication de certains travaux, soi-disant scientifiques, à s'attribuer le mérite d'avoir, les premiers, combiné l'iode avec la peptone. Les moyens employés par eux pour arriver à ce résultat sont d'habiles substitutions de dates et des appellations chimiques se rapportant à d'autres produits et pouvant facilement tromper le lecteur non prévenu.

Aussi sommes-nous heureux de reconnaître ici qu'avant 1896, c'est-à-dire avant la découverte de l'Iodalose par M. E. Galbrun, il n'existait aucune combinaison directe et soluble de l'iode avec la peptone employée en thérapeutique.

(*Journal des Praticiens*).

(1) Formulaire de Dujardin-Beaumetz (édition de 1898, p. 254).
(2) Communication au *XIII*e *Congrès international de Médecine*, Paris, 1900.

Demandes et offres (suite)

N° 84. — On désire vendre costume d'aide-major, comprenant dolman, pantalon, képi, pèlerine. Taille moyenne.

N° 85. — Le docteur Lapeyre, de Meyrueis (Lozère) achèterait de Dion 8 HP 3 vitesses, modèle 1906-07 ou 1908.

N° 86. — A céder pour cause double emploi, une table à speculum *absolument neuve*, bois ciré noir, dessus toile-cuir noire, dossier à élévation, étriers nickelés démontables, etc. A coûté 245 fr. — Prix 100 fr. net.

S'adresser Dr B., rue Constantine, 15, à Elbeuf-sur-Seine.

CORRESPONDANCE HEBDOMADAIRE

Dr A. W. de D., à *Concours*. — Le 30 avril, un ouvrier se présente dans mon cabinet avec un billet de son patron, assuré à la Z... Après examen, ne trouvant pas de lésions extérieures, j'établis ainsi le certificat de constatation : « Le blessé déclare que le 28 avril en soulevant des poids de 50 kilogs, il a ressenti une douleur dans les reins, à droite principalement, diagnostic : lombago ». Remarquez que le bulletin du patron portait « accident du travail, survenu en levant une charge ».

Le 12 mai, la guérison est à peu près complète et j'adresse au patron le certificat habituel. Or, le 16, je reçois de la Compagnie une note dans laquelle elle déclare qu'elle ne prend pas à sa charge les frais médicaux de cet accident qu'elle n'admet pas comme résultant du travail.

J'ai répondu à la Compagnie qui reconnaît si mal le trop de conscience du médecin que je n'avais pas affaire à elle, mais au patron et que je verrais bien s'il me refusait le paiement de mes honoraires.

Dans cette hypothèse très probable, suis-je en droit ? C'est la question que je soumets à votre appréciation éclairée, vous priant de vouloir bien me donner votre avis dans la petite correspondance du journal.

Réponse. — Puisque le patron vous a prié par un billet de donner des soins à son ouvrier blessé, il est responsable de vos honoraires, qu'il y ait eu ou non accident du travail. Vous n'avez donc qu'à lui en réclamer le paiement, et, s'il refuse, à citer l'ouvrier et le patron solidairement devant le juge de paix.

Dr L., de B. (A.-M.) à *Amicale*. — Mon cher confrère, je crois que pas mal de

Suite page X.

résiduelle ou seulement quelques grammes, il y a lieu d'examiner si un traitement est nécessaire et lequel ; dans ces cas, j'ai l'habitude de passer une grosse bougie métallique jusque dans la vessie une fois par semaine et en la laissant en place 10 à 12 minutes, en commençant par le numéro 11 ou le numéro 12 de l'échelle anglaise pour en arriver au numéro 15 ou 16.

«Je partage l'avis de mon collègue R., Harrison sur l'effet utile de ce simple procédé ; cela n'arrête sans doute pas la marche de la maladie, mais l'introduction périodique d'un dilatateur amène la résorption de la glande autour de l'urèthre et maintient la forme circulaire de celui-ci ; on réussit par ces précautions à retarder pendant *une période de temps indéfinie*, la nécessité de recourir au cathétérisme habituel. »

Cette affirmation, dans une bouche aussi autorisée que celle de Freyer, a, selon nous, une importance capitale, et c'est là pour le praticien une ressource précieuse quand son client refusera avec énergie une intervention chirurgicale. Malgré tout cependant, tôt ou tard lassé par ces cathétérismes médicaux répétés, le malade bien souvent se procure une sonde et se cathétérise lui-même dans des conditions telles que l'infection apparaît avec son redoutable cortège de complications. Il est alors de toute nécessité d'intervenir, si l'on ne veut voir le prostatique s'acheminer vers la cachexie urinaire. Quelles ressources la thérapeutique met-elle, à l'heure actuelle, entre les mains du chirurgien ?

Trois interventions palliatives permettent de dériver le cours des urines, ce sont : la cystostomie sus-pubienne, le drainage périnéal, l'anastomose urétro-vésicale, que le méat soit incontinent, ou que, ce qui est, on doit l'avouer exceptionnel, il reste continent, l'opération de Delore fût-elle commandée par une nécessité absolue, fait du malade un infirme et sa vie est aussi pénible que celle de l'opéré auquel on a fait un anus iliaque.

Thomson, Rochet et Durand ont proposé, avec des variantes, la création d'une boutonnière périnéale : c'est, avec un siège différent, tous les inconvénients de la cystostomie sus-pubienne.

En anastomosant la face antérieure de la vessie à l'urèthre, Jaboulay a isolé la prostate en supprimant ainsi la traversée de l'urèthre prostatique. C'est là une intervention hardie, mais bien compliquée et qui semble n'avoir donné que de fâcheux résultats.

On a successivement cherché à obtenir l'atrophie prostatique par des injections intra-parenchymateuses d'iode, de chlorure de zinc ; c'est là, comme l'électrolyse, l'électro-puncture employées aussi par quelques chirurgiens, une méthode aveugle et par conséquent dangereuse.

La castration, double ou simple, la résection des canaux déférents, entraînent une mortalité qui n'est pas négligeable, 18 %, et ne donnent que peu de résultats.

Entre les mains de Bier, la ligature des iliaques internes a donné 3 morts et un échec sur 11 interventions.

Si le chirurgien veut combattre l'hypertrophie prostatique, c'est directement à la prostate qu'il doit s'attaquer : prostatotomie ou prostatectomie. Les premières prostatomies par la voie uréthrale sont dues à Civiale et à Mercier ; elles ne paraissent pas avoir donné de brillants résultats. Avec une grande patience et non moins de conviction, Bottini, de Pavie, pratiqua la prostatotomie galvanique par la voie uréthrale. Comme toutes les prostatotomies, c'est une intervention palliative incomplète et son emploi ne s'est pas généralisé. Elle donnerait, d'après Meyer, 48 % de guérison, 5 % de mortalité.

La prostatotomie périnéale, la prostatotomie suspubienne, constituent, elles aussi, des interventions palliatives, dont les résultats ne sont pas en raison directe des dangers qu'elles entraînent.

La cure radicale de l'hypertrophie prostatique consiste non dans la prostatotomie, mais dans la prostatectomie : dans l'ablation totale de la glande. Alors que les moyens médicaux ont échoué, alors surtout qu'une complication, hémorragie ou infection, apparaît, il faut intervenir et intervenir vite.

Deux voies s'offrent à nous pour aborder la prostate : *la voie sus-pubienne et la voie périnéale.*

La prostatectomie uréthrale par voie périnéale n'a été que rarement pratiquée. La prostatectomie périnéale sans ouverture de la vessie et de l'urèthre semble avoir été faite tout d'abord par Dittel.

Dans ce procédé, on ouvre la fosse ischio-rectale à gauche, repousse le rectum à droite et, sans ouvrir l'urèthre, on excise un coin de tissu glandulaire dans chaque lobe latéral ; c'est là le type des interventions aveugles faites au fond d'un puits, et l'on ne s'étonne pas que Kuster, sur 3 malades opérés par lui, ouvrit 2 fois l'urèthre, alors que le principe de la méthode consiste à le respecter avec soin. Plus compliquée encore nous semble la technique de Nicoll, employée sous réserve de quelques modifications, par Albarran, où l'on pratique l'extirpation sous-capsulaire de la prostate par une double incision périnéale et abdominale.

Proust et Gosset ont proposé enfin d'aborder la glande par voie périnéale en suivant une technique élégante et bien réglée. Une incision bi-ischiatique pré-rectale sur laquelle on branche une incision courbe antéro-postérieure, allant de l'extrémité gauche de l'incision au coccyx, en contournant l'anus, donne plus de jour que les précédentes. Le rectum est séparé de la prostate le plus haut possible ; l'intestin refoulé par un écarteur, on sectionne la glande sur sa partie médiane ainsi que l'urèthre, on enlève les masses latérales et restaure complètement la paroi uréthrale. C'est là certes un procédé très anatomique et très élégant, mais qui doit être réservé aux cas strictement aseptiques ; nous voyons mal en effet cette suture résister à l'action d'une urine infectée, or, combien peu de prostatiques le médecin pourra-t-il adresser au chirurgien avant le stade d'infection vésicale ?..

Tous ces procédés d'abord de la glande par voie périnéale sont, nous semble-t-il, susceptibles du même reproche. Le long tracé d'incision de Proust-Gosset, nous l'avons répété plusieurs fois sur le cadavre, ne nous donne qu'un jour relatif sur la base de la vessie, la zone du trigone ; les écarteurs, les désenclaveurs les plus ingénieux ne donnent que peu de jour et l'hémostase est souvent pénible. Nous avons gardé contre ces interventions périnéales une certaine prévention à cause du fait suivant, qui a laissé dans notre esprit un souvenir pénible. Alors que nous étions interne a Necker, nous fûmes amené, un jour de garde, à donner nos soins à un prostatique qui, le matin même, dans le service du professeur Guyon alors suppléé par un agrégé, avait été opéré par la voie périnéale. L'opéré, nous dit la surveillante qui nous demandait, saignait et avait traversé son pansement. Il avait traversé non seulement son pansement mais le matelas de son lit, et c'est avec une peine extrême, qu'avec une longue pince utérine, nous pûmes assurer l'hémostase d'un vaisseau dont la ligature avait lâché et qui donnait tout au fond de cette plaie cratériforme.

Telle est donc cette première voie d'abord de la

prostate. Nous ne voulons pas de nouveau faire son procès, mais il nous semble que chaque jour elle perd du terrain et que la plupart des chirurgiens lui préfèrent aujourd'hui la voie sus-pubienne.

Amussat aurait, le premier, enlevé une partie de la prostate par voie sus-pubienne au cours d'une taille pour calcul ; mais, totale ou partielle, pendant de longues années la prostatectomie par cette voie est peu pratiquée, et dans un travail assez récent (1900), Albarran signale la possibilité de récidive dans les prostatectomies par la voie haute, et il n'en veut de meilleur exemple qu'un malade auquel il avait, par ce procédé, enlevé un lobe médian saillant et qui ne présenta qu'une amélioration passagère. Il semble que le traitement chirurgical de cette affection soit entré dans une phase nouvelle, depuis les travaux de Freyer et de Fuller. La substitution de la théorie de l'adénome prostatique aux théories inflammatoires et à l'hypothèse de l'artériosclérose entraînait logiquement, comme suite, que le seul traitement de l'hypertrophie prostatique était son ablation totale. En novembre 1900, devant le *Medical Graduates College*, Freyer présente une série de malades guéris par son procédé de l'énucléation totale de la prostate dans sa capsule par la voie sus-pubienne. Sa technique rapide et brillante, qui a le gros avantage de n'entraîner que peu de shock opératoire chez des gens âgés et souvent profondément infectés, semble, à l'heure actuelle, la meilleure arme que nous ayons entre les mains pour lutter contre l'hypertrophie de la prostate et ses graves complications.

L'énucléation totale de Freyer est en tous points différente des prostatectomies partielles par voie sus-pubienne pratiquées par Belfield en Amérique et Mac Gill en Angleterre.

La technique opératoire en est simple, l'appareil instrumental peu compliqué et cette intervention nous semble à la portée de tout chirurgien ayant un peu de sang-froid.

Avant l'intervention, la vessie est désinfectée dans la mesure du possible et distendue avec une solution boriquée ; une sonde béquille de fort volume introduite dans l'urèthre, on trace une incision sus-pubienne de 6 à 9 cent.

Le péritoine est repoussé en haut et la vessie apparaît au fond de la plaie tendue et de couleur blanc pâle avec les veines larges et sinueuses qui serpentent à sa périphérie. Ouverture vésicale de 3 à 4 centimètres ; avant de ressortir le bistouri, l'indicateur est introduit dans la vessie pour empêcher dans la mesure du possible l'issue du liquide précédemment injecté, et permet une exploration facile de toute la cavité et l'ablation des calculs phosphatiques s'il en existe. A ce moment, l'index de l'autre main est introduit dans le rectum pour repousser la prostate en avant, c'est donc avec le seul index de la main droite que va être achevée l'intervention. Ce doigt va agir seul ou presque seul. Avec une sonde cannelée ou mieux avec l'ongle, on déchire la muqueuse de l'un des lobes latéraux ou du lobe médian ; la muqueuse traversée, on atteint la capsule vraie de la prostate. En maintenant la pointe du doigt en contact intime avec cette capsule on trouve son plan de clivage qu'on suit facilement et qui permet de détacher la glande et de l'énucléer. Le doigt, en même temps, par des mouvements circulaires en avant et sur la face interne de chacun des lobes, détache le lobe correspondant de l'urèthre si on veut le respecter. La face inférieure est désinserée au niveau du ligament triangulaire. La prostate, libre maintenant dans la vessie, est attirée à l'extérieur, soit avec le doigt, soit avec une pince. Lorsque les lobes sont amenés l'un après l'autre, les canaux éjaculateurs peuvent ne pas être intéressés ; quand la prostate est enlevée en totalité ils sont généralement lésés. Dans la grande majorité des cas, il est illusoire de chercher à respecter l'urèthre et c'est perdre un temps précieux et compliquer les manœuvres opératoires que de tenter de le conserver. L'hémorragie opératoire est insignifiante. Après l'énucléation de la glande hors de la vessie, l'intervention peut être considérée comme terminée. L'index de la main droite est de nouveau introduit dans la vessie tandis que celui de la main gauche reste dans le rectum ; les surfaces de la loge prostatique sont comprimées par la pulpe du doigt, en accolant l'une contre l'autre les surfaces opposées de cette cavité on diminue son volume et le suintement sanguin s'arrête.

Une irrigation boriquée peu prolongée achève l'hémostase.

Le drainage a une importance capitale. Un drain de 2 centimètres 1/2 de diamètre et échancré par deux ouvertures larges au niveau de son extrémité vésicale est introduit dans la vessie, mais il ne doit pénétrer que de 2 centimètres environ à l'intérieur de la cavité, juste assez par conséquent pour que ses 2 orifices inférieurs y affleurent. Il ne doit à aucun prix pénétrer dans la loge prostatique et empêcher par son contact l'accollement des feuillets de la cavité néoformée.

L'incision vésicale n'excède pas 3 centimètres, et les lèvres de la plaie vont prendre contact immédiat avec le drain, si bien qu'il est inutile de faire de suture et l'urine s'écoule librement à l'extérieur. Trois crins de Florence pénétrant profondément dans les muscles droits réunissent les bords de la plaie pariétale.

Il est de toute importance que, pendant les premiers jours, le drainage s'effectue d'une façon parfaite, le pansement est renouvelé toutes les 4 heures, la vessie irriguée une fois par jour. Freyer enlève son drain vers le 4e jour ; c'est à ce moment seulement que l'on doit faire des lavages vésicaux par l'urèthre.

Telle est la technique de cette intervention hardie et séduisante, dont l'idée première appartient à Freyer, pour les uns, à Fuller, pour les autres. Freyer réunit le chiffre de 312 ablations prostatiques avec seulement 22 morts, c'est là évidemment une statistique très belle si l'on considère le résultat fonctionnel obtenu, l'âge des malades, les conditions opératoires mauvaises. Cette méthode, très combattue par quelques auteurs, a en revanche rallié des partisans enthousiastes, et un opéré du chirurgien anglais, notre confrère de Valcourt, prostatique et calculeux depuis de nombreuses années, rapporte son observation personnelle et écrit que « depuis son intervention, la miction est devenue normale, que « c'est là pour lui une nouvelle vie ». A la Société de Chirurgie, quelques observations ont été présentées, il semble que la mortalité globale des chirurgiens français soit supérieure à celle de l'auteur de la méthode, peut être faut-il incriminer seulement un défaut de technique opératoire surtout dans les soins consécutifs à l'intervention.

Nous avons pu personnellement constater sur plusieurs malades opérés par ce procédé un résultat fonctionnel véritablement excellent.

Il nous semble que de l'étude comparative de ces deux voies d'abord de la prostate, voie haute et voie basse, sus-pubienne et périnéale, on retire l'impression de la grande supériorité de la première méthode sur la seconde. La prostatectomie périnéale est, certes, une intervention préférable aux opérations dites palliatives, castration, ligature des iliaques internes, etc., la méthode de

Bottini ; elle est inférieure à la prostatectomie sus-pubienne.

Nous croyons qu'à l'heure actuelle, le praticien qui a entre les mains le sort d'un prostatique peut, s'il est à même de le suivre avec attention, pendant *un temps indéfini* (c'est la propre expression de Freyer qu'on ne saurait accuser de timidité opératoire), retarder l'évolution de son affection par un traitement médical approprié (cathétérismes répétés et aseptiques, massages, lavements froids, ergot de seigle, etc.).

Le jour où, pour une raison quelconque, une infection vésicale même légère fait son apparition, le prostatique relève du chirurgien. Mieux armé qu'autrefois, ce dernier a entre les mains une intervention simple et bien réglée : l'énucléation totale de la prostate dans sa loge par la voie sus-pubienne ou prostatectomie transvésicale de Freyer.

Chartres, juin 1908.

PRATIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE
DANS LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

V.— Le paragraphe B de l'article 10 comprend une série de 16 interventions qui donnent droit à une allocation correspondant au prix de deux visites ou consultations ; il y a toutefois un correctif à ces dispositions et qui est relatif au cumul des interventions.

Lorsqu'à la suite d'un écrasement (c'est le cas le plus commun) il y aura à enlever un ongle à demi-détaché, à régulariser les bords d'une plaie ou lorsqu il faudra extraire quelques esquilles au cours d'un pansement antiseptique complet, on ne devra faire figurer sur la note d'honoraires que la somme afférente à l'une de ces opérations, par exemple :

Plaie de main ; régularisation de plaie ; écrasement du pouce ; ablation d'un ongle à demi-détaché, pansement antiseptique complet sera détaillé ainsi :

Consultation.............	2 fr.
Régularisation de plaie ablation d'ongle........	4 fr.
Pansement antiseptique complet...............	4 fr.
	10 fr.

Mais si au cours de cette même séance de pansement, il y avait eu à faire des sutures, cet article s'ajouterait au total ci-dessus et serait compté au prix de deux consultations, soit 4 fr.

Si j'insiste sur ces détails, c'est que j'ai cru remarquer que nos confrères, sauf ceux qui font beaucoup d'accidents du travail, ne savent pas comment user du tarif Dubief. En présence de la note à établir, ils sont hésitants et ils ont si peu l'habitude de faire un détail de leurs soins qu'ils s'abstiennent de réclamer leur dû.

Or, si nous ne devons pas majorer nos notes, nous ne devons pas non plus les diminuer.

Revenons maintenant à l'examen des diverses interventions que vise notre paragraphe B.

I. — Ouverture d'abcès superficiel. Rien de particulier. L'instrumentation sera réduite au minimum et un bistouri ou une paire de ciseaux feront l'affaire, une pince sur laquelle on montera un petit tampon d'ouate ou de gaze servira à nettoyer la cavité.

Bien entendu, on aura commencé par faire un lavage de la région. Souvent, sur des mains d'ouvriers, on se trouvera bien d'un pansement humide préalable qui facilitera le nettoyage et avant d'opérer on baignera la région malade si elle est susceptible d'être ainsi traitée. A l'aide d'un tampon d'ouate on détachera les squames d'épiderme durci, l'éther rend souvent des services dans ces cas-là.

Tout d'abord, faisons des incisions larges ; on guérit aussi vite et mieux d'une grande incision que d'une petite ; sauf pour les régions exposées à la vue, tête et cou, et chez les femmes ou jeunes filles, il faut recourir rarement au petit coup de pointe et à la ponction au bistouri qui ne permet pas une bonne exploration et facilitera la formation des fistules.

En dehors de ces cas où l'esthétique sera en jeu, ouvrez toujours largement, que l'œil puisse explorer la cavité. Malgré tous les secours que donne la vue, contrôlez au doigt aseptique toute opération de ce genre si vous avez un doute sur la situation par rapport aux organes voisins. Etes-vous au contact d'un os, d'une articulation, rendez-vous compte de l'état du périoste. Est-il bien régulier, lisse, tout va bien, mais le sentez-vous irrégulier, reconnaissez-vous que l'os est à nu, prenez alors vos précautions, car vous aurez peut-être à intervenir à nouveau, il y aura séquestre.....

Bien que non prévu par la loi et par le tarif, je vous engage à ne pas hésiter à faire de vos constatations un petit procès-verbal et une sorte de certificat que vous pouvez même, au gré de vos dispositions personnelles, adresser au patron. Il va sans dire que les choses ne doivent être ainsi qu'en cas d'incident, l'ouverture banale d'un abcès ne doit pas prendre les allures d'un événement.

Pour les pansements, je voudrais profiter de l'occasion pour vous parler d'un procédé que j'emploie *depuis longtemps et qui m'a donné* des résultats excellents et rapides tout à la fois. C'est du pansement au bicarbonate de soude qu'il s'agit.

Lorsque la plaie est bien nettoyée, qu'on a promené la curette si c'est nécessaire dans tous les recoins, qu'on s'est assuré que cela ne saigne plus qu'en nappe, ce qu'on ne peut éviter, on prend avec la spatule d'une sonde cannelée ou avec une large curette, un peu de bicarbonate de soude, on en saupoudre la cavité. Au début, vous serez hésitants, mais vous ne tarderez pas à être convaincus et vous augmenterez certainement la quantité que vous mettrez dans une plaie.

Prenez ensuite de la gaze stérilisée et bourrez la loge de l'abcès, bourrez à bloc. Plus vous établirez de points de contact et meilleure sera la réparation.

Votre malade accusera une sensation de cuisson qui ne durera pas au delà de 5 à 10 minutes.

Achevez le pansement avec un peu de gaze stérilisée et d'ouate et fixez par quelques tours de bande, bande de crêpe Tuto ou bande de tarlatane sans apprêt.

Il se produira un épanchement de sérosité très abondant et il sera bon d'en prévenir le blessé et sa famille, car le pansement sera souillé et l'odeur qu'il répand alors est gênante.

Il convient donc de revoir le blessé au bout de deux jours ; on enlèvera tout ce qui a été souillé, mais on ne touchera pas à la mèche, sauf pour en réséquer une petite partie. On agira de même le jour suivant et on n'achèvera d'enlever la fin du tampon mis dans la plaie au moment de l'opération qu'au bout de 7 à 8 jours environ.

On sera surpris alors par l'aspect de la cavité ; il ne restera plus que quelques îlots de tissu sphacelé et partout un bourgeonnement intense indiquera que la restauration *ne tardera* pas à se faire. On continuera à utiliser le bicar-

bonate, mais avec un peu de réserve et si quelques bourgeons paraissent trop exubérants on les touchera au crayon de nitrate, mais surtout pas de sublimé, pas d'acide phénique.

J'emploie parfois la gaze iodoformée, mais jamais la gaze au salol. J'ai vu des érythèmes à la suite de l'emploi du salol qui me font redouter de l'utiliser. On me demandera peut-être comment agit le bicarbonate de soude et pourquoi il donne d'aussi bons résultats. J'avoue que mes explications ne se basent que sur l'expérience et que je ne saurais fournir de théorie physiologique vraie, mais je ne crois pas errer en redisant, avec tant d'autres, que les antiseptiques qui n'agissent qu'à la condition d'être assez forts détruisent les germes et en même temps les jeunes cellules ; bref, ils font un travail de mortification.

L'organisme tend naturellement à la réparation ; il convient donc de lui venir en aide et non pas d'entraver son action. Les cellules ont besoin, pour se reproduire, d'un milieu convenable et on connaît la vogue du sérum artificiel, plus récemment du sérum marin !!

Il n'est pas douteux que les phénomènes d'osmose qui président à toutes nos fonctions se trouvent grandement favorisés par l'usage d'un liquide dit physiologique. Or, que se passe-t-il avec notre pansement au bicarbonate de soude ?

Au contact des tissus, il détermine une irritation qui provoque un afflux considérable de sérosité. Ce liquide soustrait aux tissus voisins fournit aux cellules jeunes le milieu favorable à leur développement et c'est ainsi que, très rapidement, nous assistons à la réparation des plaies parce que nous avons favorisé le travail de la nature au lieu de le contrarier.

Je donne d'ailleurs ma théorie pour ce qu'elle vaut, mais j'ai vu tous les confrères qui ont usé de ce mode de pansement faire les mêmes remarques que moi et je ne crois pas m'avancer trop en vous affirmant qu'en agissant ainsi vous n'aurez point de mécompte.

Passons au n° 2 de ce paragraphe B — Suture simple.

On peut utiliser crin, soie, catgut et fil de lin.

Une grosse aiguille de couturière, un peu de gros fil qu'on trempera dans de l'alcool ou du cognac peuvent à la rigueur fournir les éléments d'une suture d'urgence à la campagne ou loin de tout autre secours.

Dans les accidents du travail il peut être intéressant de faire des sutures, mais il ne faut pas vouloir trop bien suturer. Je me borne en général à faire deux ou trois points et je laisse l'espace suffisant pour que le drainage puisse se faire.

L'impossibilité dans laquelle nous nous trouvons de faire un nettoyage complet de la région doit nous faire craindre l'infection, et la suture trop parfaite, en amenant de la rétention, ne nous permettrait pas de faire bénéficier notre blessé de notre intervention.

Les agrafes de Michel peuvent être utilisées sous les réserves que nous venons de formuler. Elles trouveront surtout leur emploi dans le cas de longue coupure.

Comme il ne s'agit ici que de la suture simple, nous ne parlerons pas des cas où nous aurons à faire des sutures de tendons, d'os, etc. La suture est comptée au prix de deux visites ou consultations et toujours en plus de cette visite ou consultation.

(*A suivre.*) Docteur Ch. LEVASSORT.

HYGIÈNE SCOLAIRE

Rôle de l'écriture au point de vue ophtalmologique et orthopédique.

Communication au Congrès d'ophtalmologie du 6 mai 1908,

faite par M. le docteur Péchin, de Paris.

A propos de cette communication, le Docteur E. Rolland, de Toulouse, dit :

« Les documents et les faits que M. Péchin nous apporte nous serviront à combattre ceux qui s'efforcent de vulgariser que l'écriture penchée est la cause de la myopie, de la cyphose, de la scoliose, et que l'écriture droite est une panacée contre les méfaits individuels et sociaux de l'attitude vicieuse.

« L'écriture avec le papier légèrement incliné à gauche (de 20°) ne provoque pas plus l'attitude vicieuse que l'écriture droite.

« Du reste, alors même que le papier *rigoureusement* droit (position bien rare et presque impossible avec le mobilier ancien), serait plus capable de prévenir l'attitude vicieuse que le papier légèrement incliné à gauche, le moyen de conjurer le fléau de la jeunesse studieuse et de tous ceux qui se livrent à un travail compliqué de près ne serait pas trouvé. On posséderait simplement un moyen de supprimer *une* des circonstances qui provoquent l'écolier à prendre une attitude vicieuse pendant l'écriture.

Ces circonstances sont nombreuses :

On peut les ranger en deux groupes : celles qu'engendrent les défectuosités de la vision et celles qu'engendrent des défectuosités du milieu familial et scolaire. L'écriture n'est qu'une circonstance de ce deuxième groupe et pas la plus constante, puisqu'on n'écrit pas pendant toute la durée de la classe et de l'étude, tandis qu'on subit, pendant toute la durée de la classe et de l'étude, la provocation et même l'interdiction à l'attitude vicieuse d'un mobilier scolaire irrationnel.

« Pour faire disparaître les premières dont la provocation à l'attitude vicieuse est permanente, puisque l'emploi des yeux est, à l'école, permanent, il faut l'inspection oculistique : l'examen des yeux avant la première lecture, l'examen des yeux pendant le cours des études, à l'école, au lycée, à la Faculté.

On exige, à l'entrée de ces établissements, un certificat de vaccine ; pourquoi ne pas exiger un certificat d'aptitude visuelle ?

Il n'est pas certain que l'enfant non vacciné ou non revacciné contractera la variole pendant le cours de ses études, même s'il est étudiant en médecine.

Tandis qu'il est certain que l'enfant atteint d'hypermétropie, d'astigmatisme, qu'il ne peut corriger instinctivement et même quand il les corrige seul, se rapprochera trop du livre et du cahier. Enfin, il est fatal que l'œil rendu myope par cet excès de rapprochements verra son infirmité progresser si l'hygiène et l'art ne sont pas appelés à le secourir.

Pour faire disparaître les deuxièmes circonstances — celles du milieu scolaire — il faut un agent qui n'a pas encore voix au chapitre et qui pourtant achète le droit de parler haut et ferme, a dit M. Rabier, en payant d'avance le premier semestre de la pension de ses enfants : le père.

Le jour où les parents comprendront l'utilité d'un *mobilier scolaire rationnel*, l'enfant le trouvera chez eux, l'écolier à l'école, au lycée, et l'étudiant à la Faculté.

L'Administration est bourrée des plus généreux desseins. Mais l'Administration est un distributeur automatique, qui ne donne ce qu'il faut pour les réaliser que sous l'influence d'une pression violente de l'opinion. Disons autour de nous ce que nous savons tous ; apprenons-le surtout aux médecins. Les apôtres de l'hygiène sociale le rediront aux parents.

Il faut que les parents perdent l'habitude de dire à l'enfant qui lit, écrit de trop près, tordu, dévié, chez eux, à l'école, au collège, au lycée, le fameux et stérile « tiens-toi donc droit » et le remplacent par cette formule, seule féconde : « Allons demander au médecin ce que valent tes yeux, ta table et ta chaise ».

THÉRAPEUTIQUE

Observations sur la rachianesthésie particulièrement sur l'emploi de l'alypine.

Par le Dr F. Cœsar,

(Compte-rendu des hospices civils de Hambourg, vol. 7, fasc, 4, 1906.)

Depuis mars 1906, l'auteur s'est servi exclusivement de l'alypine, qui est un chlorhydrate de benzoyléthyl- tetraméthyldiaminopropanol. Sa toxicité est inférieure à celle de la cocaïne, son action anesthésiante est au moins aussi puissante et ses solutions exercent encore cette action à des dilutions pour lesquelles la cocaïne reste sans effet. Elle a l'avantage d'être neutre et très soluble dans l'eau ; on peut l'associer aux préparations surrénales. L'alypine se trouve dans le commerce sous forme de comprimés contenant l'alypine pure ou associée à la suprarénine (adrénaline). Pour la rachianesthésie l'auteur a employé exclusivement des comprimés qui contiennent 5 centigr. d'alypine et 0 gr. 00033 de suprarénine boriquée.

Les solutions doivent être préparées le plus possible au moment de leur emploi avec les comprimés, qui, conservés dans des tubes bien bouchés et stérilisés à sec, peuvent facilement donner des solutions stériles avec quelque précaution. L'auteur, ayant une éprouvette contenant cinq centimètres cubes d'eau stérilisée, fait dissoudre deux tablettes d'alypine, et obtient ainsi une solution dont chaque centimètre cube contient 2 centigrammes d'alypine. Pour les extrémités inférieures et le périnée, la dose d'alypine est en moyenne de 5 centigrammes ; pour les opérations sur le tronc, la dose varie, suivant la hauteur, de 5 à 10 centigrammes.

L'analgésie s'est produite d'une façon extrêmement rapide et a été complète au bout de 3 à 5 minutes après l'injection. Sa durée a été très variable ; elle a été en moyenne de 1 heure à 1 heure et demie avec les petites doses (5 centigr.) de 2 heures à 2 heures et demie pour les doses moyennes (5 à 8 cent.) et de 3 heures et plus pour les fortes doses (8 à 10 centig.)

L'alypine, d'après les expériences de l'auteur, n'influence pas autant que les autres anesthésiques les nerfs moteurs. Il n'y a jamais eu de paraplégie comme avec ces dernières et les malades ont pu mouvoir les membres inférieurs sans trop de peine. Cette paralysie de la motilité se produit seulement avec les fortes doses.

L'âge des malades rachianesthésiés a varié de 12 à 83 ans. L'auteur n'est pas allé au-dessous de cette limite chez les enfants, qui sont souvent intolérants pour l'analgésie spinale. Les enfants plus grands ont remarquablement supporté l'anesthésie. Si les vieillards la supportent en général très bien, il faut cependant se montrer très prudent chez les individus affaiblis et cachectiques, surtout lorsqu'on les maintient longtemps le bassin élevé. La plupart des phénomènes accessoires graves mentionnés ont été observés chez des sujets affaiblis par l'âge ou des maladies consomptives.

Les insuccès dans l'analgésie spinale tiennent presque toujours à une technique défectueuse ; c'est ainsi que les premières anesthésies ont moins bien réussi que les suivantes.

Chez les sujets rebelles, il peut arriver qu'on enfonce l'aiguille trop profondément jusque dans l'espace entre le périoste du canal vertébral et la paroi de la dure-mère, de sorte que le liquide est injecté en grande partie ou totalement dans cet espace, et qu'il ne peut exercer son action. On évitera cette éventualité en observant exactement la technique décrite par Dœnitz.

150 rachianesthésies ont été pratiquées par l'auteur avec l'alypine :

Opérations sur l'intestin	22
Hernies	40
Opérations sur les organes génitaux et la vessie :	
a) hommes	14
b) femmes	6
Opérations sur les reins	1
Opérations sur le rectum et l'anus	15
Opérations sur les extrémités inférieures :	
a) os et articulations	14
b) parties molles	29
Divers : bubons, tumeurs de la paroi abdominale, etc.	9
	150

L'anesthésie a été irréprochable dans 144 cas sur 150, il y eut seulement 6 insuccès.

Des actions secondaires ont été signalées 18 fois et ont consisté en céphalalgie intense (9 fois), douleurs lombaires et dorsales (6 fois), vomissements (2 fois), névralgie dans le membre non opéré (1 fois).

Les phénomènes accessoires observés pendant l'anesthésie doivent être en partie attribués à l'anesthésique. Mais des individus vigoureux peuvent aussi mal supporter de petites doses, tandis que des sujets affaiblis n'éprouvent aucun de ces symptômes même avec de hautes doses, de sorte qu'il faut admettre certainement une idiosyncrasie à l'égard de l'anesthésique chez certains individus. Il faut aussi tenir compte du choc opératoire. Les malades auxquels on supprime la conscience par une injection préalable de scopolamine-morphine ont beaucoup moins de phénomènes accessoires malgré de fortes doses d'alypine, la longue durée de l'opération et la position élevée du bassin. Ce mode d'anesthésie combinée est donc à recommander chez les individus excités et timorés, parce qu'il donnera de meilleurs résultats et moins de phénomènes accessoires que l'anesthésie lombaire simple.

Quant aux actions secondaires, il n'est pas toujours facile de faire la part qui revient à l'anesthésie de celle qui revient aux suites opératoires, par exemple à la fièvre, laquelle peut être la cause de céphalée. Cependant la céphalalgie, les vomissements et la sensation lipothymique sont bien des phénomènes toxiques parce qu'ils sont plus accusés avec les hautes doses ; il faut aussi tenir compte ici de la prédisposition du malade. On ne les évitera donc guère avec les

préparations employées, et c'est pourquoi, depuis qu'on a recours aux doses plus faibles ils sont devenus plus rares.

Il n'est pas sans intérêt de comparer à ce point de vue l'alypine avec les autres analgésiques employés dans la rachianesthésie. L'alypine a donné 2 °/₀ d'insuccès complets, les autres anesthésiques 6,5 °/₀. L'alypine a donné 2 °/₀, d'insuccès partiels, 8, 7 °/₀ d'actions accessoires 6 °/₀ d'actions secondaires ; les autres nouveaux analgésiques ont donné comme proportions correspondantes : 11, 1 °/₀, 9 °/₀ et 10 °/₀. L'auteur termine son travail par cette conclusion que l'alypine doit être recommandée comme un anesthésique rachidien absolument pratique et d'une action sûre, car sa propriété anesthésiante est au moins égale à celle de la cocaïne, mais sa toxicité est beaucoup plus faible, et elle a l'avantage sur les autres nouveaux analgésiques d'agir beaucoup moins fortement sur les nerfs moteurs. Si elle n'est pas un anesthésique idéal, puisqu'on ne peut absolument éviter des actions accessoires, il est cependant certain qu'on peut les réduire au minimum par une bonne technique, l'observation attentive des prescriptions et l'emploi des doses suffisantes.

CHRONIQUE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

La loi sur les accidents du travail. — Ses modifications nécessaires,

Par le Dr Just LUCAS-CHAMPIONNIÈRE.

La loi sur les accidents du travail a créé une situation difficile qui doit se compliquer encore lors de l'extension de la loi à plusieurs catégories de travailleurs qui n'en bénéficient pas. Cette loi qui, reposant sur un principe juste, paraissait aux esprits simplistes devoir s'appliquer aisément, est, à l'heure actuelle, la source de difficultés de toutes sortes.

Les uns s'étonnent de ces difficultés, les autres s'en irritent. Chacun les reproche à son voisin, cherche dans la mauvaise volonté des autres la cause des résultats fâcheux que l'on obtient et qui ne semblent pas près de disparaître.

On propose beaucoup de remèdes. Ces remèdes seront peu efficaces, parce que la loi est mal faite. Son principe excellent, la réparation, par le patron, du dommage survenu à l'ouvrier pendant le travail, a été faussé.

Pour flatter un public spécial, on a présenté aux électeurs la loi comme une loi faite contre le patron dans l'intérêt de l'ouvrier. En la libellant, on en a fait une loi toute de défiance vis-à-vis du patron, de l'assureur et même du médecin. On a ainsi créé une situation fausse, car, pour quiconque réfléchit, il n'y a pas trois intérêts opposés : celui du patron, celui de l'assureur et celui de l'ouvrier. Ces trois intérêts sont les mêmes. Tout ce qui sera fait pour les opposer ne peut aboutir qu'à de mauvais résultats.

La loi ne devrait chercher et obtenir qu'une chose : assurer une réparation équitable du dommage que le travail a causé.

Pour ce faire, elle devrait favoriser tous les moyens d'entente du patron et de l'ouvrier. Elle n'a cherché qu'à les séparer. Quels sont donc les griefs invoqués contre l'application de la loi ?

Les patrons se plaignent de ce que la loi est, par l'assurance, trop coûteuse, et en plus, de ce que les ateliers sont constamment désertés pour des lésions insignifiantes, dont les soins se prolongent indéfiniment.

Les compagnies d'assurance se plaignent de frais considérables ; elles perdent de l'argent et menacent d'augmenter les primes dans d'énormes proportions.

Elles accusent des médecins de complicité avec les blessés pour prolonger et aggraver indéfiniment les soins, et pour établir des pertes de capacités définitives et considérables.

Les médecins qui ont vu — avec raison — dans l'avènement de la loi la transformation d'un certain nombre de clients indigents en clients sérieux, estiment que ces clients leur appartiennent, ne devraient pas être détournés d'eux par des gens spéciaux qui n'étaient pas destinés à être leurs médecins. Ils réclament le droit de les soigner et réclament aussi la qualité d'experts pour des affaires purement médicales que la loi fait juger par des gens sans compétence aucune pour estimer les litiges.

Ils estiment aussi qu'alors que le fonctionnement de cette loi repose tout entier sur leur intervention, sur les soins qu'ils donnent, sur les constatations qu'ils font, il est injuste de les traiter si mal, de considérer leur intervention au même titre que celle qu'ils accordent généreusement et spontanément pour les indigents. Il y a là, en effet, une injustice flagrante puisque, comme nous le dirons tout à l'heure, tous ceux que la loi met en mouvement tirent de leur intervention, même peu utile, des avantages incontestables.

Les difficultés sont donc bien multiples.

Comme toujours, il a paru simple de rechercher les gens coupables de la mauvaise application et d'accuser quelques-uns. Certaines fraudes ont été facilement reconnues. Il a semblé qu'en dépistant ces fraudes et en accusant les médecins de les favoriser, on avait fait une découverte précieuse.

Cette découverte, faite par des assureurs et des patrons, et dont les journaux politiques ont fait grand bruit, n'a qu'un intérêt très modéré.

Je ne pense pas qu'il y ait, en ce monde, une profession quelconque sans brebis galeuses. On a pu constater, dit-on, que de rares médecins s'étaient avisés d'exciter des ouvriers à profiter des facilités de fraudes données par la loi sur les accidents. Il y a unanimité dans la profession pour souhaiter que ceux qui ont établi ces faits, au lieu de donner quelques exemples anonymes de dol et de mauvaise foi, prennent l'initiative d'exercer les poursuites qui sont justifiées et nécessaires. Chacun de nous en sera fort heureux.

Je ferai remarquer, à ce sujet, que ceux qui ont signalé ces fraudes n'ont parlé que des médecins et point des hommes de loi qui participent tous les jours à ces fraudes.

Or, après une vie au cours de laquelle j'ai été mêlé à bien des affaires, je déclare que c'est dans la profession médicale que j'ai rencontré le plus d'honnêtes gens. Quand on songe aux circonstances dans lesquelles le médecin pourrait user et abuser, rien que par son autorité, en le comparant aux hommes de toutes autres professions, on se demande pour quelles raisons il n'est pas plus souvent coupable et pourquoi on voit bien rarement chez lui les pratiques d'abus de confiance et d'excès professionnels que l'on voit plus souvent pour d'autres professions, parmi tous les hommes d'affaires, d'argent, officiers ministériels et autres.

Nous ne pensons pas qu'il y ait un intérêt quelconque à s'attarder à des polémiques sur ce sujet.

Il est plus utile de chercher pourquoi, en ma-

tière d'accidents du travail, il y a des abus, *en dehors de toute espèce de fraude*, et quels sont les remèdes qu'il faudrait étudier pour faire disparaître ces abus, intéressants précisément parce qu'ils ne résultent pas de la fraude.

Pourquoi, par exemple, depuis la loi sur les accidents du travail, les maladies se prolongent-elles indéfiniment, et s'aggravent-elles ? Pourquoi, après la durée plus longue, des conséquences plus graves sont elles observées ?

Le fait est incontestable et il n'est pas imputable au médecin.

Un des plus éminents professeurs de la Faculté, M. Brissaud, a publié dans le journal le *Concours Médical* un article où, sous le nom de *sinistrose*, il décrit l'état psychique actuel du sinistré. Cet état fait que le blessé attache une importance de plus en plus considérable à l'accident et lui fait voir, dans la loi, la recherche d'une compensation à l'accident qu'il a subi. D'après lui, ceci ne devrait pas être, parce que cette loi ne doit faire que constituer un contrat qui lui assure qu'en toute circonstance, il ne recevra pas de préjudice de l'accident du travail, même si son patron n'a commis aucune faute pouvant déterminer l'accident qu'il a subi.

Cette assurance que la loi donne contre tous risques doit lui suffire et il ne doit retenir *aucune indemnité représentant une compensation* quelconque pour l'accident.

Le développement de la thèse du professeur Brissaud ne nous paraît pas rigoureusement juste.

C'est bien parce que ceux qui ont fait cette loi avaient promis autre chose à l'ouvrier que celui-ci est mécontent et cherche à faire donner à la loi ce qu'elle ne devrait pas donner.

Il est bien certain que les difficutés ne viennent pas des conditions sérieuses et graves auxquelles ont pensé seulement tous ceux qui voulaient la loi sans promettre une surenchère électorale. Ceux-ci, très sincères, s'étaient dit simplement : il est indispensable que l'ouvrier frappé ne souffre ni de l'interruption de son travail, ni des frais de sa maladie, ni des suites de son accident. Ils ont conclu à la perte de capacité surtout parce qu'ils avaient en vue les accidents à suites graves faciles à liquider.

En réalité, ce qui surcharge actuellement le patron et les assureurs, et ce qui entretient les litiges, ce sont les petits accidents auxquels on n'avait guère songé, qui ne devaient causer que des dégâts peu graves et des suites insignifiantes.

Pour tous les grands accidents, les risques sont si bien prévus qu'il est presqu'indifférent qu'ils soient appréciés comme plus graves qu'ils ne le sont en réalité.

Qu'un blessé perde la vie, qu'il perde une jambe, un bras ou un œil, la situation est assez simple et le jugement peut même être rendu par un personnage incompétent en la matière, le juge ou le juge de paix, un magistrat quelconque.

Si en ce cas, le juge est trop généreux et si le blessé est trop exigeant, les divergences n'auront qu'une importance très peu coûteuse.

Mais il en va tout autrement pour les blessures légères.

Pour celles-ci, l'estimation par un magistrat est littéralement impossible.

Les conséquences possibles et graves, quoique rares, ne peuvent être déterminées que médicalement. Puis, dans les cas ordinaires, les conséquences pour le retour au travail et la perte de capacité du travail dépendent d'une foule de conditions très variables et que la loi n'a pas prévues du tout.

L'accident peu grave du travail, que l'ouvrier avait intérêt autrefois à négliger, même à ne pas signaler, pour que personne n'interrompît son travail et ne le forçât à chômer, ce petit accident qu'en tous cas il avait intérêt à guérir le plus tôt possible, est devenu un *accident du travail*, dont les suites ont de l'importance et dont il faut absolument fixer les conséquences au double point de vue *des soins* et de la *perte définitive de capacité.*

C'est précisément cette clause ridicule de la *perte de capacité* à déterminer qui est la cause de tout le mal.

C'est vers cette perte de capacité que tous les efforts du blessé vont se concentrer puisqu'elle paraît lui donner sa seule chance de compensation sérieuse. Le médecin eût-il vingt fois plus d'autorité sur le blessé, il ne pourrait l'empêcher de viser ce but en prolongeant sa maladie et en ne faisant aucun effort pour travailler.

Le blessé, qui ne voit jamais que son intérêt immédiat, n'aura point d'autre objectif, et en visant cet objectif se fera à lui-même le mal le plus cruel. Le médecin n'aura plus d'autre rôle que de constater le mal acquis et incontestable. Devant ce résultat, le patron ou l'assureur reprocheront au médecin de n'avoir pas su empêcher ce mal de se produire et de n'être bon qu'à constater le mal survenu, ce qui est pourtant le rôle auquel il sera fatalement réduit, si cette loi mal faite n'est profondément modifiée.

De petites lésions qui ne nécessitaient qu'une courte absence de l'usine, qui permettaient à l'ouvrier, lors de son retour rapide, de ne point perdre son habitude et son aptitude au travail, nécessitent aujourd'hui un long séjour hors de l'usine. L'homme non seulement perd l'habitude du travail, mais il perd une partie de son aptitude, sans que la lésion justifie en elle-même cette perte, et, en fin de compte, même s'il a obtenu une indemnité de diminution de capacité de travail, cette indemnité est bien loin de compenser le préjudice qu'il a subi non du traumatisme, mais de ce repos inutile et de cette prolongation de période sans travail.

Dans mon appréciation de ce préjudice, je ne tiens même pas compte des mauvaises habitudes de cette longue oisiveté, du cabaret, des promiscuités fâcheuses et des mauvais conseils que lui auront inculqués les agents d'affaires qui fourmillent autour de lui.

Pour mieux faire comprendre ce développement, je veux citer un exemple : celui de la fracture du radius.

Quand j'ai commencé à faire de la chirurgie, les fractures du radius comportaient un appareil restant en place six semaines.

Mais, dès la sortie de l'appareil, l'ouvrier se hâtait de retourner à l'atelier. Tant bien que mal, il se remettait au travail, pour retrouver rapidement sa force et ses aptitudes.

Quelques uns, particulièrement courageux, retournaient à l'atelier après avoir enlevé prématurément leur appareil et ne s'en trouvaient que mieux.

Lorsque j'ai eu systématiquement traité ces cas par la mobilisation et le massage, comme je permettais, le plus souvent, le mouvement après la deuxième quinzaine, j'ai vu couramment les ouvriers retourner à l'atelier dès la troisième semaine ; et je puis affirmer que je n'ai jamais vu des accidents suivre cette reprise rapide du travail.

A l'heure actuelle, les ouvriers, que je traite absolument par les mêmes moyens, reprennent ra-

rement leur travail avant deux mois et beaucoup d'entre eux refusent avant trois mois.

J'en ai vu, *après quatre mois*, déclarer qu'ils souffraient trop pour travailler.

Chose singulière, *ils avaient raison.*

En effet, leur travail quotidien les aurait débarrassés de la raideur secondaire. Il aurait rendu à leur musculature la vigueur toujours un peu perdue. La trace de leur blessure aurait disparu.

Mais cette longue oisiveté *dans l'attente de la détermination de la diminution de capacité de travail* que leur vaut l'accident leur assure une perte réelle de leurs aptitudes et souvent l'impossibilité du retour à la souplesse et à la puissance de l'organe.

Comme je le disais en commençant, à ces pratiques tout le monde perd : le patron, qui est privé de son ouvrier, l'assureur, qui paie un traitement et une indemnité excessifs ; l'ouvrier qui a perdu une partie de ses salaires et qui ne trouve qu'une faible compensation à sa perte de valeur ouvrière.

Je puis ajouter que le médecin perd aussi, car bien qu'il ne soit pour rien dans les mauvaises conséquences de l'accident, il est accusé d'avoir mal conduit les soins du blessé et ses honoraires sont discutés ou contestés.

Ces conséquences graves que je montre pour la fracture du radius sont encore bien pires pour de petites piqûres des mains, pour de petits écrasements, pour des brûlures peu étendues, etc.

Pourtant, si on examine les faits par le menu, on peut voir aisément qu'il n'y a là faute de personne, et que ce sont les justes conséquences d'une loi mal formulée, d'une loi imprévoyante.

Quel remède pratique voyons-nous à la situation créée par cette application défectueuse de la loi sur les accidents du travail ?

Il faut dire bien hautement que si les choses restent en l'état, si la loi n'est pas changée, modifiée profondément, il n'y aura *aucun remède efficace à cette situation.*

La première chose qu'une loi nouvelle devrait faire, ce serait, au lieu d'empêcher l'arrangement du patron et de l'ouvrier, de le *favoriser par tous les moyens possibles.*

Les intérêts de l'ouvrier peuvent être protégés au cours de cet arrangement précisément parce qu'ils ne s'éloignent pas de ceux du patron autant qu'on veut bien le dire.

Loin d'admettre, comme le professeur Brissaud, que la loi ne doit pas à l'ouvrier de compensation pour l'accident qui lui est arrivé, je crois précisément que c'est la compensation qui, raisonnable, empêchera le blessé de prolonger inutilement un traitement qui ne lui serait plus d'aucun profit et qui pourrait lui devenir préjudiciable.

Il faut *que l'ouvrier ait intérêt à guérir vite* et à reprendre son travail le plus tôt possible.

L'immense majorité des traumatismes, au cours du travail, permettent de prévoir une durée moyenne de la réparation et permettent de fixer la prime à accorder à l'ouvrier qui reprend son travail en temps normal.

Il est vrai que ces précisions et ces jugements sont tout à fait en dehors de la compétence des magistrats auxquels l'application de la loi sur les accidents du travail est confiée.

Les médecins seuls sont compétents pour faire ces déterminations, et là où un seul médecin ne saurait être juge, un groupe de médecins pourrait juger d'un cas difficile qu'aucun tribunal ne pourra jamais juger, fît-il appel à des experts dont il ne comprend ni le langage, ni la pratique.

Tant que les magistrats pourront consulter un expert médical et conclure absolument à l'opposé des conclusions de l'expert, il n'y aura pas d'application possible d'une loi qui est *fondée uniquement sur les données de la médecine.*

Dans l'état actuel des choses, non seulement la Société n'a aucun reproche à faire aux médecins, mais elle les a exploités suivant la coutume ordinaire.

Les chiffres d'honoraires accordés pour les soins médicaux sont réglés sur les tarifs d'indigents. C'est-à-dire que, bien que la loi ne reconnaisse plus d'indigents, le patron ne paiera le médecin que comme si l'ouvrier était resté l'indigent.

Non seulement, il n'a aucun privilège comme médecin traitant, mais comme expert, il n'est pas plus écouté que pour les autres affaires où on le consulte, mais souvent en condamnant son avis.

Pourtant, il est à la fois injuste et excessif d'accuser le médecin de l'application fâcheuse de la loi et des conséquences financières qui en résultent pour les compagnies d'assurances.

Nous accordons, volontiers, que celles-ci sont en déficit puisque les documents officiels nous l'affirment. Mais sont-elles écrasées, comme on le dit, par les frais médicaux ? C'est absolument faux ; il suffit de consulter les *tables publiées par les compagnies.*

Ces tableaux, publiés pour les années 1903 à 1906, par M. A. Beaumont, montrent une perte de quatre millions pour les compagnies en 1906.

Mais, veut-on savoir ce que représentent, dans une somme énorme de 86 millions, ce que l'on appelle les frais médicaux et pharmaceutiques qui comprennent une foule de frais dont encore les *honoraires* des médecins sont maigre partie ? Une somme de dix millions environ.

Si on recherche ce que représentent, pour les quatre années dernières, ces frais médicaux sur le total des frais, on voit qu'ils ont oscillé de 10 à 12 pour cent.

Or, sauf pour l'année 1906, où les frais dits médicaux ont atteint 12 pour cent, les frais dits de *commission* ont été à peu près les mêmes que les frais médicaux.

C'est-à-dire que les commissionnaires en primes, simples parasites vivant sur le capital des compagnies, ont coûté aussi cher que tous les frais médicaux et pharmaceutiques réunis : de 9 1/2 à 10 pour cent.

Pourquoi les Compagnies ne remarquent-elles pas cette extraordinaire proportion et accusent-elles les médecins, qui touchent au cours de ces opérations des honoraires infimes, eux qui sont les seuls agents actifs des soins et de la constatation ?

Entrevoit-on quelque remède à la situation présente, assurément redoutable pour l'industrie française, et par le fait, absolument *désavantageuse pour l'ouvrier*, malgré les dépenses patronales exagérées ?

A mon gré, il n'y a aucun remède sérieux à opposer, si la loi n'est pas promptement modifiée.

On dit bien qu'avec la loi actuelle, le rachat de la rente des petits accidents est possible, ce qui donne à l'ouvrier la *compensation.* D'abord, il s'agit d'une opération toujours complexe. En tous cas, elle entraîne toujours la constitution préalable d'une rente d'incapacité habituellement absolument inutile pour les petits accidents.

C'est là une procédure coûteuse et compliquée, fort difficile du reste à comprendre et qui touche peu l'ouvrier, l'entraînant *toujours à prolonger sa maladie.*

A mon gré, il faudrait que la loi permît la constitution d'un tableau très complet des petites

lésions qui peuvent donner lieu à une indemnité à la condition que le travail ait été repris dans un délai déterminé.

Je sais bien que le jugement de ces cas restera très difficile, si l'opinion du médecin n'est pas invoquée de la façon la plus simple et la plus nette, pour la confection de la loi et pour son application. Cela pourrait être fait dans des commissions mixtes où les médecins auraient une majorité suffisante.

Il y a une autre condition pratique qui devrait être comprise par les patrons et les assureurs. Il est absolument nécessaire, pour que les soins soient donnés honnêtement et en connaissance de cause, qu'ils soient, dans l'immense majorité des cas, donnés par le médecin ordinaire du blessé et de sa famille et non par des médecins spéciaux, qui ne le verraient qu'à l'occasion du dit accident.

C'est la meilleure garantie à souhaiter pour la conduite régulière du traitement, que l'intervention du médecin familial ou bien connu du patient.

Il est facile de comprendre que ces soins, pour les petites lésions, sont accessibles à tous les médecins et en particulier à tous ceux qui ont une pratique quotidienne très suivie.

La condition est toute différente de celle des grandes lésions qui peuvent à la rigueur nécessiter des soins spéciaux. C'est une erreur absolue que la loi sur les accidents du travail appelle un personnel spécial.

On peut dire tout au plus qu'elle appelle l'attention de tous les praticiens sur certains modes d'intervention qui donnent de la sécurité et de l'activité au traitement.

Mais, pour atteindre ce but, il ne faut pas que, sous prétexte que l'assurance paye, des honoraires soient offerts au médecin si misérables qu'il n'ait, lui, aucun intérêt à soigner le sujet, qu'il soignait autrefois gratuitement par un sentiment généreux pour les déshérités de la fortune. Puisque le patron, c'est-à-dire l'assurance, paye, il est légitime qu'elle paye raisonnablement pour être bien servie.

Je suis convaincu, pour ma part, que la situation difficile dans laquelle met actuellement la loi sur les accidents du travail ne peut trouver de solution que dans une modification qui, laissant de côté les accidents graves, permettra de résoudre très rapidement la question d'une indemnité pour les petits accidents, et le traitement par le médecin du sujet ou de la famille, par le praticien qui devrait trouver son intérêt dans les soins à donner les plus parfaits et les plus prompts possible.

Non seulement le médecin ne touche pas trop d'honoraires du fait de l'application de la loi, mais il n'en touche pas assez.

C'est ce fait qui a amené souvent les médecins scrupuleux à se désintéresser de ces accidentés du travail, et quelques médecins peu scrupuleux ont cherché le moyen de faire rendre à l'application de la loi des honoraires plus élevés.

En cette matière, comme en beaucoup d'autres, on n'obtiendra une solution favorable, qu'en rémunérant suffisamment un travail bien fait et consciencieusement fait. Si les Compagnies consacraient aux frais médicaux proprement dits une partie de l'argent consacré actuellement à la lutte pour le racolage des primes, il est vraisemblable que même une partie des difficultés actuelles seraient prévenues.

(*Journal de médecine et de chirurgie*).

VARIÉTÉ

(Extraite de la *Quinzaine médicale*).

Mon bon docteur,

Vous savez quel client soumis et obéissant je suis. Nul mieux que moi n'écoute vos sages conseils, personne n'exécute avec plus de scrupuleuse attention vos savantes prescriptions, personne enfin n'a plus souci des règles de la sévère hygiène que vous m'avez si bien enseignées. Est-ce parce que je suis momentanément éloigné de Paris ? Est-ce parce que je ne vis plus sous votre influence bienfaisante ? Toujours est-il que j'ai quelque peine à me conformer aux décrets de la Faculté qui, — de loin, — me paraissent d'une mobilité déconcertante. Et si, par atavisme d'abord, par raisonnement ensuite, je ne professais pas pour le corps médical un respect voisin de l'idolâtrie, j'avancerais volontiers, — fort irrévérencieusement, je vous l'accorde, — que vous « nagez dans l'incohérence », pour emprunter un mot célèbre à un homme d'Etat considérable qui est précisément l'un de vos confrères.

Evidemment, il ne peut s'agir que d'apparences trompeuses. C'est, je le répète, mon éloignement de Paris qui est seul coupable. Aussi, viens-je vous prier de me remettre dans le bon chemin et d'éclairer ma route.

Ma situation peut se résumer d'un mot : j'ai faim ! Or, devant les proscriptions qui de toutes parts s'abattent sur les aliments les plus vulgaires comme les plus recherchés, je n'ose plus manger. Mon anxiété est immense. Jugez-en.

J'avais, comme beaucoup de mes contemporains, l'habitude de la viande. Il paraît que j'y dois renoncer. La viande crue ou peu cuite serait une substance déjà en voie de décomposition, farcie de ptomaïnes, souillée de germes morbides que la chaleur n'a point détruits, receleuse de tœnias ou autres bestioles *ejusdem generis*; quant à la viande cuite, si elle ne nous empoisonne pas (ça, c'est un avantage), elle serait impropre à l'alimentation et n'aurait aucune valeur nutritive, la coagulation des matières albuminoïdes ne permettant pas sa digestion.

Prendrai-je des œufs, cet aliment complet que les médecins de ma jeunesse exaltaient ? Les œufs ! Mais ne dit-on pas qu'au bout de quelques jours, sous leurs coques blanches, la putréfaction commence ?.... Ici, dans ma candeur naïve et dans ma foi aveugle aux théoriciens de l'alimentation, j'avoue être quelque peu troublé ; je ne puis m'expliquer ainsi comment, ayant mis maintes fois à couver des œufs qui n'étaient pas pondus de la veille, j'ai vu ces œufs donner naissance à de charmants petits poussins qui n'avaient rien de putréfié... Evidemment, j'aurai mal vu...

Boirai-je du lait ? Le lait ? Le lait, cette arche sainte de jadis, d'hier, le lait lui-même paraît être aujourd'hui coupable d'horribles méfaits. On l'accuse de provoquer le développement de je ne sais quelle flore intestinale de mauvaise nature, de rendre plus rapide la décomposition des matières putrescibles, de donner naissance, par sa caséine, à des troubles graves de la digestion, etc... Et puis, si j'en buvais, du lait, quel traitement devrais-je lui faire subir ? Vous me l'avez donné tour à tour cru, pasteurisé, bouilli, stérilisé, puis stérilisé, bouilli, pasteurisé et cru. A l'heure actuelle, où en sommes-nous ? J'avoue avoir perdu le fil.

Je ne m'attarderai pas au chapitre poissons. — Poissons : poisons, c'est synonyme pour beaucoup de vos éminents théoriciens. Quant aux

mollusques, aux coquillages, leur nom seul me fait frémir. Jamais je ne consentirai à avaler quelques huîtres, ces véhicules de la fièvre typhoïde, encore moins quelques moules, de réputation si détestable.

Le beurre est-il sans danger ? Je puis, je crois, le manger frais avec mon pain, mais je ne saurais m'aviser de songer au beurre fondu : c'est impossible à digérer. Comme je regrette mon bon bifteck à la maître d'hôtel.

Le vin ? Merci, dieux bons ! Depuis quelques mois nous avons de nouveau la permission d'en boire. Il est vrai que, dans mon intempérance, je n'en avais point complètement cessé l'usage,mais je confesse que ce n'était pas sans remords. Aujourd'hui, je suis absous, j'en rends grâce à la Providence.

Les fruits ? Oh ici, je connais mon devoir. Lorsqu'à la saison prochaine j'irai « villégiaturer » en Normandie, je ne me laisserai pas tenter par la pomme blanche et rose qui pend à l'arbre du verger. Vous savez que je n'y mordrai point, à moins que je ne puisse la peler avec soin. Et, si je m'égare du côté de Fontainebleau, la grappe dorée que ne manquera pas de m'offrir impertinemment quelque treille célèbre, je ne la savourerai pas, à moins que je n'aie sous la main de l'eau stérilisée pour l'y tremper préalablement. Et encore ferai-je mieux de m'abstenir ; je sais que nous n'avons guère droit qu'aux fruits cuits.

Les gâteaux ? Il m'arrive parfois, entre cinq et sept heures, d'entrer, à la suite de quelque jolie promeneuse, chez le pâtissier à la mode. Vous ne pensez pas que je commettrai jamais l'imprudence de grignoter la marchandise de cet industriel empoisonneur. Les gâteaux sont depuis longtemps condamnés — surtout les choux à la crème (que j'adore) ; — aliments tout au moins indigestes quand ils ne sont pas toxiques.

Vous voyez, mon bon docteur, que le cercle se rétrécit. Il ne me reste plus grand'chose à me mettre sous la dent. J'ai bien toutefois les tomates, considérées jadis comme des plus nocives, aujourd'hui réhabilitées. Mais cela ne saurait me suffire. J'ai aussi quelques légumes. — cuits bien entendu, — car les mangeurs de légumes crus, de salade, par exemple, sont évidemment des gens qui veulent se suicider. Et encore, parmi les légumes, nombre d'entre eux me sont interdits : tous les féculents d'abord, à cause d'une diathèse (c'est bien le mot, n'est-ce pas ?) que vous m'avez découverte. Alors que me reste-t-il?

En suis-je réduit à devoir préférer la danse devant le buffet *vide* aux affres de l'empoisonnement, la mort par inanition à la table de Lucullus ? Cruelle énigme !...

J'avais encore une ressource. Je me proposais d'avoir recours à la poudre de viande que vous me donniez pendant mon enfance souffreteuse et qui avait fait de moi un grand et solide gaillard, que je vous ai vu employer avec tant de succès autour de moi, soit dans certaines affections de l'estomac, soit comme moyen de suralimentation dans un grand nombre de cas. Mais voilà qu'on la malmène à son tour, cette vieille poudre de viande !....

Non seulement on lui refuse les qualités nutritives que les Dujardin-Beaumetz, les Grancher, les Soupeault, et tant d'autres cliniciens éminents (pour ne parler que des maîtres disparus) lui avaient si libéralement accordées pendant près de trente années, mais on en fait encore un agent de dénutrition.

On en a donné à des chiens qui auraient maigri ! Si je n'avais pas peur d'être trivial, je vous dirais simplement que les poudres de viande ne sont point, à ce qu'il me semble, faites pour les chiens, et qu'en soumettant nos fidèles compagnons à un régime exclusivement carné, on a violé les plus élémentaires principes dont est imbu le moindre des disciples de saint Hubert. Pour moi, âme peu compliquée, qui avait toujours considéré la viande comme un aliment, j'avais pensé que la poudre échappait même au reproche qu'on peut faire aux viandes cuites.

En effet, si les matières albuminoïdes y sont coagulées, elles s'y trouvent dans un état de divisibilité tel qu'elles peuvent être attaquées avec la plus extrême facilité par les sucs de l'estomac. On le disait, du moins. Mais je sens maintenant que ce raisonnement est trop simple et qu'en pareille matière le vulgaire bon sens ne doit pas être de mise. Aussi ne discuterai-je pas plus longtemps.

Je finis par où j'ai commencé : Que m'est-il permis de manger ? J'avoue (à ma honte, probablement) que les théories « caméléonesques », dont je me repais journellement, ne sont pour moi qu'une nourriture par trop insuffisante. J'ai faim !

Pour copie conforme : Dr CHAULARD.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Responsabilité du patron

Justice de paix de Taninges (Haute-Savoie).

JUGEMENT DU 7 MAI 1908.

Le patron qui a requis les soins médicaux pour son ouvrier blessé même en dehors du travail est responsable du paiement des honoraires du médecin.

Quand les auteurs des blessures ont été condamnés à des dommages-intérêts comprenant notamment le montant des honoraires du médecin, le patron responsable de ces honoraires doit s'assurer de leur paiement et à défaut retenir à son ouvrier pareille somme sur ses gages.

Attendu qu'il résulte de la déposition ci-dessus du témoin P., que c'est bien C., qui a fait appeler le demandeur pour donner des soins à son ouvrier boulanger, P., blessé dans une bagarre en octobre dernier :

Attendu que si les blessures ainsi contractées dans un service non commandé ne mettent pas les soins à la charge du patron, il y a néanmoins une obligation morale et humanitaire ;

Attendu que, dans l'espèce, c'est le patron qui a requis ces soins et a reçu le docteur M., chez lui ; que, par ce fait, il devient responsable des services et soins par lui requis, sauf à en retenir le montant sur les gages de son ouvrier si sa responsabilité morale n'est pas en jeu ;

Attendu que, par notre jugement du vingt-six décembre mil neuf cent sept, nous avons condamné les auteurs des blessures de P., à payer à celui-ci la somme de cent quinze francs ; que dans cette somme se trouve comprise celle de trente-huit francs pour honoraires au docteur M. ;

Attendu que P., aurait dû, aussitôt après avoir touché cette somme, remettre celle des trente-huit francs qui revenait de droit au demandeur; que C., qui ne devait pas ignorer sa responsabilité, aurait dû s'assurer de ce paiement ou tout au moins engager son ouvrier à l'exécuter et, à défaut, lui retenir pareille somme sur ses gages ;

Attendu que les défendeurs le premier pour les avoir requis et le second pour les avoir reçus, sont solidairement responsables des soins donnés par le docteur M., à P., et doivent solidairement en payer le montant.

Par ces motifs : Condamnons solidairement les sieurs C., et P., sauf au premier à les retenir sur les gages du second, à payer au Dr M., la somme de

trente-huit francs ; les condamnons, en outre, aux dépens avec intérêts au taux légal pour le tout dès cette date.

BIBLIOGRAPHIE

Vient de paraître : Aide-Mémoire de Thérapeutique; par G.-M. DEBOVE, doyen honoraire de la Faculté de médecine, professeur de clinique, membre de l'Académie de médecine; G. POUCHET, professeur de pharmacologie et matière médicale à la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine; A. SALLARD, ancien interne des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-8°, de VIII-790 pages, imprimé sur 2 colonnes, relié toile (MASSON ET Cie, Editeurs)................................ 16 fr.

On est effrayé de la somme de connaissances exigées d'un médecin et du nombre de choses qu'il doit savoir au moment où il passe ses examens. Il est probable qu'il en oublie un grand nombre, ou qu'elles n'existent plus dans son esprit qu'à l'état de vagues linéaments. Accaparé par les nécessités de la clientèle, il n'est plus attiré que par la partie de la science qui peut lui être cliniquement utile, c'est-à-dire qui servira au diagnostic, au pronostic et au traitement des maladies. Ainsi limité, ce champ est encore si vaste qu'aucun praticien ne peut se vanter de n'avoir point une défaillance de mémoire et de n'être pas obligé de chercher un renseignement dans ses livres classiques.

Destiné à parer aux défaillances de mémoire, inévitables dans l'exercice de la pratique journalière, *l'Aide-Mémoire de Thérapeutique* a réuni, sous une forme concise mais aussi complète que possible, toutes les notions thérapeutiques indispensables au médecin. Pour faciliter la recherche rapide, les questions sont classées par ordre alphabétique. Elles comprennent : 1° l'exposé du *traitement de toutes les affections médicales et des grands syndromes morbides*; 2° l'étude résumée des *agents thérapeutiques principaux, médicaments et agents physiques*; 3° la mention des *principales stations hydrominérales* (situation, composition, indication) et *climatériques* ; 4° l'exposé des *connaissances essentielles en hygiène et en bromatologie*.

En ce qui concerne le traitement des maladies, le problème du diagnostic est supposé résolu et les détails cliniques sont réduits au strict nécessaire. L'étude de chaque médicament comprend non seulement celle de ses caractères physiques et chimiques, de ses indications thérapeutiques, de sa posologie, de ses effets utiles, mais encore celle de ses actions nuisibles et toxiques, de ses effets physiologiques expérimentaux (s'il y a lieu), des signes traduisant, chez l'homme, l'intolérance ou l'intoxication. A propos de tous les agents médicamenteux usuels, sont donnés des spécimens de formules applicables aux cas les plus fréquents de la pratique courante. Du reste, les détails fournis sur chaque drogue, les notions exposées en divers articles (*art de formuler, incompatibilités, intolérance pour les médicaments, potions, pilules, cachets, etc.*) permettront aisément au médecin de formuler lui-même des prescriptions variées et appropriées à chaque cas particulier.

Réunissant en un seul et même ouvrage un résumé de clinique thérapeutique et un formulaire, cet Aide-Mémoire, bien imprimé et élégamment relié, est destiné à devenir le vade-mecum indispensable au médecin praticien.

REPORTAGE MÉDICAL

Châtel-Guyon. — L'assemblée générale de la Société des Eaux minérales de Châtel-Guyon s'est tenue à Paris le 30 mai dernier. Elle a fixé comme suit le chiffre du dividende à répartir à chacune des catégories d'actions pour l'exercice 1907 :

20 francs aux actions anciennes (12 mois) complètement libérées .

12 fr. 50 aux actions anciennes (12 mois) libérées d'un quart.

15 francs aux actions nouvelles (6 mois) complètement libérées.

11 fr.25 aux actions nouvelles (6 mois) libérées d'un quart.

Les actions anciennes comprennent du n° 1 au n° 6800 : les actions nouvelles, du n° 6801 au n° 10.200

Ce dividende est payable à partir du 1er septembre 1908, sous retenue des impôts de finances habituels, soit au siège social de la Société, 1, rue Rossini, soit à l'Etablissement thermal de Châtel-Guyon, soit aux Caisses des principaux Etablissements de crédit.

Association française de Chirurgie. — (21e Congrès, 5-10 octobre 1908). — Le 21e congrès de l'Association française de Chirurgie s'ouvrira à Paris à la Faculté de Médecine, le lundi 5 octobre 1908, sous la présidence de M. le Professeur Em. Forgue, de Montpellier, correspondant national de l'Académie de Médecine.

Les questions suivantes ont été mises à l'ordre du jour du Congrès :

1° Chirurgie du canal cholédoque et du canal hépathique. Rapporteurs : MM. Delagénière, du Mans, et Gosset, de Paris.

2° Traitement chirurgical des cavités osseuses d'origine pathologique. Rapporteurs : MM. Broca, de Paris, et Nové-Josserand, de Lyon.

3° Traitement chirurgical des névralgies faciales. Rapporteurs : MM. Jaboulay, de Lyon, et Morestin, de Paris.

MM. les Membres de l'Association sont priés d'envoyer, avant le 30 juillet, le titre et les conclusions de leurs communications, à M. le docteur Walther, secrétaire général, 68, rue de Bellechasse, à Paris.

Pendant la durée du congrès, une exposition d'instruments de chirurgie, d'électricité médicale, d'objets de pansement, etc., sera installée dans le grand vestibule de la Faculté de médecine.

Pour tous renseignements concernant le Congrès, s'adresser au secrétaire général.

Faculté et Hôpitaux.

M. Manouélian fera, à partir du 17 juin, des exercices pratiques sur les méthodes générales et sur les procédés nouveaux de technique histologique et histo-bactériologique. Les séances commenceront à 2 h. 1/2 de l'après-midi. Le nombre des élèves est limité. Le montant du droit à acquitter est de 60 francs.

MM. Cantonnet, Cerise et Coutela, chefs de clinique et de laboratoire, commenceront, le lundi 20 juillet 1908, à 2 h., à l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Dupuytren) un cours de vacances, sur les maladies des yeux, et le continueront tous les jours à la même heure. Ce cours comprendra 15 leçons.

Chaque leçon sera suivie de présentation de malades et d'exercices cliniques. MM. les Docteurs et Etudiants français et étrangers seront admis, après immatriculation, à s'inscrire pour ce cours de vacances. Le montant des droits à acquitter est de 50 francs.

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trentième année | N° 25 | Dimanche 21 JUIN 1908

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

A PROPOS DU CONGRÈS DE LILLE

Saint-Mandé, le 12 juin 1908.

Mon cher Jeanne,

Je vous adresse directement une circulaire que j'ai reçue *ce matin seulement* de Verhaeghe.

Je crois qu'il serait très utile de la faire paraître dans le n° du *Concours* du dimanche 20 juin.

Les constatations de Verhaeghe sur l'*influence du capitalisme sur le médecin, travailleur intellectuel* sont des plus exactes et des plus importantes.

Elles posent la question et la discussion sur un terrain très élevé. Il serait à désirer que la *réunion spéciale* à Lille soit connue de tous nos confrères.

Bien à vous — Dr Diverneresse.

Bourse du Travail de Lille

GROUPE MEDICAL

du

Secrétariat Ouvrier d'Hygiène

Lille, le 10 juin 1908.

Appel aux Médecins.

Confrère et Camarade,

Les temps changent.

Des conditions économiques nouvelles (développement des lois d'hygiène, d'assistance et d'assurance — accroissement des œuvres de mutualité, de bienfaisance, de philanthropie — extension des services médicaux centralisés et hiérarchisés, etc.) donnent à l'exercice actuel de notre Profession médicale un caractère différent de ce qu'il était jadis.

Les capitalistes, qui — sont les promoteurs — plus ou moins officiels — de toutes ces mesures et de toutes ces œuvres, ne poursuivent par leur intermédiaire que leur intérêt pur et simple : accroissement de la production par l'accroissement de la force productive des travailleurs, le contrôle sanitaire de leurs ouvriers à l'embauchage et pendant le travail, la réparation la plus rapide et au meilleur marché possible des accidents ou maladies dont ils sont responsables, — tout en se donnant l'apparence, par l'adjonction d'œuvres de bienfaisance les plus diverses, de soins médicaux gratuits, de n'agir que par philanthropie.

Et pour avoir à bon compte les médecins indispensables au fonctionnement de ces divers services, ils ont accaparé, monopolisé, canalisé les malades par l'intermédiaire de leurs Sociétés de secours mutuels, de leurs œuvres philanthropiques, de leurs bureaux de bienfaisance, de leurs hôpitaux, de leurs dispensaires, dans lesquels *ils ont supprimé le libre choix du médecin.*

Un certain nombre de confrères — rares — ont pu trouver dans ces organisations médicales étatistes ou capitalistes des situations convenablement rémunérées. D'autres, plus nombreux, auraient et ont même parfois rempli ces fonctions gratuitement, y voyant un moyen d'arriver à la clientèle riche ou aux honneurs et aux décorations. Mais la masse des médecins, privés de la clientèle ouvrière et même aisée qui leur permettait de vivre, poussés par la nécessité, se sont trouvés dans l'obligation de faire ce travail pour un salaire parfois dérisoire, s'estimant encore heureux, étant donné la concurrence, de trouver ce travail, ce que l'on appelle *des fixes.*

Ainsi donc : Première constatation. — *Le médecin, travailleur intellectuel, se transforme*

peu à peu, par et pour le capitalisme, en un salarié au même titre que le travailleur manuel.

Contre cet asservissement du corps médical par le capitalisme croissant, nous, médecins conscients, espérons lutter par l'obtention et la reconnaissance pour tous les malades du *droit de choisir librement leur médecin.* Nous estimons que le libre choix reconnu et effectivement appliqué — tout en respectant le fonctionnement et le développement des œuvres créées ou à créer, des mesures de contrôle médical ou de protection sanitaire prises ou à prendre par les individus ou les collectivités intéressées — nous donnera la possibilité, d'une part, *de maintenir un taux normal à la rémunération de notre travail,* de l'autre de *conserver notre dignité d'hommes et notre liberté de conscience et de conception scientifique.*

De leur côté, les ouvriers se sont rendus compte que les philanthropes de la bourgeoisie spéculaient sur leur misère et n'étaient que des pantins dont les capitalistes tiraient les ficelles ; que, s'ils retiraient parfois quelque avantage des consultations données gratuitement par les médecins à la solde de ces œuvres philanthropiques d'essence patronale, en revanche, leurs patrons étaient admirablement renseignés sur toutes leurs tares physiques ou physiologiques ; que ces médecins, mis gratuitement à leur disposition, avaient pour mission, tout au moins dans l'esprit des plus intelligents d'entre leurs patrons, de remplacer le curé ou la religieuse qui ne pénétraient plus que difficilement dans les familles ouvrières. *Le rôle d'agent patronal, joué par le médecin attaché aux entreprises capitalistes, éclata au grand jour à propos de l'application de la loi sur les accidents du travail.* Et, de toutes parts, les organisations ouvrières se levèrent alors pour réclamer l'application effective du libre choix du médecin.

D'où : DEUXIÈME CONSTATATION. — *Le médecin et l'ouvrier, dans le but de restreindre leur servitude et leur dépendance, revendiquent tous deux le libre choix du médecin.*

Nous pourrions également montrer que, sur le terrain de l'hygiène publique et de la médecine sociale, les intérêts des ouvriers sont connexes des intérêts des médecins, que les revendications médicales sont identiques aux revendications ouvrières.

Ainsi donc, THÉORIQUEMENT COMME PRATIQUEMENT, UN RAPPROCHEMENT DES ORGANISATIONS OUVRIÈRES ET DES ORGANISATIONS MÉDICALES S'IMPOSE, l'entente doit se faire entre médecins et ouvriers pour la défense d'intérêts communs, pour le succès de revendications communes.

C'est dans ce but que fut créé le *Groupe médical du Secrétariat Ouvrier d'Hygiène de Lille.*

C'est dans ce but que nous faisons actuellement appel à toutes les bonnes volontés, afin de donner à notre action — jusqu'ici localisée à la région du Nord — une extension et une ampleur de plus en plus grande.

Confrère et Camarade, si, comme nous, vous croyez en l'utilité, en la nécessité d'une entente, de rapports constants entre les médecins et les organisations ouvrières, envoyez-nous votre adhésion.

Pour le groupe médical du Secrétariat ouvrier d'Hygiène :

Dr D. VERHAEGHE.

Nota. — Une réunion spéciale étant organisée par le « Groupe médical du Secrétariat ouvrier d'hygiène » lors du prochain Congrès des Praticiens, prière de nous faire savoir si vous avez l'intention d'assister à ce Congrès.

Envoyer adhésions et réponses au Dr Verhaeghe, Bourse du Travail, 31, rue Léon-Gambetta, Lille.

LA SEMAINE MÉDICALE

La ponction lombaire dans les méningites.

A l'une des dernières séances de la Société du VIe arrondissement de Paris, M. le Dr DEPASSE a fait une remarquable communication sur l'absolue nécessité de pratiquer la ponction lombaire dans tous les cas de méningite.

« Il y a un grand nombre de méningites, en effet, dit M. Depasse, et elles sont loin d'être toutes tuberculeuses et incurables. Ce terme de méningite est aussi vague que celui de bronchite ou de fièvre. Je n'ai pas l'intention de citer toutes les méningites des adultes et des enfants. De ces dernières, seulement, il sera question ici. Or, les méningites des enfants sont, à elles seules, déjà très nombreuses. On commence à y voir clair. On peut actuellement souvent les différencier les unes des autres, ce qui est très important au point de vue du pronostic et du traitement.

« Il y a d'abord la méningite tuberculeuse, la plus fréquente et la plus terrible, puis les méningites éberthienne, pneumococcique, entérococcique, saprophytique, gonococcique, varioloïque, grippale, etc.

« A cause sans doute de la similitude des symptômes, c'est la méningite tuberculeuse seule qui est décrite dans les traités des maladies de l'enfant et le traitement en est absolument désespérant ; car on a essayé de tout inutilement. Au contraire, si on différencie les méningites et si on applique le traitement approprié, on peut déjà en guérir quelques-unes et il faut espérer qu'on en guérira de plus en plus.

« Toutes les méningites produisent une exagération du liquide céphalo-rachidien qui est connue de tout temps ; car elle est visible chez les enfants dont les os du crâne ne sont pas encore solidifiés ; cela se traduit par une hypertension de la fontanelle, quelquefois tellement prononcée qu'on doit souvent avoir la tentation de faire une ponction de cette fontanelle. Pourquoi ne l'a-t-on pas faite ? On ponctionne les pleurésies, les péricardites, les ascites. Peut-être n'a-t-on pas osé ; cependant, avec de l'antisepsie, le danger n'est pas grand, et on a bien le droit d'être hardi en face d'une situation aussi grave.

Aussi, quand la ponction lombaire eut été inventée, elle donna lieu à de grandes espérances. Elle est facile à faire, n'offre aucun danger, aucun risque, elle soulage presque toujours beaucoup les patients, et elle permet de faire un diagnostic précis de la variété de méningite à traiter. Sa pratique est devenue assez banale, au moins dans les hôpitaux, mais elle n'a pas encore pénétré chez les médecins praticiens autant qu'elle le mérite, car le pronostic et le traitement sont bien différents selon qu'on se trouve

en présence d'une méningite tuberculeuse, qui ne laisse jusqu'à présent aucun espoir, ou bien en présence d'une méningite éberthienne, gonococcique, septique, qui peuvent guérir si on intervient à temps d'une manière active. Or, sans le secours de la ponction lombaire et de l'examen du liquide céphalo-rachidien, on peut se tromper et on se trompe souvent, et on laisse aux familles de l'espoir là où il n'y a rien à espérer, ou bien on se désespère là où il y a de l'espoir.

M. Depasse cite un cas de méningite tuberculeuse diagnostiqué par la ponction lombaire, alors que plusieurs bons cliniciens l'avaient pris pour une dothiénenterie, et laissaient entrevoir à l'entourage un sérieux espoir de guérison. La ponction permit de découvrir des bacilles de Koch dans le liquide céphalo-rachidien. Ensuite, l'auteur rapporte l'histoire de deux cas de méningites, l'une septique d'origine otique, l'autre gonococcique, qui furent guéris par des ponctions lombaires répétées ainsi que par le collargol en pommade, en injections intra-veineuses et même intra-rachidiennes.

La conclusion qu'il convient de tirer, c'est que la ponction lombaire est toujours utile, jamais nuisible, et qu'elle permet de faire un diagnostic précis qui guide le traitement. C'est donc une méthode qu'il faut employer toujours.

Un point est intéressant à signaler, c'est le nombre de cas où l'on peut arriver à faire le diagnostic de tuberculose. D'après M. Depasse, on peut faire à coup sûr, grâce à la lymphocytose et à la polynucléose, ce diagnostic dans la proportion moyenne de 70 %.

Les indications des cures radicales des hernies.

M. le Dr Labeyrie a traité de main de maître dans le *Journal des praticiens de l'Ouest*, la délicate question des indications de la cure radicale des hernies.

L'auteur estime d'abord, d'une façon générale que tout sujet jeune atteint de hernie doit être engagé à se faire opérer et qu'au contraire il vaut mieux détourner les vieillards de ce risque si aléatoire.

Les hernies ombilicales devraient toutes être traitées par l'intervention chirurgicale, surtout avant cinquante ans, car l'étranglement de ces hernies est toujours grave.

« Mais, c'est surtout pour la cure radicale de la hernie inguinale que se pose la question de l'opportunité et du pronostic opératoire. Toutes les hernies inguinales sont bonnes à opérer chez les femmes. Toutes les hernies congénitales sont bonnes à opérer chez l'homme et l'on peut considérer comme congénitales les hernies qui surviennent avant trente ans. Il ne faut faire de réserves que pour certaines conditions anatomiques que nous allons développer tout à l'heure.

« La hernie congénitale a pour caractéristique d'entraîner une déformation minime de la région atteinte, les anneaux sont bien nets, à rebords moins tranchants, le canal est bien marqué, sa traversée est nettement appréciable.

« Au contraire, certains sujets jeunes, présentant d'ailleurs d'autres lésions de rachitisme, semblent atteints d'une véritable maladie des aponévroses ; la paroi abdominale est très souple, trop mince, trop dépressible ; les anneaux inguinaux sont mal marqués, il n'y a presque pas de canal inguinal. Dans ce cas, il faut se garder d'opérer, si l'on veut obtenir un résultat parfait, c'est-à-dire le maintien de la guérison sans bandage. On rencontre souvent en pareilles circonstances une disposition anatomique spéciale : au lieu d'un anneau inguinal, on a une fente ; la main présentée de champ dans l'orifice qu'a laissé la hernie trop facile à réduire donne la sensation de pénétration directe dans l'abdomen ; il n'y a plus de canal inguinal, mais une fissure. C'est la pire condition pour l'exécution d'une cure radicale. Si l'on rapproche les

---

FEUILLETON

Une thèse qui vaut mieux que beaucoup d'autres.

Du devoir des médecins vis-à-vis les uns des autres et à l'égard de la médecine ;

Par le Dr Louis Le Cabon.

(*Suite*)

Un syndicat, d'après la définition du *Dictionnaire Larousse Illustré*, est un groupement formé pour la défense d'intérêts économiques communs à ses adhérents. A mon avis, les syndicats médicaux sont excellents, mais ils ne sont pas bons comme ils sont actuellement constitués.

Je parle naturellement des syndicats que je connais, soit de *visu*, soit par la publicité des journaux périodiques, qui s'intéressent aux choses de la médecine et qui essaient de nous y intéresser.

Les syndicats médicaux n'ont aucun statut ; si, par hasard, ils en ont, les syndiqués, en général, n'en sont pas avisés. Dans les cercles de jeux ou autres, on est présenté par des parrains qui répondent de l'honorabilité de l'impétrant, du postulant. Pour être syndiqué d'un groupement de médecins, il suffit de se présenter comme médecin, sans être proposé, si ce n'est par soi-même, de sorte qu'un individu plus ou moins quelconque, portant beau, avec un peu de morgue et d'arrogance, peut très bien, pourvu qu'il verse sa cotisation, faire partie, séance tenante, d'un syndicat médical.

Cela est si vrai que, sur quarante syndiqués, il n'y en a souvent que six ou sept présents aux séances semestrielles de chaque année. Mais je suis convaincu que si jamais, au grand jamais, les quarante syndiqués se rencontraient, il leur faudrait au moins deux heures pour apprendre à se connaître.

Et pourtant il serait tout indiqué que des confrères, qui devraient avoir les mêmes intérêts à défendre en commun, se connaissent, afin qu'en cénacle privé, loin de la clientèle moqueuse et prête à rire de leurs faiblesses, ils soient à même de faire leur lessive de famille ; il serait bon que certains médecins qui n'ont pas agi avec correction à l'égard de leurs confrères soient tancés plus ou moins vertement. On pourrait même les exclure du syndicat pendant un laps de temps plus ou moins long.

Au lieu de cela, que voyons-nous souvent ? Beaucoup de médecins se détachent des syndicats dans lesquels ils étaient entrés avec de vrais sentiments de confraternité, de sorte que n'y restent simplement que ceux qui sont cause du départ des premiers qui en faisaient partie avant eux-mêmes.

Pourquoi se détache-t-on des syndicats médicaux ? Tout bonnement parce que le syndicat ne remplit pas son but, qui est de rendre service à tous ses adhérents, de les tenir groupés et serrés. Il est évident que le jour où le syndicat tient ses assises biannuelles, on cause, on se réunit dans des agapes confraternelles ; ce jour-là on est heureux, on s'aime. on se congratule, on se complimente et on s'adore,

piliers, on amènera infailliblement des éraillures des muscles et des aponévroses, et la paroi se détendra à côté, livrant passage à une hernie souvent plus volumineuse que celle qui a déterminé l'intervention.

« Passé la trentaine, bien peu de sujets sont justiciables d'une intervention vraiment libératrice. C'est à partir de cet âge qu'apparaissent surtout les hernies dite de faiblesse et que l'on voit ces ventres connus sous le nom de *ventres en as de trèfle*, c'est-à-dire présentant une saillie sous-ombilicale et deux saillies au niveau des flancs et des fosses iliaques. Les canaux inguinaux sont nettement dessinés et soulevés par le passage de l'intestin et de l'épiploon. Si le malade est examiné couché, le ventre se déprime sous l'influence de la pesanteur. En faisant relever à moitié le malade, on ne sent pas la sangle tendue des muscles droits, les obliques ; les transverses manquent aussi de résistance et la palpation de l'abdomen est comparable à celle d'un sac rempli de chiffons. Chez de semblables sujets, les intestins semblent avoir perdu droit de domicile ; ce sont des fuyards qui profiteront toujours du moindre hiatus pour sortir. En pareil cas, la cure radicale est absolument contre-indiquée : elle ne rendra aucun service.

« De même, il faudra s'abstenir de toute intervention chez les hernieux qui sont des malades et chez lesquels la hernie est survenue secondairement, parce qu'il existe uue cirrhose du foie, une hypertrophie de la prostate, une bronchite chronique, de l'ascite.

« Pour ce qui est des hernies de l'enfant, seules les grosses hernies inguinales commandent l'intervention : on peut espérer guérir toutes les autres par un bandage approprié maintenu suffisamment longtemps, cependant qu'on organise une alimentation rationnelle.

« Les indications et contre-indications des cures radicales ainsi exposées à grands traits, il faut reconnaître que cette opération présente peu de dangers chez des sujets sains et qu'elle est toujours praticable. Il faut seulement se garder de lui demander plus qu'elle ne peut donner et de compromettre toujours le résultat idéal en général escompté par le malade. Mieux vaut renforcer par une bonne ceinture une paroi abdominale faible et prévenir une hernie possible ou probable, ce qui est le cas après toute cure radicale, que de chercher à maintenir un intestin insinuant et une tumeur herniaire constituée de toutes pièces.

« En cas de hernies trop volumineuses, chroniquement enflammées et douloureuses, de hernies irréductibles ou à contenu anormal (gros intestin, vessie, ovaire, estomac), de hernies compliquées (hydrocèle, lipome, cancer, ectopique testiculaire), il faut toujours opérer. On s'évitera ainsi bien des déboires et l'on s'épargnera l'ennui d'intervenir au cours d'une crise d'étranglement où la nécessité commande et où, avec de plus grands risques, l'on fait toujours moins bien les choses ».

Le Tannigène dans la pratique infantile

M. le Dr Arcelli, d'après ses observations, s'exprime d'une façon extrêmement favorable sur le tannigène. Pour comparer son action, il a essayé dans la pratique infantile une série d'astringents intestinaux le plus en usage, tels que par exemple le tannocol, la tannalbine, le bois de campêche, le bismuth, l'almatéine, les racines de colombo et de ratanhia. Sans vouloir déprécier la valeur de ces substances il attribue le premier rang au tannigène.

Parmi les 22 cas rapportés, 11 concernent des enfants d'un âge variant de 28 jours à 5 ans, tandis qu'un cas a trait à une jeune fille de 24 ans atteinte d'entérocolite depuis un mois. Il existait des douleurs abdominales et du ténesme. Les selles nombreuses et liquides étaient souvent mélangées de masses muqueuses sanguinolentes. Après avoir essayé sans beaucoup

---

Mais le lendemain c'est fini ; chacun tire de son bord, selon la forte expression des marins, et ne pense plus qu'à lui-même.

Je me rappelle, à ce sujet, des pseudo-vers qui n'ont pas dû être procréés par l'auteur de l'*Art poétique*, mais qui définissent bien ce qui se passe le jour et les lendemains des assises et des agapes syndicales :

> Quand un cordier cordant veut accorder sa corde
> Pour sa corde à corder trois cordons il accorde,
> Mais si l'un des cordons de la corde décorde
> Le cordon décordant fait décorder la corde.

Je ne prétends pas qu'il en soit ainsi pour tous les syndiqués, ni même pour la majorité ; il suffit qu'un seul d'entre eux soit un faux confrère, un égoïste, pour que mon tableau, que j'ai noirci à dessein, vous montre la réalité de ce que j'avance.

La pléthore des praticiens, l'abondance des médecins et l'encombrement de notre profession ont été, tour à tour et en même temps, indiqués comme étant la cause la plus forte de ce que certains d'entre nous ont dû renoncer à l'exercice de notre art ou y adjoindre un commerce.

Quant à moi, j'avoue franchement que je ne suis pas commerçant ; d'abord, j'ai peu d'aptitude pour le commerce, et ensuite je n'ai rien à vendre.

Mais je pense sincèrement qu'un médecin agriculteur ou vigneron est en droit, pour augmenter les ressources que lui rapporte sa profession, de se défaire du surplus de ce que lui donne son travail supplémentaire en le vendant et j'estime que ses confrères, quand ils y trouvent leur avantage, ont un peu le devoir de se fournir de préférence chez lui. C'est là une œuvre de solidarité professionnelle.

Quant à ceux qui ont renoncé à l'exercice de notre art, on peut les diviser en deux catégories :

1° Ceux qui n'ont pas terminé leurs études ou qui les ayant terminées, ne sont pas munis du diplôme.

2° Ceux qui, après un certain temps écoulé, ont été *réduits* par des circonstances indépendantes de leur volonté à abandonner la profession.

Le plus souvent, les premiers ont trouvé une situation plus avantageuse dans les lettres, ce dont il leur convient de se féliciter ; ils sont assez rentés pour se moquer agréablement des pauvres morticoles.

Pour ceux qui font partie de la deuxième catégorie, le motif paraît plus complexe, quoique réellement et en définitive, sous des aspects protéiques divers, il soit le même, au point de vue de ses résultats. Il est certain que, maintenant, il y a plus de médecins qu'autrefois ; c'est, évidemment, là, une cause de diminution de clientèle par encombrement médical.

Mais ce qui est éminemment cause du lâchement forcé, de l'abandon obligé de notre profession, c'est le sans-gêne, je dirai plus, l'outrecuidance de très rares confrères.

Je cite deux exemples que je crois typiques ; quoiqu'il n'y ait pas, bien entendu, d'indication de noms, je les garantis véridiques et vécus :

1° Il y a trois médecins : A, B et C exerçant dans la ville de C.

Le premier, A, va une fois par semaine, mettons

de succès les médicaments les plus variés, on eut recours en dernier ressort au tannigène, à la fois par la bouche et par le rectum. Le tannigène réussit brillamment. La malade put manger après 6 ou 7 jours.

Dans les 21 autres cas, il s'agissait de diarrhées de causes diverses: simples diarrhées d'été, diarrhées causées par une entérite, diarrhées catarrhales, ou provoquées par des vers intestinaux etc.......

Dans beaucoup de cas, l'auteur, après avoir essayé inutilement d'autres moyens, eut recours au tannigène et obtint ainsi le résultat cherché. Les résultats ont même été excellents dans les cas où il s'est exclusivement servi du tannigène.

M. Arcelli cite comme avantages incontestables du tannigène sur les autres astringents intestinaux, les suivants :

1.— L'action astringente du tannigène est rapide est sûre.

2.— Le tannigène exerce une action astringente dans les intestins.

3.— Le tannigène neutralise les toxalbumines de l'intestin, avec lesquelles il se combine et qu'il rend ainsi inoffensives.

4.— Il n'a pas d'action toxique même après un emploi prolongé.

5.— Il ne trouble jamais la digestion en raison de son insolubilité dans le suc gastrique et ne provoque ni nausées, ni vomissements.

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu : M. le Professeur agrégé Morestin.

Les grenouillettes

Nous avons actuellement dans le service une jeune femme atteinte de tumeur du plancher de la bouche. L'étude de ce cas me paraît devoir être profitable.

Voici l'histoire de la malade. Il y a quelques années, elle commença à sentir et à apercevoir, au-dessous de sa langue, une masse allongée, soulevant la muqueuse. La lésion se développa lentement, graduellement, jusqu'à atteindre le volume d'une noix environ. La malade se rendit alors dans une clinique où il fut question, dit-elle, d'un abcès et où une incision fut pratiquée séance tenante. Cette intervention amena un affaissement immédiat de la saillie sub-linguale, mais celle-ci recommença à grossir dès le lendemain. La patiente vint ensuite à l'Hôtel-Dieu, *où deux opérations successives furent faites* : d'abord une tentative d'extirpation par voie buccale, qui ne donna qu'un résultat temporaire; puis une tentative par voie extérieure. On crut, à ce moment, que l'extirpation avait été complète. Il n'en était rien : la tumeur réapparut encore.

Disons-le immédiatement : il s'agit d'une affection qui n'est pas absolument rare et qui se présente toujours avec le même aspect. C'est une grenouillette.

La grenouillette est une *tumeur du plancher* de la bouche. Il y a seulement quelques années, on l'aurait définie : un kyste salivaire du plancher buccal. D'autres études, plus récentes, tendent à faire d'elle plutôt un kyste mucoïde.

Ce nom singulier de grenouillette a une origine assez mystérieuse. Tient-il à la prononciation quelquefois défectueuse des malades, à l'aspect de la bouche ? Peu importe, en réalité.

---

le mardi, dans les endroits E, F, G, donner des consultations dans des maisons déterminées et connues. Ces consultations suivies parfois de visites dans les environs, sont décorées du nom pompeux de : « philanthropiques », mais sont réellement faites par le célèbre Dr A dans un but de lucre d'autant plus avéré, que, plusieurs mardis consécutifs, il reçoit le même malade qui aurait été probablement guéri à la suite d'une visite faite à temps ; mais comme le philanthrope était attendu dans deux ou trois jours et que le malade voulait profiter de son passage, la maladie s'est aggravée du fait de cette attente du médecin voyageur.

Conclusions :

Le malade a plus de chances de mourir.

Le malade paie trois fois plus cher sa guérison.

Les confrères du célèbre A, soit de sa ville, soit des environs, qui auraient pu être appelés, restent tranquillement chez eux, criant après la misère et la dureté des temps et l'encombrement médical.

Le Dr A, gagne, si l'on peut s'exprimer ainsi, beaucoup d'argent, voire de l'or, pendant deux ou trois ans, sur le dos de ses confrères ; mais, à la fin, sa clientèle le considère et le prend pour un charlatan et un voyageur en médecine, d'autant plus que le médecin A n'est qu'un vulgaire fumiste et souvent, mais trop tard, on s'aperçoit qu'il n'a pas plus de diplôme que de science.

Mais que de victimes, pendant un, deux ou trois ans ! victimes à plaindre, qui sont les confrères, et victimes consolables, qui sont les clients honteux et confus !

2° Un jour, le Dr Z, fatigué et égrotant, demande à une Faculté de médecine de lui procurer un remplaçant pendant un mois. Le remplaçant demandé, X, est obtenu; il arrive jeune, pimpant, comme il sied à un jeune étudiant qui se respecte. Le médecin Z, reste malade plus longtemps qu'il ne le pensait (quatre mois). Pendant ce temps, le remplaçant plaisait de plus en plus à la clientèle ; il était mariable ; reçu docteur, il épouse une riche héritière, fille unique, et vient s'installer dans le pays, la localité même de Z, lui faisant une concurrence acharnée et d'autant plus facile que lui est jeune et valide. Z voit son cabinet déserté et meurt de chagrin dans la misère, je ne dirai pas de faim, grâce à une maigre pension, à lui allouée par la Société de Secours Mutuels à laquelle il a eu naguère l'heureuse idée de s'affilier. Il laisse après lui une veuve et deux enfants en bas-âge.

Et ce n'est pas de l'histoire ancienne, romaine ou grecque, que je viens d'écrire là ; c'est une histoire vraie dans toute sa poignante simplicité.

Croyez-vous que X, le remplaçant d'autrefois, a fait son devoir envers son confrère et envers la médecine ? De tels faits se passent de commentaires ; au sens des honnêtes gens, X a commis un crime atroce, un assassinat d'autant plus cruel qu'il n'épargne pas des victimes vivantes.

Je m'arrête, pensant que ces deux exemples suffisent largement à étayer cette thèse : que le médecin est toujours tenu à l'égard de ses confrères à une haute probité morale, qu'il a toujours le devoir intangible de ne pas aller sur leurs brisées.

Quand on fait ouvrir la bouche au malade on est immédiatement frappé par la saillie du plancher buccal : lorsque cette saillie est très accusée, même, on cherche la langue, tant elle est refoulée.

La tumeur est habituellement unilatérale. Dans la majorité des cas, la grenouillette débute d'un côté et elle reste localisée ou très prédominante de ce côté ! Elle soulève la muqueuse. La muqueuse en question offrant une grande laxité, se laisse distendre beaucoup. Cette muqueuse n'offre, d'ailleurs, en général, aucune altération. Elle n'est pas adhérente à la néoplasie sous-jacente, sauf phénomènes inflammatoires surajoutés. Elle laisse transparaître le kyste qui offre une teinte légèrement bleuâtre, bleutée, caractéristique de la grenouillette.

On apprécie le volume, la mobilité de la tumeur. La mobilité est quelquefois difficile à percevoir à cause de la flaccidité de la poche. Quand on touche cette poche, elle s'étale, en raison de la laxité du plancher buccal.

Les signes fonctionnels sont peu importants. La gêne de la parole est très modérée, à moins que la lésion ne soit volumineuse. Quand la grenouillette est énorme, la mastication peut être troublée.

La tumeur est susceptible de se rompre lorsqu'elle a atteint de grandes dimensions. Elle s'enflamme parfois, mais rarement.

La grenouillette constitue, en somme, une affection disgracieuse, une difformité visible et gênante. Aussi, les malades demandent-ils à en être débarrassés.

La grenouillette de notre malade appartient au groupe des grenouillettes sub-linguales — variété unilatérale. Dans quelques cas, assez exceptionnels, il existe deux kystes, l'un à droite, l'autre à gauche (grenouillette jumelle).

Il est d'autres cas plus curieux. Les grenouillettes dont je viens de parler siègent au-dessus du muscle mylo-hyoïdien. Eh bien ! au-dessous de ce muscle, on peut observer des kystes identiques dits grenouillettes sus-hyoïdiennes. Elles sont toujours précédées de grenouillettes sub-linguales. On voit apparaître alors une tumeur sus-hyoïdienne, atteignant quelquefois la taille d'un œuf ou du poing. C'est également une lésion molle, pseudo-réductible, disparaissant par la pression. La ponction retire le même liquide dans les deux masses. De la poche buccale à la poche sus-hyoïdienne, on peut voir se transmettre de la fluctuation : c'est une poche double, en bissac.

Autre variété. Chez le nouveau-né, on observe parfois une petite grosseur, comme une noisette, siégeant sur le côté du frein de la langue et correspondant au canal de Wharton. On nomme ces tumeurs : grenouillettes congénitales. Ce sont des petits kystes situés au niveau de la terminaison du canal de Wharton, au-dessous de l'ostium. Elles n'ont rien à voir avec les grenouillettes. Elles tiennent à un arrêt de développement de l'orifice du canal. Il suffit d'un petit coup de ciseau dans leur enveloppe pour créer une ouverture au canal et faire disparaître le kyste.

Revenons à la grenouillette sub-linguale qui, seule, doit réellement concentrer notre attention. Avec quoi peut-on la confondre ? Une erreur de diagnostic semble, ici, impossible, et cependant des confusions se sont produites.

On peut confondre la grenouillette sub-linguale avec le kyste dermoïde du plancher de la bouche. Ce kyste dermoïde siège tantôt sur la ligne médiane, tantôt latéralement. Quand il siège sur la ligne médiane (cas habituel), l'erreur n'est pas excusable. Le kyste dermoïde est arrondi, globuleux, de consistance beaucoup plus ferme. Il soulève la muqueuse par son pôle supérieur et sa partie inférieure s'enfonce profondément dans le plancher buccal, alors que la grenouillette est sous-muqueuse. Le kyste est souvent adhérent, d'une teinte jaunâtre et non bleutée. Si vous conserviez le moindre doute, vous pourriez faire une ponction exploratrice.

Il le pourra facilement si, lorsqu'il est dans l'exercice de sa profession, il se contente de tirer de sa conscience, de sa prudence, de sa science et de sa bonté tout ce qu'il en peut donner en l'occurrence et dans la circonstance. En agissant ainsi, en se conduisant de la sorte sans être ni raide, ni compassé, il sera toujours digne, n'aura rien à se reprocher, et il y aura encore de beaux jours pour les médecins et la médecine dans notre beau pays de France et de Navarre.

Que les médecins fassent une guerre sans trêve ni merci à tous ces charlatans, à tous ces empiriques qui paient des réclames éhontées dans les journaux, qui les affichent ou les font afficher dans les urinoirs, annonces émanant souvent d'individus tarés qui n'ont pas de diplôme ou qui, en tout cas, ne devraient pas en posséder.

Que nous agissions contre ces éminents spécialistes aux bandages surprenants, surtout par leur prix fabuleusement excessif, contre ces poseurs de ceintures plus ou moins hypogastriques guérissant les tumeurs les plus invétérées, contre ces détenteurs de secrets merveilleux pour faire pousser le poil le plus fin, le plus souple, le plus soyeux, le plus moelleux et le plus long jusque sur le crâne des morts, pour donner la puissance de la procréation aux dégénérés sexuels mâles et femelles, au moyen de poudre de couleuvres ou par l'application, pendant un dix-millième de seconde, de l'électricité irradiante ; nous ne nous plaindrons plus autant de l'encombrement de la médecine.

Notre profession est envahie par tous ces charlatans dont je viens de parler et malheureusement quelquefois aussi par les mauvais confrères dont j'ai également causé un peu plus haut.

Le Parlement et le Sénat renferment assez de médecins pour que nous soyons armés contre nos ennemis.

Notre devoir, à nous, est de nous unir non pas en paroles, mais en actes, en actes énergiques, et voulus ; c'est notre seul et unique devoir. Par notre union nous vaincrons. Éliminons, sans pitié, les faux confrères, j'entends ceux qui ont un diplôme légal, qui parlent volontiers de déontologie, mais qui pratiquent tout le contraire ; ce sont, en effet, les plus dangereux de nos ennemis.

Sursum corda.

CONCLUSIONS.

1° Le devoir de tout médecin vis-à-vis des autres médecins et à l'égard de la médecine est de considérer sa profession comme la plus belle et la plus noble qui soit au monde.

2° Pour arriver à ce but, un seul et unique moyen est utile, mais nécessaire : Vous demander si vous seriez content, au cas où un confrère agirait à votre égard comme vous le faites ou comme vous avez agi envers lui.

3° Il faut que les médecins se liguent, se coalisent pour se défendre et sauvegarder leur profession contre les charlatans et les empiriques.

Correspondance hebdomadaire
(Suite).

—

Actuellement tentative d'ordre amiable. Mon avoué muni de ce jugement *par défaut*, se présente pour faire valoir mes droits. Il m'avise que l'on conteste le caractère privilégié de ma créance parce que :

1° Le privilège des frais de dernière maladie ne peut s'étendre aux membres de la famille du failli exproprié.

2° Non plus aux opérations du genre de celle que j'ai effectuée.

Que dois-je faire ? Mes avoués ainsi que mon avocat semblent peu enthousiastes. Moi de même.

Réponse. — Il est actuellement établi en jurisprudence que seuls les soins médicaux donnés à la personne même du failli sont privilégiés sur l'actif de la faillite, à l'exception de ceux donnés à sa famille.

Concours à Dr H. à P. — Il ne nous semble pas que vous ayiez commis une faute contre la déontologie en inscrivant sur la plaque portant votre nom et vos heures de consultation la mention : « English Spoken ».

Dr S. de F., à *Concours.* — En qualité d'abonné au *Concours médical*, je viens, débutant inexpérimenté, faire appel à vos conseils dans lesquels, j'ai foi et espérance.

Je reçois déjà une feuille de contribution pour la patente basée sur le 15e du loyer avec les centimes additionnels. J'ai vu mon premier client le 10 mars dernier. Je n'ai pas succédé à un médecin, mais me suis installé moi-même.

Les ouvriers étaient encore à aménager la maison où j'habite en courant d'avril, peut être même de mai.

Il me semblait que la première année, je ne devais pas payer de patente, si je n'étais pas installé le 1er janvier, comme le mentionne la feuille au verso . . . . . « est due pour l'année entière par tous les individus exerçant au 1er janvier. . . »

Cher confrère, que dois-je faire ?

Payer ? Réclamer ensuite ? Ne pas payer, où réclamer ? à qui ? Pardonnez mon inexpérience.

Réponse. — Nous ne pouvons mieux répondre à votre lettre qu'en vous citant le texte même de la loi. L'article 28 de la loi du 15 juillet 1880 contient, en effet, la disposition suivante :

« Ceux qui entreprennent dans le cours de l'année une profession sujette à patente ne doivent la contribution qu'à partir du premier du mois dans lequel ils ont commencé d'exercer, à moins que, par sa nature, la profession ne puisse être exercée pendant toute l'année. Dans ce cas, la contribution sera due pour l'année entière

Le diagnostic du kyste dermoïde latéral avec la grenouillette sus-hyoïdienne est plus difficile. Les kystes latéraux ne sont pas fréquents. Ils sont d'emblée sus-hyoïdiens et n'ont pas de stade intra-buccal (la grenouillette sus-hyoïdienne, au contraire, s'accompagne ordinairement de grenouillette sub-linguale). La teinte, jaunâtre dans le kyste, et la consistance sont différentes.

Le lipome, l'angiome du plancher de la bouche sont faciles à distinguer : le lipome (exceptionnel, d'ailleurs) par ses lobules graisseux, l'angiome par sa teinte typique.

Signalons, dans ce diagnostic, certaines autres tumeurs liquides du plancher buccal. On peut observer à cette région — rarement il est vrai — des kystes hydatiques. Ils simulent assez bien la grenouillette. Ce sont des poches tendues, bien circonscrites, d'où la ponction retire un liquide clair, comme de l'eau de roche.

Indiquons, enfin, les kystes congénitaux développés à la base de la langue, aux dépens du canal de Bockdaleck ou des débris de corps thyroïde (goître kystique). Ils peuvent proéminer devant et au-dessous de la langue. On les différenciera des grenouillettes en constatant leur enclavement dans la base de la langue.

Quelques mots, maintenant, de pathogénie. Comment expliquer la production des grenouillettes ? C'est là une question fort obscure, malgré la multiplicité des études qu'elle a suscitées. Toutes les fois où un auteur fait un e petite découverte anatomique dans la région, on essaie de la rapprocher des grenouillettes pour donner à celles-ci une explication plus plausible.

On n'avait, jadis, aucune idée sur la pathogénie de cette affection. Ambroise Paré déclarait qu'il s'agissait « d'un amas de pituites tombées du cerveau sur la langue ». Lorsque les voies salivaires, le canal de Wharton, furent connus, de suite on y localisa les grenouillettes. C'était disait-on, une distension du canal de Wharton. Cette pathogénie, qni parut plausible, était fausse et voici pourquoi. Quand on examine un malade atteint de grenouillette, on arrive toujours à découvrir l'orifice du canal de Wharton, déplacé sans doute, mais visible. On peut avec un fil d'argent ou un crin de Florence le cathétériser sans difficulté trop grande. Il est toujours perméable chez ces malades. On en a une autre preuve en provoquant la sécrétion salivaire, que l'on voit sourdre par l'ostium. Le canal est voisin de la tumeur, mais la tumeur n'y siège pas.

Quand Fleishmann décrivit sa bourse séreuse, on se demanda si la grenouillette n'était pas un hygroma de cette bourse, un hygroma sub-lingual. Cette pathogénie est également à rejeter : parce que le liquide ne ressemble pas à celui des hygromas et parce qu'il n'y a pas de bourse séreuse. Tous ceux qui l'ont recherchée, par des dissections, après Fleishmann, ne l'ont pas trouvée.

Rappelez-vous les organes du plancher buccal, les glandes sub-linguales agglomérées entre autres. Sont-elles en cause et créent-elles, en devenant kystiques, la grenouillette ? L'hypothèse est bien séduisante. On a proposé aussi une origine dans la glande de Nühn et de Blandin. La doctrine attribuant la grenouillette à une lésion kystique de la glande sub-linguale a été longtemps classique. Elle l'était encore quand j'ai écrit mon article du Traité de chirurgie, en 1898.

Les examens microscopiques faits ultérieurement n'ont pas confirmé toujours ces vues et l'on s'est pris à douter de leur réalité. Une nouvelle théorie a surgi. Depuis quelques années, d'autres idées se sont fait jour. Veau et Cunéo ont admis que beaucoup de tumeurs de la région cervicale naissaient dans les débris de l'appareil branchial. On a parlé de la grenouillette, lésion congénitale, née des déchets de formation des glandes sub-linguales.

Quoi qu'il en soit de ces pathogénies diverses, il reste un point intéressant à envisager : que faire chez notre malade et que faire, d'une manière générale, aux sujets porteurs d'une grenouillette ? On a eu recours à des tentatives thérapeutiques aujourd'hui abandonnées. Jobert décapitait la tumeur avec des ciseaux et suturait les lèvres de la plaie à la muqueuse buccale. Le Dentu appliquait un bouton de caoutchouc. D'autres ont drainé. On a injecté dans le kyste des substances irritantes, teinture d'iode, chlorure de zinc: les manœuvres en question ont été souvent suivies de succès, mais elles sont très douloureuses. Elles étaient bonnes avant les progrès de la chirurgie. Aujourd'hui, seule, l'extirpation pure et simple convient. Je ne suis pas partisan de la voie sus-hyoïdienne, qui laisse une balafre, et je préfère l'intervention buccale, avec anesthésie locale. A vrai dire, c'est une opération assez difficile. Il s'agit de disséquer une poche mince, au milieu de tissus mouvants. On n'y arrive qu'au moyen d'artifices. On refoule toute la région sus-hyoïdienne, pour faire saillir le plancher buccal. Il ne faut pas s'acharner à disséquer la poche, ce qu'on ne pourrait pas faire en bas. On enlève la masse en passant à distance. On vide la région : c'est un véritable évidement. Il n'y a pas d'organe dangereux à ménager d'ailleurs. Le canal de Wharton peut être récliné, et, même coupé, cela n'offre pas grand inconvénient. On réunit par des sutures à la soie.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

PRATIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE
DANS LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

L'anesthésie locale

VI. — Cet article fait partie de la catégorie tarifée au prix de deux visites ou consultations.

Nous ne ferons point à nos confrères l'injure d'insister sur un genre d'intervention qu'ils pratiquent chaque jour ; il est bon cependant de préciser: Que faut-il entendre par anesthésie locale ?

Ce sera tout acte qui aura pour but d'atténuer par action locale la douleur d'une opération.

Avons-nous à ouvrir un abcès, à évacuer un hématome ? Nous projetterons sur le trajet de notre incision un jet de chloréthyle et ce sera là une *anesthésie locale*. Si nous enlevons un ongle ou si nous pratiquons une opération qui demande une anesthésie plus en profondeur, nous pouvons utiliser la solution de cocaïne, ce sera là encore une anesthésie locale.

Chacun connaît ces tubes de chloréthyle qu'on trouve maintenant partout. On a aussi intérêt à se munir d'ampoules de chlorhydrate de cocaïne, la conservation en est longue et on ne risque pas de trouver dans sa bouteille des flocons qui se forment très rapidement. Certes, les pharmaciens peuvent nous procurer d'excellentes solutions de cocaïne, mais il nous faut les employer fraîches : autrement l'ampoule vaut mieux. Pour tous les cas la solution à 1 pour 100 suffit.

On ne doit jamais dépasser une quinzaine de grammes de solution ; encore ce chiffre est-il une rareté ; il faut, pour employer ces doses, avoir à opérer en profondeur et avec une certaine durée.

Un moyen d'anesthésie locale dont je me suis souvent servi, c'est le mélange de sel et de glace pilée ou de neige.

Pour enlevr un ongle ou faire une désarticulation de phalange, je place un lien de caoutchouc à la base du doigt et dans un petit sachet de gaze, je mets de la glace et du gros sel par moitié ; l'insensibilité ne tarde pas à se produire et pour peu qu'on opère vite et hardiment, le patient ne sent rien du tout. La pulvérisation d'éther est encore de l'anesthésie locale.

Il demeure entendu que nous devrons compter la visite ou la consultation, plus l'anesthésie locale, plus l'intervention qui l'aura motivée, plus le pansement qui pour une intervention de ce genre, est toujours antiseptique complet ou hémostatique.

LES PANSEMENTS.

Nous allons avoir à nous occuper de cette question du pansement ; elle a été peu ou mal comprise et parfois mal interprétée. C'est qu'il faut bien reconnaître que jusqu'à présent rien n'a été écrit ou publié sur le tarif Dubief. Je suis moi-même surpris, au fur et à mesure que j'avance, par le vague des dénominations et classements, et ce travail devient bien plus compliqué que je ne me le figurais. Il y a des articles qui gagneraient à être groupés et qui sont fort éloignés les uns des autres (ce qui se comprend, puisqu'il s'agit uniquement d'un tarif), mais je crois qu'on rendra service aux confrères en faisant des tableaux par nature d'intervention, par région, etc.

Finalement, c'est pourquoi mes réflexions vont devenir une sorte de commentaire du tarif Dubief et c'est surtout ainsi qu'il faut les envisager.

4° Ablation d'esquilles ou points osseux ;
5° Ablation d'ongle semi-détaché ;
6° Ablation de parties condamnées ;

Sous les réserves faites au début du précédent article, ces diverses interventions, même réunies, sont tarifées au prix de deux visites ou de deux consultations.

Si un os est écrasé et si une pointe saillit, on aurait tort de ne pas l'enlever, de même si un lambeau déchiqueté pend par un pont de peau insuffisant pour le nourrir, il vaut mieux le sacrifier. Pour les ongles, il n'y a pas à se trop presser. J'ai vu des avantages à laisser un ongle en place même quand il est soulevé par un hématome.

Le pied et la main d'un ouvrier ne sont pas toujours d'une propreté aseptique ; c'est au pied surtout que les écrasements sont fréquents chez les terrassiers, les maçons, les charpentiers. Il peut arriver qu'il n'y ait pas plaie et qu'on ait affaire à une contusion avec fort épanchement. Bornez-vous alors à faire un pansement compressif après nettoyage sommaire à l'eau oxygénée et attendez. Deux ou trois jours plus tard, l'ongle viendra tout seul et les chances d'infection seront moindres que le premier jour.

Ceci n'est pas une règle absolue, mais je serais surpris si les confrères qui sont appelés fréquemment pour les accidents du travail ne partageaient pas ma manière de voir.

Il est de toute évidence que je me place dans le cas de l'isolé. Si on a clinique ou service d'hôpital, on peut tout faire et tout tenter ; mais, même dans ces cas-là, je resterai prudent et j'attendrai.

L'étude du pansement antiseptique complet, du pansement hémostatique ou des grands bandages compressifs tarifés au prix de deux visites ou consultations, en plus de la visite ou de la consultation, va nous retenir un peu.

Notre confrère Huguenin a déjà traité cette question dans le *Concours*, et il l'a fait avec la compétence et la conscience qu'il apporte à ses articles toujours si bien étudiés et si précis. (Voir *Concours*, nos 45 et 52, 1907.)

Ce qu'il faut surtout, c'est bien fixer ce que nous devons entendre par un pansement simple qui se confond avec le prix de la visite ou de la consultation sans donner droit à un honoraire distinct. Par suite, tout pansement qui ne sera pas simple sera forcément un pansement *antiseptique* ou mieux un *grand* pansement ou un pansement *compliqué*.

Cette dénomination, qui s'opposerait à celle de pansement *simple*, serait de nature à éviter les contestations de notes et à faciliter les appréciations des juges et des experts.

Quand une plaie a cessé de suppurer, quand la réunion est obtenue, qu'il ne reste que de toutes petites surfaces bourgeonnantes qui adhèrent à peine au pansement, quand nous ne renouvelons ce pansement que tous les 3 ou 4 jours et qu'il s'agit du contrôle d'un état satisfaisant, nous faisons des pansements simples.

Notre pansement a surtout, à ce moment-là, un rôle de protection ; la cicatrice n'est pas encore assez solide pour qu'on puisse l'exposer à un choc et la laisser sans danger s'offrir aux risques des poussières ou des contacts malpropres.

Très rapidement le pansement ancien est enlevé, et on lui substitue un pansement propre.

Cet acte est justement confondu avec la visite ou la consultation et c'est lui seul qu'on rémunère en fait, car notre œuvre médicale est, on le reconnaîtra, réduite au minimum.

Pour tous les autres cas, je suis d'avis qu'on a affaire aux *grands* pansements.

Ceux-ci seront secs ou humides, précédés ou non de lavages ou bains, accompagnés d'explorations ou de cautérisations, de vérification, de drainage ou d'application de substances variées.

Il en est beaucoup qui réservent toutes leurs faveurs au pansement aseptique, écartant de parti pris tout antiseptique. Ont-ils tort, ont-ils raison ? C'est une question de doctrine, mais certainement l'idée de la Commission n'a pas été de ne considérer comme pansement difficile, long et compliqué, que ceux dans lesquels on userait d'acide phénique ou de sublimé. Pas davantage, elle n'a pu songer, à l'instar de certain juge parisien, à diviser les pansements en petits et grands suivant la dimension des pièces qui les composent ! ! ! Les gazes variées que nous proposent les fabricants de pansements peuvent trouver parfois leur indication, mais sauf pour la gaze à l'iodoforme, qui rend souvent des services, et celle au peroxyde de zinc qui commence à être fort répandue, je ne vois pas trop le bénéfice spécial à tirer des gazes salicylées, boriquées, etc. La gaze au salol donne même souvent des érythèmes sérieux qui sont à éviter.

L'important, en matière d'accident du travail comme pour tout acte chirurgical, est d'éviter la *rétention*.

On y parviendra par le drainage ou par le tamponnement ; s'il s'agit d'un abcès, d'une loge bien définie, le tamponnement vaut mieux en le combinant comme je l'ai dit précédemment avec l'emploi du bicarbonate de soude. Si on opère dans une région où on ait besoin de ménager des aponévroses, des tendons, des ponts de peau, on usera de drains. Mais il faut se souvenir que le drain longtemps conservé fistulise la plaie. Il faut bien se rappeler que toute surface bourgeonnante suinte et que cette sérosité physiologique n'est pas toujours du pus. En essayant de maintenir trop longtemps un drainage, on arrivera à provoquer la formation de bourgeons peu vivaces, fon-

gueux et qui s'infecteront secondairement sans grande réaction, mais amèneront une fistulisation interminable. Nettoyons donc les trajets avec un tampon de gaze montée sur une longuette, ramenons les débris sphacélés et, dès que la surface saigne, disons-nous que la guérison est proche. Diminuons alors le drain, mettons une petite mèche et aidons la bonne nature au lieu de la contrarier.

Faut-il laver, faut-il ne pas faire de lavage ?

Il est bon de ne pas se montrer par trop doctrinaire, mais je crois qu'on abuse des lavages.

Un tampon d'ouate avec un peu d'alcool, après qu'on aura placé un morceau de gaze dans la plaie, suffira à nettoyer les bords. Je préfère de beaucoup le nettoyage des plaies avec la pince montée et crois que cela vaut mieux que le lavage. Si on devait y recourir, il faudrait faire usage de sérum artificiel ; il est moins douloureux et traumatise moins les plaies.

Reste à parler des indications du pansement sec et du pansement humide.

Nous savons tous que la chaleur humide procure un soulagement dans les grandes infections, telles que les phlegmons ; mais, à la main par exemple, on est gêné par les rides de la peau et par cette coloration blanc sale de l'épiderme mortifié. Si des incisions sont nécessaires, on les fait avec moins d'assurance, aussi je crois que, si on estime utile de faire une ou plusieurs incisions, il sera bon de faire un pansement sec la veille, le gonflement, la fluctuation, la coloration livide guideront mieux le chirurgien. Mais après l'intervention, faites un pansement humide.

Le pansement humide, outre l'action sédative indiquée plus haut, a surtout pour but d'éviter la rétention. La gaze stérilisée s'applique aux bords des plaies et absorbe mal, quand le suintement n'est pas très abondant.

Pour la technique de ce pansement, je ne peux mieux faire que de renvoyer nos confrères aux deux articles du confrère Huguenin. Il a traité ce sujet dans ses moindres détails.

La gaze au peroxyde de zinc s'emploie pour faciliter le bourgeonnement ; elle donne de bons résultats, analogues à ceux du bicarbonate de soude.

Rien à dire du pansement hémostatique ; quand il y a suintement en nappe, si on tamponne et si on applique un pansement compressif, on fait un pansement hémostatique.

La suppression de cette dénomination ne ferait aucun tort à la clarté du tarif ; il ne paraît pas bien nécessaire de la conserver. Il semble qu'on ait voulu dire que le pansement hémostatique pouvait ne pas être antiseptique, et seulement fait à la gaze stérilisée, mais qu'importe ?

Les grands bandages compressifs ont trait aux épanchements articulaires et à ceux du genou en particulier.

On les fera méthodiquement en utilisant de l'ouate et des bandes de toile ou de flanelle. Ces sortes de pansements étaient le triomphe de la génération qui nous a précédés. On les fait moins bien aujourd'hui. La gaze apprêtée et molle, les bandes de crêpe, nous ont rendu paresseux et moins coquets de ces renversés qui jouaient un si grand rôle quand l'art chirurgical était dangereux et que l'expectative retenait l'attention des jeunes étudiants.

(*A Suivre*). D[r] Ch. LEVASSORT.

ÉLECTROTHÉRAPIE

Les résultats de la Rœntgenthérapie dans le cancer primitif du sein.

Par le D[r] F. GIDON,
Radiologiste des hôpitaux de Caen.

Bien que le traitement des cancers du sein soit devenu depuis plusieurs années une des applications les plus courantes des rayons X. que le public le connaisse et que les intéressés le réclament, il ne semble pas que l'opinion médicale lui soit encore devenue généralement favorable, ni qu'elle le considère jusqu'à présent autrement que comme un pis-aller, inférieur dans ses résultats à l'ablation opératoire. Les publications sur la radiothérapie des cancers du sein ne sont, elles-mêmes, pas très nombreuses et, jusqu'à une époque toute récente, le grand public médical aurait pu ignorer l'importance réellement prise par cette méthode sans les brefs articles défavorables que lui consacraient de temps en temps les partisans de l'ablation systématique, pour livrer à la publicité une petite liste de ses insuccès. Il n'en est pas moins vrai qu'en dehors des cas pour lesquels elle ne semble jusqu'à présent point faite et où elle échoue, la Rœntgenthérapie constitue un mode de traitement du cancer du sein qui a ses indications incontestables et ses succès. Il peut donc être utile d'essayer d'en résumer les conditions d'efficacité et de discuter la valeur de ses résultats.

Aucune objection ne peut être formulée contre le principe même d'une méthode qui prétend seulement mettre à profit, sur un terrain anatomique différent, les propriétés antinéoplasiques que personne ne conteste plus aux rayons Rœntgen en tant qu'il ne s'agit de ne traiter que les cancers de la peau. Mais on a quelquefois publié que la situation relativement profonde, et en tout cas sous-cutanée du tissu néoplasique du sein était par elle-même un obstacle à l'efficacité du traitement. C'est un point qu'il convient d'examiner tout d'abord.

Il peut sembler singulier que l'on reproche aux rayons X de ne pouvoir agir en profondeur, alors qu'ils constituent la forme de radiation la plus pénétrante que nous connaissions et que, précisément, ils ont trouvé dans leur faculté de pénétration la base de leurs premières applications médicales, la radioscopie et la radiographie. Mais il est exact que les rayons X ne se propagent qu'en se modifiant de proche en proche dans les substances qu'ils traversent. Leur efficacité thérapeutique pourrait donc aussi se perdre à leur passage dans les téguments. On sait cependant que les rayons X traversent, sans perdre beaucoup de leur activité, la feuille d'aluminium que certains opérateurs emploient comme écran pour diminuer les chances de la radiodermite. Un certain degré d'absorption par les tissus cutanés peut donc n'avoir pas non plus une influence très fâcheuse sur leur action dans la profondeur. Mais l'efficacité des rayons X dans ces conditions peut être discutée comme une pure question de fait, car il est facile d'énumérer des cas actuellement courants de radiothérapie dans lesquels les rayons X travaillent efficacement derrière des opacités bien supérieures à celles qu'ils rencontrent dans le traitement des cancers du sein.

Le type extrême des actions radiothérapiques profondes semble bien se trouver réalisé dans les curieuses expériences de Laquerrière, qui traite le fibrome utérin des femmes âgées en provoquant

rapidement la ménopause par irradiation des ovaires à travers la paroi abdominale. Le traitement radiothérapique transcutané de l'hypertrophie de la prostate est un autre exemple du même ordre d'effets. Je peux signaler moi-même l'efficacité souvent presque immédiate et vraiment surprenante des irradiations transcutanées et transosseuses que l'on peut faire sur la base du nez, contre l'état d'occlusion et de gêne respiratoire qui accompagne souvent le lupus des narines. Mais c'est peut-être le traitement, devenu si courant, des adénites tuberculeuses par les rayons X, qui met le mieux en évidence l'action profonde de la radiothérapie. On voit souvent, en effet, des ganglions, à peine perceptibles derrière des plans musculaires, céder aussi facilement au traitement que leurs congénères presque souscutanés.

De tout ceci on doit conclure que l'efficacité de la radiothérapie ne s'arrête pas aux tissus tégumentaires et que les cancers du sein se trouvent bien dans sa zone d'action. Il appartient, d'ailleurs, à une technique appropriée, qui est connue depuis longtemps, d'assurer dans ces conditions le traitement radiothérapique, sans compromettre l'intégrité de la peau.

Il a été publié, à plusieurs reprises, des séries de photographies qui démontrent de la façon la plus incontestable l'action curative puissante et complète que peut manifester la Rœntgenthérapie dans certains cas de cancers du sein, gros et ulcérés. De ces succès très brillants, à supposer même qu'ils soient rares, résulte nécessairement une présomption très forte que la même méthode doit guérir plus facilement encore les cancers plus petits et plus récents qui ne déforment pas assez le sein pour se prêter au contrôle photographique. Mais on doit évidemment s'attendre à ce que les rayons de Rœntgen n'agissent pas d'une façon également puissante contre toutes les formes, tous les stades d'évolution et tous les états du cancer du sein, de même qu'ils ne possèdent pas une égale efficacité dans tous les cas de cancers de la peau. Sans perdre de vue que ces différences peuvent avoir leur origine, pour une part, dans l'imperfection actuelle de nos méthodes, il convient donc de catégoriser en plusieurs séries, suivant la valeur habituelle des résultats que nous obtenons actuellement, les différents cas qui peuvent se présenter.

Les cancers du sein qui guérissent le plus facilement par la Rœntgenthérapie sont très certainement les plus petits, ceux, pourrait-on dire, qui sont au cancer confirmé ce que la verrue épithéliomateuse est au cancroïde adulte. A ce stade de leur développement, les cancers du sein sont souvent traités sans qu'aucun diagnostic ferme ait été porté sur leur nature. C'est confondus avec des tumeurs bénignes, de petits foyers de mammite et, aussi d'autres états de la glande, que sont soumis à la radiothérapie et guéris les plus petits d'entre eux, ceux dont le volume apparent n'atteint pas un centimètre cube. L'expérience montre que les lésions minimes qui rentrent dans cette catégorie, petites tumeurs plus ou moins diffuses, nodules durs, points empâtés, foyers de gêne ou de douleurs profondes, sont toutes, prises en bloc, extrêmement sensibles à l'action des rayons X. Elles m'ont même semblé guérir plus vite que ne l'auraient fait probablement des cancroïdes de même dimension. Tantôt ces petites lésions disparaissent sans laisser aucun reliquat, tantôt il reste à leur place un grain dur, souvent lenticulaire, bien délimité et qui n'a certainement à aucun degré les caractères du tissu cancéreux. Ces reliquats semblent habituellement diminuer d'eux-mêmes après la cessation du traitement et finissent probablement par disparaître.

Il semble donc bien qu'à la condition de traiter à ce stade de leur développement, c'est-à-dire de très bonne heure, toutes les petites tumeurs du sein, on arriverait à empêcher d'une façon absolue la constitution au sein de tout cancer confirmé. L'habitude régnante en radiothérapie est, du reste, d'instituer le traitement dans tous les cas, que l'on ait ou non un diagnostic ferme, la nature exacte de la petite tumeur ne semblant pas influer sérieusement sur le résultat. De la part des rayons X, cette uniformité d'action n'a d'ailleurs rien qui puisse surprendre et, dans une précédente note, j'ai moi-même insisté sur ce fait que la radiothérapie guérit les divers états dermatologiques qui peuvent constituer le lupus au même titre qu'elle guérit les mêmes lésions élémentaires dans les maladies de la peau les plus différentes.

Les cancers un peu plus développés, dont le volume peut être comparé à celui d'une noix, forment, au point de vue des résultats de la Rœntgenthérapie, une seconde catégorie. Ce sont encore des lésions extrêmement sensibles à l'action des rayons X et il suffit d'un nombre peu élevé de séances pour réaliser une très franche diminution de leur volume. Dans bien des cas, on peut obtenir leur disparition totale à la condition de prolonger suffisamment le traitement, et cela sans avoir à faire usage d'irradiations intenses capables de provoquer une radiodermite sérieuse. Ma technique personnelle, qui consiste à donner tous les huit jours une irradiation de valeur un peu variable autour de 3 H, m'a paru assurer facilement la continuité et la régularité du traitement.

Mais tous les cancers du sein qui rentrent dans cette catégorie ne semblent cependant pas sensibles, d'une façon indéfinie, et jusqu'à disparition, à l'action des rayons X. Un certain nombre d'entre eux cessent de diminuer de volume après s'être réduits dans une mesure plus ou moins considérable, ou, tout au moins, manifestent à partir de ce moment une résistance beaucoup plus grande. Il arrive généralement alors que les malades cessent le traitement après quelques mois, se réservant de le reprendre plus tard, soit par simple prudence, soit seulement en cas d'alerte. Le nombre des malades qui restent dans ces conditions en traitement Rœntgenthérapique intermittent est actuellement très élevé. Malgré l'hésitation que l'on éprouve souvent à autoriser la cessation d'un traitement régulier en présence d'une lésion aussi sérieuse que le cancer du sein, l'événement semble cependant donner raison aux intéressés, qui croient pouvoir conserver sans inconvénient un reliquat non progressif de leur lésion ancienne. Ces malades surveillent attentivement l'état de leur sein, et ne laissent guère passer une année sans faire faire quelques irradiations. En cours de déplacement, elles n'hésitent pas à se faire traiter où elles se trouvent, de sorte que le nombre de cas que chacun peut observer est assez élevé. Or, c'est presque toujours quelque crise douloureuse de caractère névralgique bien plutôt qu'un retour d'activité du néoplasme, qui motive la reprise du traitement. Beaucoup de ces malades sont en traitement dans ces conditions depuis un certain nombre d'années, c'est-à-dire depuis que la Rœntgenthérapie du cancer du sein a commencé à se vulgariser et je n'ai, pour ma part, jamais vu jusqu'ici survenir chez elles une nouvelle poussée d'accroissement du cancer ou se constituer un seul ganglion.

Pratiquée sur le cancer du sein encore bien limité, la Rœntgenthérapie, dans les cas où elle

ne guérit pas entièrement la lésion, a donc tout au moins une action d'arrêt extrêmement puissante. Elle diminue la tumeur, empêche son développement ultérieur, évite la propagation aux ganglions.

Que deviennent les résultats de la radiothérapie dans les cancers plus gros, plus anciens, qui ont envahi déjà une partie plus ou moins considérable de la glande ? Dans cette nouvelle catégorie de cas, il existe, presque toujours, au moment où commence le traitement, des ganglions axillaires plus ou moins développés. D'autre part, certaines tumeurs sont ulcérées, tandis que d'autres sont encore recouvertes par la peau intacte.

Je n'ai pas remarqué jusqu'à présent que la présence ou l'absence de ganglions influe beaucoup sur l'efficacité du traitement de la tumeur. La forme anatomique suivant laquelle évolue le cancer m'a paru, au contraire, avoir sur le résultat une sérieuse influence. Même petits, les cancers cavitaires, ou encore ceux qui se développent en surface par un semis de foyers distincts infiltrant la peau ne semblent pas retirer un bénéfice très sérieux du traitement Rœntgenthérapique. Peut-être certaines modifications de la technique pourront-elles, dans l'avenir, améliorer ses résultats.

Mais, en ce qui me concerne, je n'ai pas vu jusqu'à présent les cancers de ce type rétrocéder, sous l'influence des rayons X, d'une façon appréciable. Les cancers arrivés à la dernière période, largement ulcérés, peuvent, au contraire, dans certains cas où la destruction des tissus n'est pas trop rapide, être cicatrisés très complètement. Ce résultat brillant n'est souvent, il est vrai, que purement palliatif, la généralisation étant souvent commencée quand le traitement est institué. Mais il est assez probable que l'amélioration de l'état local retarde ses progrès.

Au contraire, les squirrhes constituent pour le traitement rœntgenthérapique des cas tout particulièrement favorables dans lesquels les résultats locaux et les résultats généraux lointains sont les uns et les autres d'un très grand intérêt.

Certains squirrhes sont, au moment où commencent les irradiations, plus ou moins largement ulcérés. Dans bien des cas, c'est, du reste, l'imminence de l'ulcération qui décide les malades à se soumettre au traitement.

Le premier résultat des rayons X, quand la peau n'est plus intacte, est de reconstituer sur ce squirrhe le tégument normal. La cicatrisation des érosions récentes et peu étendues se fait souvent dès la première semaine et la cicatrice est d'emblée solide et définitive. La cessation ou la diminution considérable des douleurs sont aussi un des premiers effets du traitement. Ce squirrhe commence ensuite à diminuer de volume, en devenant, presque toujours, de plus en plus dur et ligneux. Assez souvent, la masse néoplasique unique primitive se fragmente, pendant cette évolution, en placards distincts.

La tumeur arrive finalement à un état où elle semble s'immobiliser et ne plus ressentir l'action des irradiations nouvelles. A la condition de n'administrer jamais que des doses des rayons X modérées, on n'observe pendant cette évolution aucun phénomène de réaction du côté des ganglions axillaires. Mais eux-mêmes ne semblent diminuer de volume que s'ils sont l'objet d'irradiations particulières. Lorsqu'ils ne montrent aucune tendance à s'accroître, je ne crois pas, du reste, qu'il soit désirable de les traiter, car il faut craindre d'entraver leur précieuse fonction d'arrêt à l'égard des colonies cancéreuses qui pourraient encore émaner du squirrhe. Les adénopathies étendues qui peuvent accompagner certains cancers du sein, même peu étendus, pourvu qu'ils soient anciens, n'échappent cependant pas à la Rœntgenthérapie. J'ai vu, dans un cas, des ganglions claviculaires nombreux et gros, mais encore récents, disparaître sous l'action des rayons X avec une très grande rapidité.

En résumé, lorsque les cancers du sein sont déjà anciens et assez étendus, c'est surtout dans le cas où ces cancers sont des squirrhes, que la Rœntgenthérapie donne des résultats réellement satisfaisants. Le traitement par les rayons X guérit ou évite, dans cette variété de cancers, tous les accidents locaux. Il provoque une diminution souvent importante du volume de la tumeur, l'immobilise sous une forme atrophique, empêche l'accroissement et la multiplication des ganglions et entrave la généralisation. Beaucoup de malades demeurent depuis longtemps en traitement intermittent dans ces conditions, sans avoir à souffrir sérieusement de leur cancer, et sans qu'apparaisse aucun signe d'aggravation locale ou de généralisation. Il est à présumer qu'une telle situation est de nature à se prolonger autant qui l'existence elle-même. Quoiqu'il en soit, le nombre des malades dont le traitement remonte à cinq ou six ans, c'est-à-dire à l'époque vers laquelle la méthode a commencé à se vulgariser, est assez élevé.

S'il était possible de réunir ces cas anciens pour en faire l'étude d'ensemble, les résultats éloignés de la Rœntgenthérapie, tels qu'ils apparaîtraient dans cette statistique, pourraient certainement soutenir la comparaison avec ceux du traitement chirurgical.

Tels sont les résultats du traitement Rœntgenthérapique du cancer du sein aux divers stades de son développement et dans ses diverses formes vulgaires. Pratiquée de très bonne heure, la Rœntgenthérapie semble capable d'empêcher absolument la constitution au sein de tout cancer confirmé. Pratiquée plus tard, elle est capable, suivant les cas, d'amener la disparition entière de la tumeur déjà constituée, ou seulement sa réduction et son immobilisation dans un état progressif. Il existe, il est vrai, des formes que j'ai indiquées, contre lesquelles le traitement par les rayons X apparaît comme beaucoup moins efficace. Mais, dans le plus grand nombre des cas, la Rœntgenthérapie apparaît comme capable d'éviter les accidents locaux du cancer et d'assurer l'avenir des malades en empêchant la tumeur d'évoluer vers sa phase ultime de généralisation. Le traitement chirurgical des cancers ne prétend pas à autre chose. Aussi se trouvera-t-on obligé, désormais, de discuter, dans chaque cas donné, les avantages des deux méthodes — alors que le traitement chirurgical était encore, il y a peu d'années, le seul traitement actif que l'on pût conseiller.

(*Année médicale de Caen*).

THÉRAPEUTIQUE

Pronostic et traitement de l'érysipèle chez le vieillard.

Par le Dr Nelly.

On admet généralement que le pronostic de l'érysipèle est grave, souvent fatal, dans la vieillesse. Il y a cependant dans cette notion clinique une grande part d'exagération. On a le tort de compter, dans les statistiques les vieillards diabétiques, cardiaques, hépatiques et rénaux. On compte aussi les vieillards traités par des applications locales d'acide phénique et de sublimé. Or, quand les malades sont

porteurs de lourds antécédents morbides, l'érysipèle, en effet, est particulièrement dangereux. Et c'est aussi quand on utilise contre lui les antiseptiques *minéraux*, car ils déterminent facilement de l'intoxication et des érythèmes propices aux infections secondaires.

Au contraire, chez un vieillard robuste, le streptocoque n'est pas plus virulent que chez l'adulte, et, lorsqu'on évite les applications phéniquées et sublimées, la guérison est généralement facile.

Dans deux cas de ce genre, survenus presque en même temps, chez des septuagénaires d'un même bourg, nous avons obtenu récemment, en 2 à 3 semaines, une guérison complète sans incidents, par la seule utilisation des compresses d'anios à 2 %. Cette solution chloro-méthyl-vanadique a le grand avantage de n'être pas caustique, pas toxique, et d'agir sur les lésions inflammatoires de deux façons différentes : 1° par une antisepsie puissante due à sa production permanente et indéfinie d'oxygène naissant ; 2° par des effets stimulants pour la vitalité des cellules. Elle lutte donc à la fois contre le streptocoque, les agents secondaires, et la désorganisation histologique locale.

Les malades eux-mêmes préparent la solution à 2 %. Il leur suffit de verser dans un litre d'eau bouillie une division du flacon d'anios. On trempe ensuite dans ce mélange une compresse assez épaisse dépassant les limites du mal et on la recouvre d'un taffetas gommé. Il est inutile de renouveler plusieurs fois par jour le pansement, un seul suffit, car l'action germicide et excito-cellulaire de l'anios persiste longtemps sans s'affaiblir. Quand le praticien utilise cette substance, il doit savoir, en effet, qu'elle est un véritable ferment produisant une quantité d'oxygène toujours égale tant qu'elle reste au contact des matières organiques.

Chez nos deux vieillards, les résultats favorables ne se firent pas attendre. Tout d'abord, la rougeur de la plaque épidermique diminua, puis la cuisson du début et la sensation de chaleur mordicante. Bientôt après, les phénomènes généraux s'atténuèrent. La température qui, au début, oscillait entre 39 et 40°, descendit progressivement entre 38 et 38,5. Les jours suivants, le bourrelet périphérique de la lésion érysipélateuse était devenu indolore, à peine perceptible, le sommeil avait reparu, l'appétit était bon. Un praticien non prévenu, mis en présence de la lésion, l'aurait facilement prise pour une dermite banale, non infectieuse. Ces deux vieillards ont guéri sans la moindre complication, et sans avoir fait redouter un instant un pronostic fatal.

Il faut donc modifier le pronostic habituel des dermites streptococciques survenant chez le vieillard, et se rappeler que le traitement employé concourt lui-même à faire varier ce pronostic. En principe, il ne faut pas utiliser chez eux les antiseptiques minéraux, toujours caustiques et dont on ne peut prévoir les conséquences toxiques, en raison d'une élimination rénale peut être insuffisante. Avec le trioxychlorométhyle de vanadium, aucun inconvénient de ce genre n'est à craindre, et, tandis que son pouvoir germicide est, au dire des auteurs, au moins égal à celui du sublimé, il facilite par ses vertus kératoplastiques une réaction vigoureuse des tissus, indispensable, chez le vieillard, pour obtenir une rapide guérison. Enfin, on peut sans dangers, même chez l'enfant, placer sur la muqueuse de la bouche et de l'œil la solution d'anios à 1 et 2 %.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

La Combinaison D de l'Association amicale.

Nous avons publié dans le n° 18, du 3 mai 1908, les statuts de la combinaison D, qui permet aux membres de l'Amicale d'assurer éventuellement une pension à leurs orphelins mineurs.

Ces statuts ont été légalement déposés, et, dès le 15 juin, la nouvelle combinaison est entrée en fonctionnement.

Nous pouvons ajouter que quelques confrères n'ont attendu que cette date pour nous envoyer des dossiers complets qui permettront leur admission dans les premiers jours de juillet, lors de la réunion du Conseil d'administration.

Nous signalons la chose à ceux de nos confrères qui atteignent 50 ans et qui doivent prendre une décision immédiate sous peine de ne pouvoir plus entrer ultérieurement à cette combinaison D.

Et pour répondre à un grand nombre de questions qui nous ont été posées, nous reproduisons les commentaires qui ont été rédigés pour la nouvelle édition des statuts de l'Amicale qui est, en ce moment même, à l'impression.

Nous croyons que nos lecteurs y trouveront réponse aux diverses demandes qu'ils comptaient nous adresser et qu'ils pourront, sans autre délai, préparer leurs dossiers d'admission.

Ces admissions, pour l'année 1908, ne seront prononcées qu'à deux séances : commencement de juillet et fin septembre, *les admissions de fin décembre ne porteront que sur l'année* 1909 *et ne pourront toucher que les médecins nés en* 1859 *ou ultérieurement.*

Toutes demandes de renseignements doivent être adressées au secrétaire général, Dr Mignon, Villa des Pages, au Vésinet (Seine-et-Oise).

Le Conseil d'Administration.

COMMENTAIRES RELATIFS A LA COMBINAISON D.

Rien n'étant innové en ce qui concerne les combinaisons A, B et C, les règles suivantes s'appliquent spécialement à la combinaison D qui correspond à la retraite pour la veuve ou les orphelins.

1° *Conditions d'admission.*

Elles sont au nombre de quatre :

1° La combinaison D n'est ouverte qu'aux membres de l'Amicale ; c'est-à-dire que, pour entrer à D., il faut nécessairement être inscrit aux combinaisons A, B ou C ;

2° Il faut avoir au plus cinquante ans. L'âge pour l'admission est celui que le candidat atteint dans l'année de cette admission ; il est ramené uniformément au premier janvier.

Le docteur X., est né le 15 janvier 1873 : il se présente à D en 1908, il entre avec l'âge de 35 ans et avec la prime se rapportant à cet âge. Il en serait de même s'il était né au mois d'août ou au mois de décembre 1873 ; l'inégalité apparente est compensée lors de la soixante-cinquième année. Tous les membres en effet, sont supposés

avoir 65 ans au 1er janvier et ne paient pas de prime pendant cette année.

3° Il faut que la femme, aussi bien que le mari, fasse partie de l'Association générale des médecins de France. Cette obligation est logique puisque c'est elle qui est le bénéficiaire de la retraite et que c'est à elle que l'Association générale verserait la pension si la combinaison D se trouvait obligée de faire appel à la garantie de cette dernière.

La presque totalité des sociétés locales ouvrent leurs portes aux femmes des médecins ; si d'ailleurs, il y avait une impossibilité quelconque pour la femme à être admise dans la société locale de son mari, elle pourrait se faire agréger à la Société centrale, à Paris.

4° Il faut qu'à son entrée à D, le mari jouisse d'une santé absolument parfaite, une caisse comme D., ne saurait admettre un risque douteux qui puisse, dès les premières années, l'obérer du service très prolongé peut-être d'une rente de 600 fr.

C'est pour cette raison que le Conseil d'administration exigera de tous les candidats, même des anciens membres de l'Amicale, deux certificats médicaux séparés pris chez deux confrères différents, spécialement désignés à cet effet et préalablement informés du rôle qu'ils auront à remplir.

Tout candidat à la combinaison D aura donc à fournir en plus des pièces exigées par les autres combinaisons, un second certificat médical, le bulletin de naissance de sa femme et la preuve de l'admission de cette dernière à l'Association générale.

Les admissions seront prononcées, tous les trois mois, aux séances habituelles du Conseil.

2° *Cotisations.*

Les membres admis à la combinaison D peuvent ou bien verser une prime unique lors de leur admission ou bien verser chaque année, et jusqu'à 64 ans, une prime annuelle variable avec leur âge propre et celui de leur femme au moment de l'admission.

Cette prime s'ajoute à celle qu'ils ont à verser pour leur participation aux combinaisons A. B. ou C.

Les membres admis au premier janvier et au premier avril peuvent, à leur volonté, payer la prime annuelle soit d'un seul coup, soit en deux fois, par moitié, au moment de leur admission et *au premier juillet suivant.* Les membres admis au 1er juillet et au premier octobre paient la totalité de la première cotisation annuelle.

Les primes de la combinaison D ne peuvent être contre-assurées par l'Amicale : les primes de contre-assurance seraient tellement élevées qu'elles seraient inadmissibles, et ce serait une complication qui ne pourrait que gêner le recrutement et le fonctionnement de la combinaison.

La prime cesse d'être due pour l'année où le sociétaire atteint 65 ans, c'est la conséquence de l'uniformisation des âges.

Elle cesse également si le sociétaire vient à mourir ; si, lui vivant, sa femme vient à mourir sans enfants ; enfin si, sa femme étant morte, il ne lui reste plus d'enfants mineurs âgés de moins de dix-huit ans.

3° *Retraites.*

Le droit à la retraite pour la veuve ne commence que six mois après l'admission du mari ; si donc ce dernier meurt dans cette période de six mois, la caisse n'a aucune retraite à verser.

Mais, au bout de ces six mois et après le paiement de la seconde prime semestrielle, le droit à la retraite commence le lendemain du décès du sociétaire. Il cesse avec la mort de la veuve si celle-ci n'a pas d'enfants mineurs âgés de moins de dix-huit ans au moment de son décès ; dans le cas contraire la pension est reportée sur les enfants dans les conditions prévues par l'article 63.

Il demeure entendu que les décès doivent être officiellement constatés par l'envoi de bulletins qui, pour les sociétés de secours mutuels, sont délivrés gratuitement dans les mairies. De même, l'existence d'enfants mineurs sera constatée par l'envoi des bulletins de naissance de ces enfants. *Ces bulletins doivent être envoyés au Secrétaire général.*

Enfin la pension est payée aux bénéficiaires sur la production de certificats de vie *envoyés au Trésorier.*

L'envoi régulier de ces divers certificats ou bulletins est indispensable, tout retard dans leur envoi ne pourrait qu'entraîner un retard dans le paiement de la pension.

Prenons un exemple. Le Docteur X. a 32 ans, sa femme 25 en 1908 ; il paie 194 fr. de prime annuelle, il paiera, s'il vit, cette prime jusqu'en 1940 inclusivement. Il pourrait se libérer de tout versement ultérieur en versant au moment de son admission la somme de 3140 fr.

Supposons qu'il meure en 1925, le versement de la prime cesse immédiatement et la veuve du Dr X., touche sa pension à partir du lendemain du jour de décès de son mari.

A la fin du trimestre, elle recevra la somme correspondant au nombre de jours écoulés depuis le décès, *puis ultérieurement, sur la production* de certificats de vie, 150 fr. à la fin de chaque trimestre jusqu'à son propre décès.

Si elle meurt sans enfants ayant moins de dix-huit ans, le dernier versement s'arrête au jour de son décès ; dans le cas contraire sa situation personnelle étant arrêtée au jour du décès, les droits des mineurs commencent le lendemain de ce décès.

Supposons quatre enfants : l'un de 19 ans, l'autre de 16 ans, le troisième de 15 ans, le dernier de 12 ans. L'aîné ayant plus de dix-huit ans ne recevra rien ; chacun des trois autres entrera en jouissance d'une pension annuelle de 200 fr. qui cessera soit au jour de son décès, soit au jour où il atteindra dix-huit ans. Il reste, d'ailleurs, entendu que ces pensions des orphelins leur sont personnelles, s'éteignent avec eux et ne sont pas réversibles sur leurs frères ou sœurs.

4. *Pénalités.*

Il est indispensable que le sociétaire paie ses cotisations avec la plus grande régularité. La cessation de ce paiement pendant une année révolue entraîne la radiation du sociétaire et la perte des droits que lui conférait sa participation antérieure si cette participation est inférieure à quinze années révolues.

Si la cessation de paiement ne se produit qu'après quinze ans de participation, la déchéance du sociétaire n'est pas prononcée et sa veuve reçoit une pension réduite (voir la note explicative de l'article 60).

S'il y a retard de plus d'un mois et de moins d'une année, le sociétaire dont les droits ont été suspendus peut les recouvrer moyennant le paiement de la cotisation en retard augmenté d'une indemnité de cinquante centimes pour cent de la cotisation par mois représentant les intérêts et les frais de correspondance et de rappels.

Il faut se souvenir que les cotisations sont exigibles au premier janvier et au premier juillet et que le délai d'un mois expire au premier février

et au premier août, que par conséquent les versements opérés en février et en août sont passibles du droit de 0 fr. 50 °/o.

***

Nous nous sommes efforcés de simplifier le fonctionnement de la combinaison D ; nous nous sommes arrêtés aux conditions qui nous ont paru les plus fréquentes ; nous regrettons de n'avoir pu donner satisfaction à quelques cas intéressants sans doute, mais qui nous auraient entraînés dans des complications trop grandes et auraient nécessité l'établissement de tableaux de cotisations spéciaux.

De même, et pendant un temps assez long vraisemblablement, nous ne pourrons accueillir les demandes de paiement de cotisations doublées pour l'obtention d'une retraite double.

Les calculs qui nous ont été fournis correspondent à des données qu'il nous est impossible de modifier si peu que ce soit.

Rappelons-nous que nous ne sommes pas une Société d'assurances.

CHRONIQUE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

La chasse aux abus.

1° *Le refus d'une Mairie de recevoir la déclaration du blessé.*

Monsieur le Ministre du Travail,

Monsieur J., domicilié à Saint-Mandé, s'est présenté, le 29 avril 1908, vers dix heures du matin, à la Mairie du Xe Arrondissement de Paris, pour y déposer un certificat médical pour un accident du travail dont son beau-fils, M. B., âgé de 18 ans, avait été victime le 21 avril.

Cette démarche était faite en conformité du § 4 de l'article XI qui donne au blessé ou à ses représentants le droit de faire, lui aussi, sa déclaration indépendamment de celle du patron.

Or, à la Mairie du Xe arrondissement, l'employé préposé à ce service a refusé de recevoir ce certificat sous le prétexte que le patron n'avait pas fait sa déclaration dans les 4 jours.

Or, la loi autorise le blessé à faire sa déclaration *lui-même ou par ses représentants*, précisément pour que dans le cas où le patron aurait négligé de faire sa déclaration, le blessé puisse réparer cette négligence et ne pas être déchu de ses droits du fait de la prescription.

La déclaration faite par le blessé ne peut pas être refusée sous le prétexte que le patron aurait fait sa déclaration avant celle de l'ouvrier ; et cette déclaration faite par l'ouvrier peut encore moins être refusée sous le prétexte illogique que le patron n'a pas fait la sienne. Ce défaut de déclaration du patron ne peut être au contraire, pour un employé tant soit peu intelligent, qu'une raison de plus pour accepter celle de l'ouvrier.

C'est un moyen de réparer la faute du patron.

Il y a de la part de l'employé de la Mairie qui a refusé de recevoir la déclaration du blessé une faute grave. La moindre chose qu'on puisse demander à l'employé chargé de recevoir les déclarations d'accidents, c'est de connaître le texte si simple de l'article XI de la loi accident.

Or, par une coïncidence singulière, il se trouve que les agents des Mairies ont tous, pour la plupart, la plus vive sympathie pour les compagnies d'assurance. Ils sont souvent disposés à créer mille difficultés au blessé qui vient faire sa déclaration, quand ils ne vont pas jusqu'à la refuser sous les prétextes les moins logiques comme dans le cas présent.

Une pareille résistance à l'application de la loi-accidents par les employés des mairies, ne pourra être vaincue, que si vous voulez bien, Monsieur le Ministre, frapper d'une façon exemplaire les employés qui, soit par une ignorance inexcusable, ou pour tout autre motif refusent de remplir leurs devoirs à l'égard des ouvriers blessés.

C'est pourquoi, Monsieur le Ministre, j'ai l'honneur de vous demander de bien vouloir faire une enquête sur le fait irrégulier qui s'est passé à la Mairie du Xe Arrondissement, le 29 avril 1908, au matin, à propos de la déclaration de l'accident de M.B., et de bien vouloir punir sévèrement l'employé qui a manqué à ses devoirs, dans des conditions que nous avons trop fréquemment le regret de constater.

Dans le cas particulier, le patron ne peut pas être inquiété car il n'a commis aucune faute, il n'a pas fait, en effet, avant le 25 avril, la déclaration de l'accident du 21 avril, c'est vrai, mais cela tient uniquement à ce que son ouvrier, M. B., considérant le choc qu'il avait reçu comme un fait sans importance, avait continué son travail.

Veuillez agréer, Monsieur le Ministre, l'hommage de mes sentiments respectueux.

Dr DIVERNERESSE.

Réponse.

Paris, le 19 mai 1908.

Monsieur,

Vous avez signalé à mon Département qu'un employé de la Mairie du Xe arrondissement de Paris aurait refusé de recevoir, le 29 avril dernier, la déclaration d'un accident de travail survenu à M. B., que venait faire M. J., demeurant à Saint-Mandé, beau-père de la victime.

J'ai l'honneur de vous accuser réception de cette communication et de vous informer que je viens de demander à M. le Préfet de la Seine des renseignements sur cette affaire.

Recevez, Monsieur, l'assurance de ma parfaite considération.

Le Ministre du Travail.
et de la Prévoyance sociale.
René VIVIANI

2e *Les juges doivent rappeler aux blessés leurs droits aussi bien que leurs devoirs.*

A Monsieur le Ministre du Travail,
et Monsieur le Ministre de la Justice

Monsieur le Ministre,

Un de mes clients, M. PLAT, a assigné, le 26 mai 1908, son patron en paiement du demi-salaire qui lui était refusé, devant Monsieur le Juge de Paix du sixième arrondissement de Paris. A l'audience l'agent de la compagnie a déclaré qu'il voulait bien payer, mais à la condition que le blessé se laisserait examiner par le médecin de la compagnie.

Le § 5 de l'article 4 de la loi accident stipule que, pour se *renseigner* sur l'état du blessé (ce qui est le cas présent) le patron doit : 1° demander l'autorisation du juge de paix ; 2° par lettre recommandée prévenir le médecin traitant et prendre rendez-vous avec lui.

La loi a pris ces précautions :

1° Pour sauvegarder l'inviolabilité du domicile du blessé ;

2° Pour éviter que le blessé soit seul en présence du médecin de la compagnie.

Car il a été établi que lorsque le blessé est seul en présence du médecin de l'assureur, celui-ci en profite souvent pour entraver les soins donnés, pour ébranler la confiance que le blessé a mis dans le savoir du médecin qu'il a choisi.

Il cherche ainsi à lui voler un client. Pour s'emparer de ce client d'un confrère, il ne craint pas de menacer le blessé de lui faire refuser ses indemnités s'il

ne quitte pas son médecin pour le prendre, lui, médecin de la compagnie. Un jugement de la onzième chambre du tribunal civil de la Seine, en date du 23 mars 1908, a condamné un médecin de compagnie d'assurances, qui avait ainsi profité de ce qu'il était seul avec le blessé pour le menacer et essayer d'enlever ce client à son confrère.

Enfin, chose plus grave encore, le médecin de la compagnie défait les pansements faits par le médecin du blessé, et souvent ils sont mal replacés par le médecin de l'assurance. De plus, il est arrivé que des médecins de compagnie profitent de ce tête à tête avec le blessé pour lui faire admettre que son accident ne lui laissera que peu d'incapacité, qu'il doit accepter les offres de la compagnie, et que s'il ne les accepte pas, on lui fera perdre sa place à l'atelier, et même ses indemnités. Le jugement de la onzième chambre du tribunal de la Seine, et une étude très documentée publiée dans une revue d'économie politique établissent ces faits d'une manière irréfutable.

Il semblerait donc que, quand un patron ou son représentant émettent la prétention de ne payer le demi-salaire qu'après avoir fait examiner le blessé par leur médecin, un juge soucieux de prendre la défense du faible, doit prévenir le blessé, qui est souvent un ouvrier sans défense, que le patron ne peut faire pratiquer cet examen qu'après avoir rempli les formalités prescrites par le § 5 de l'article 4, et l'avertir qu'il y a de sérieux inconvénients pour lui, blessé, à se laisser examiner par le médecin de la compagnie en dehors de la présence de son médecin traitant.

Or, lorsque le patron a émis la prétention de ne payer M. Plat que lorsqu'il aurait fait examiner le blessé par son médecin, non seulement, M. le Juge de Paix du VI[e] arrondissement de Paris n'a pas prévenu le blessé des dangers qu'il y avait à accéder au désir de l'assureur, mais il a conseillé au blessé de s'arranger avec l'assureur. Il est évident que dans ce cas un conseil du Juge devient un ordre, surtout, je le répète, pour un ouvrier ne connaissant pas ses droits ou n'osant pas les défendre.

Ouvriers, employés et médecins indépendants vous seraient profondément reconnaissants, Monsieur le Ministre, si vous vouliez bien engager MM. les Juges en général, et MM. les Juges de Paix en particulier, à ne pas conseiller aux blessés d'abandonner les mesures protectrices que la loi a dictées pour protéger les droits respectables des blessés et des médecins indépendants qui ont le dévouement et le courage de les soigner.

Veuillez agréer, Monsieur le Ministre, l'hommage de mon profond respect.

D[r] DIVERNERESSE.

Réponse.

Paris, le 11 juin 1908,

Monsieur,

Par lettre du 30 mai 1908, me signalant l'instance engagée par M. Plat à la suite d'un accident du travail, devant M. le Juge de paix du VI[e] arrondissement de Paris, vous vous êtes élevé contre les conseils que donneraient certains magistrats à des ouvriers victimes d'accidents du travail en ce qui concerne leur examen par le médecin de l'assureur et vous m'avez demandé d'intervenir à cet égard.

J'ai l'honneur de vous informer que je viens de transmettre votre lettre à M. le Garde des Sceaux, qui a seul qualité pour donner, le cas échéant, des instructions aux magistrats.

Recevez, Monsieur, l'assurance de ma parfaite considération.

Le Ministre du Travail.
et de la Prévoyance sociale,
René VIVIANI.

Plainte d'un blessé contre un expert

Monsieur le Ministre

Un jugement du tribunal civil de Corbeil du 5 janvier 1905 m'a accordé une rente de cent cinquante-six francs (156 frs.)

A la suite d'une demande en révision faite par la compagnie en exécution de l'article 19 de la loi Accident, Monsieur le Docteur Demoulin, désigné comme expert, m'a convoqué chez lui pour le mercredi 5 février en son domicile à Paris, 8, rue du Four.

Au cours de l'expertise, et pendant la lecture du rapport du médecin de la compagnie d'assurances, j'ai cru devoir faire remarquer que la visite du médecin de la compagnie ne pouvait pas avoir eu lieu à quatre heures, puisque j'étais à mon travail, loin de chez moi à quatre heures.

L'expert s'est alors mis en colère et m'a invectivé me disant : « Vous osez contester ce que dit le mé« decin de la compagnie qui est un de mes amis, vous « êtes un impoli et vous mériteriez que je refuse de « faire votre expertise. »

J'ai été d'autant plus surpris de ce langage grossier de l'expert à mon égard, qu'il avait un tout autre ton quand il parlait à Monsieur l'agent de la compagnie.

Cependant, Monsieur le Ministre, je n'étais ni un coupable, ni même un accusé, je n'étais pas non plus chez un juge d'instruction. Un expert n'est-il pas tenu d'être poli aussi bien avec l'ouvrier qu'avec la compagnie qui lui paye son expertise.

L'expert en me parlant aussi brutalement, cherchait sans doute et a réussi à m'intimider au point que je n'ai pu lui fournir certaines explications qui auraient été capables de modifier l'appréciation d'un expert impartial.

Pourquoi d'autre part le tribunal de Corbeil a-t-il désigné un expert de Paris au lieu d'un médecin de Melun par exemple ? Les experts de Paris viennent de prouver qu'ils se trompent plus facilement que les experts de Province.

J'ai entendu dire par plusieurs de mes camarades que Monsieur le Docteur Demoulin était toujours très insolent avec les ouvriers, qu'il cherchait à les esbrouffer, et que pour cela il était toujours demandé comme expert par les compagnies d'assurances qui lui font gagner ainsi plus de cinquante mille francs par an.

Aussi, Monsieur le Ministre, je vous serai reconnaissant de bien vouloir prendre les mesures nécessaires pour que les blessés ne soient plus seuls sans défense auprès des médecins experts et que ceux-ci soient sévèrement punis quand ils sont grossiers vis-à-vis des blessés.

Veuillez agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de mes sentiments respectueux.

PEYRTON JULES.
12, rue du Pont, à Brunoy,
Seine-et-Oise.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Cumul du prix de la visite avec le prix des interventions

Tribunal civil de Lyon (2[e] Chambre)

Jugement du 8 avril 1908.

Entre :

Monsieur M, docteur en médecine, demeurant à Lyon, intimé,

Et

La Société Nouvelle de l'Horme et la Buire, dont le siège est à Lyon, appelante,

Attendu que la Société Nouvelle de l'Horme et la Buire a interjeté appel d'un jugement du Tribu-

nal de paix du huitième canton de Lyon, en date du vingt-cinq octobre mil neuf cent sept, qui l'a condamné à payer au Docteur M. la somme de cent quatre francs montant des soins médicaux fournis à un sieur V. victime d'un accident du travail.

Attendu que le total des demandes formulées en première instance par le demandeur était supérieur à trois cents francs, que le juge de paix a statué en premier ressort aux termes de l'article premier de la loi du 12 juillet 1905 et que l'appel du reste régulier en la forme est en conséquence recevable.

Au fond :

Adoptant les motifs du premier juge

Attendu que l'article 10 de l'arrêté ministériel du 30 septembre 1905 rendu en exécution de la loi du 9 avril 1908 et 31 mars 1905 est conçu dans les termes suivants : « Les soins médicaux et opérations de petite chirurgie donnent droit, en sus de la consultation ou de la visite aux allocations spécifiées ci-après » : (suit la classification en cinq tableaux des opérations taxées suivant leur importance !)

Attendu que *ce texte parfaitement clair ne saurait donner lieu à interprétation* ; qu'il résulte de ces mots : « en sus du prix de la consultation ou de la visite » que toutes les fois qu'un médecin se rend chez un blessé pour procéder à des opérations de petite chirurgie, il a droit : 1° au prix d'une visite ; 2° à l'allocation pour l'opération suivant son importance, conformément aux tableaux incorporés audit article 10.

Que *la prétention* de la Société Nouvelle de l'Horme et de la Buire, *de ne compter que la première visite et de ne payer ultérieurement que les opérations, en retranchant le prix des visites est absolument inadmissible comme contraire au texte du règlement ministériel.*

Par ces motifs :

Le tribunal jugeant en dernier ressort, le ministère public entendu,

Reçoit l'appel comme régulier en la forme ;

Au fond :

Dit qu'il a été bien jugé et mal appelé, confirme purement et simplement le jugement rendu le 25 octobre 1907 par le Tribunal de Paix du huitième canton de Lyon.

Condamne la société appelante à l'amende et en tous les dépens de première instance et d'appel.

N. D. L. R. — Ce jugement vient corroborer, s'il en était besoin, l'interprétation du Tarif Dubief que nous n'avons cessé de soutenir, en s'ajoutant à celui de la 4e Chambre, 3e Section, du Tribunal civil de la Seine, en date du 7 décembre 1907, que nous avons publié à notre n° 5, page 87.

Aucune divergence dans la jurisprudence des tribunaux de paix n'est plus désormais admissible, en présence de l'interprétation *unanime* de tous les tribunaux de première instance qui ont été appelés à se prononcer sur cette question. Nous rappelons que le «Sou Médical» l'a portée devant la Cour de Cassation, dans une affaire toujours pendante, afin d'en finir avec des interprétations fantaisistes et systématiquement contraires à un texte formel qui a force de Loi.

Le débinage du médecin par un pharmacien.

TRIBUNAL DE PREMIÈRE INSTANCE DE GRENOBLE.

Audience du 14 *novembre* 1907.

Entre X., docteur en médecine, demeurant à... etc, demandeur d'une part et Y., pharmacien, domicilié au même lieu, d'autre part ;

Attendu qu'il a été procédé aux enquêtes et contre-enquêtes ordonnées par jugement du ...

Au fond. — Attendu que si un pharmacien a le droit et le devoir de refuser d'exécuter l'ordonnance qui lui est remise,lorsque les remèdes énoncés,de nature dangereuse, peuvent lui paraître susceptibles de provoquer des accidents, en raison de la façon dont le praticien les a prescrits,encore ce pharmacien est-il tenu à une certaine réserve au point de vue de ses appréciations ; qu'une telle attitude s'impose avec d'autant plus de raison que, comme dans l'espèce soumise au Tribunal, les ordonnances dont le pharmacien Y. fait état à l'appui de sa défense ne sauraient être au point de vue professionnel,taxées d'exagération, ainsi d'ailleurs que le docteur V., l'indique dans sa déposition ; qu'en admettant, suivant la déclaration du 3e témoin de la contre-enquête,que des imprécisions et des irrégularités aient pu être relevées dans les formules du Dr X., ces imprécisions et ces irrégularités, ne pouvaient nullement autoriser le pharmacien Y.,à se livrer, en présence des clients,aux appréciations et aux critiques qui lui sont reprochées ;

Attendu que des déclarations émanant de certains témoins cités par le docteur X., il résulte en effet qu'à diverses reprises, Y., a fait soit sur les ordonnances, soit sur la personne elle-même de X., des observations et des commentaires plus que désobligeants de nature à déconsidérer ce praticien auprès de sa clientèle ; qu'il a formulé à son égard des appréciations malséantes susceptibles de porter atteinte à la fois à son honorabilité et à sa réputation médicale.

Attendu que le 5e témoin déclare avoir entendu dire par Y., à qui l'ordonnance avait été apportée « que les remèdes ordonnés étaient trop forts pour la malade », que le 12e témoin, dont la déposition est corroborée par celle du 14e témoin, affirme que Y., chez lequel il se trouvait afin de faire exécuter une ordonnance de X., prescrivant de la quinine pour son enfant de cinq mois, lui aurait dit : « Comment ! de la quinine pour un enfant de cinq mois ! » .Qu'au 13e témoin venu pour acheter une spécialité commandée par le docteur, pour sa fille âgée de 2 ans, Y., avait répondu qu'il n'en avait pas ajoutant, : « Votre fille est bien jeune » ;

Attendu que ces propos, qu'on peut qualifier d'incorrects à un point de vue professionnel dénotent de la part de Y., une tendance à vouloir en même temps dénigrer le docteur X., auprès de sa clientèle ; que la preuve de cette façon d'agir du pharmacien vis-à-vis du docteur ressort de l'ensemble des témoignages et se trouve plus particulièrement démontrée par les déclarations visant des réflexions de sa part incontestablement malveillantes ;

Attendu qu'on ne saurait interpréter autrement la réponse faite par Y., au 9e témoin de l'enquête, par laquelle il conseillait à ce dernier de demander au docteur X., s'il avait une entente avec le fabricant de la spécialité qu'il avait ordonnée et que lui Y., n'avait pas dans son officine ; ou encore sa réflexion rapportée par le 15e témoin : «Vous n'avez pas voulu vous adresser comme je vous l'avais conseillé au docteur B., vous avez préféré votre sale X., » ou enfin des insinuations en présence du 16e témoin lequel a déposé que Y. a fait entendre que X., faisait à dessein traîner en longueur la maladie de sa fille ;

Attendu que dans la contre-enquête Y., n'a nullement contredit les témoignages ci-dessus rapportés, les témoins entendus à sa requête s'étant bornés à attester son honorabilité et son savoir professionnel;

Attendu en outre que Y., qui, par des conclusions reconventionnelles, avait formulé des reproches graves à l'encontre du demandeur, n'a apporté aucun élément pouvant les confirmer ; qu'à cet égard sa demande doit être rejetée, tandis que celle de X., parfaitement justifiée, doit être en principe accueillie ;

Attendu que du fait des agissements de Y., le docteur X., a subi à la fois un préjudice matériel et moral ; qu'au point de vue du préjudice matériel et sans que le demandeur ait pu fournir, il est vrai, des éléments précis, permettant de le calculer, le Tribunal

trouve néanmoins dans la cause des indications suffisantes pour lui permettre d'apprécier ce double préjudice et de fixer la somme qui devra lui être accordée à titre de réparation et de dommages et intérêts.

Attendu que Y., succombant dans l'instance, il y a lieu de mettre tous les frais à sa charge.

Par ces motifs, le Tribunal,

Reçoit la demande du docteur X., comme fondée, rejette, au contraire celle du pharmacien Y., et en réparation du préjudice causé,

Condamne M. Y., pharmacien, à payer au docteur X. la somme de cinq cents francs avec intérêts légitimes du jour de la demande, le condamne en outre aux dépens.

REPORTAGE MÉDICAL

La Maison du médecin. — Pour fêter la constitution de sa fondation, LA MAISON DU MÉDECIN donnera son banquet de fondation *le mardi* 23 *juin* à 7 h. 1/2 du soir, au Pavillon chinois (Bois de Boulogne, porte Dauphine) sous la tente avec installation spéciale de la maison Monjardet.

Prière d'envoyer son adhésion *avant le* 20 *juin*, 32, rue Notre-Dame-des-Victoires. Prix du banquet : 10 francs (tenue de ville).

Le Conseil d'administration fait remarquer aux nombreux amis de province de « La Maison du médecin » que ce banquet précède de quelques instants le Congrès des Praticiens pour permettre aux confrères provinciaux de passage à Paris, de venir se joindre à lui au banquet de fondation de cette œuvre de pure solidarité.

Bureaux municipaux d'hygiène. — Sont déclarés vacants les postes de Directeurs des bureaux de :

Grasse (Alpes-Maritimes).— Traitement annuel : 4.000 francs. Délai d'inscription expirant le 1er juillet 1908.

Vals-les-Bains (Ardèche).— Traitement : 500 fr. Délai expirant le 8 juillet.

Allevard (Isère).— Traitement : 250 francs. Délai expirant le 8 juillet.

Syndicat des Médecins de l'arrondissement d'Evreux et du canton du Neubourg.— Le Syndicat des Médecins de l'arrondissement d'Evreux et du canton du Neubourg vient d'adresser à nos confrères, les docteurs Bruneau et Audiat, de Châteauroux, la lettre suivante :

Evreux, le 14 juin 1908.

Messieurs et Chers Confrères,

Le Syndicat, dans sa réunion du 24 mai 1908, a voté une adresse de félicitations aux confrères Bruneau et Audiat pour leur conduite dans l'affaire Bavouzet-Weber.

Pour le Syndicat

Le secrétaire,

Dr VASSAL.

Un V. E. M, local. Une caravane de médecins lyonnais à Châtel-Guyon. — Répondant à l'invitation qui leur avait adressée le Syndicat des médecins de Châtel-Guyon, un groupe important de médecins lyonnais sont venus, le lundi de la Pentecôte, visiter la coquette station auvergnate.

A peine débarqués des automobiles qui les avaient amenés, ils ont commencé par parcourir le parc, les buvettes, les établissements, puis le Kurhaus, sous la conduite de leurs confrères locaux qui leur ont fourni toutes les explications utiles sur les ressources hydrominérales de la station et sur leur utilisation pratique.

A midi, un banquet confraternel offert par le Syndicat des médecins et par la Société des eaux réunissait une soixantaine de convives parmi lesquels les moins fêtés n'étaient pas les femmes et les filles de la plupart des praticiens présents, et qui avaient tenu à participer à ces amicales agapes. A l'heure des toasts, MM. les Drs Foucaud et Angelby ont, chacun dans sa sphère, congratulé comme il convient « ces hôtes d'un jour, désormais amis de toujours ».

Cette fête de famille médicale s'est terminée sur un échange de chaleureuses poignées de mains ponctuées de vibrants : « Au revoir, à bientôt ! » formulés à pleines lèvres, et à plein cœur.

Congrès international pour l'étude de la tuberculose. — L'Association nationale pour l'étude de la tuberculose a invité le Congrès international de la tuberculose à se réunir à Washington (Etats-Unis), du 28 septembre au 3 octobre de cette année.

Voici les noms des membres du bureau. :

Président : M. Frank Billings.

Vice-présidents : MM. John Foster et M. P. Rovenel.

Trésorier : M. Sternberg.

Secrétaire : M. Barton Jacobs.

Ce Congrès comprendra sept sections : Pathologie, bactériologie. Clinique et thérapeutique. Chirurgie et orthopédie. Tuberculose infantile. Tuberculose au point de vue hygiénique, industriel, économique et social. Contrôle par l'État et les municipalités. Tuberculose chez les animaux et ses effets sur l'homme.

Les travaux des différentes sections du Congrès dureront du 28 septembre au 3 octobre. Pendant cette semaine, il y aura deux Assemblées générales.

Durant trois semaines, du 21 septembre au 12 octobre, une Exposition de la tuberculose sera ouverte, et des conférenciers distingués poursuivront un cours spécial. Des cliniques et des démonstrations d'intérêt tout particulier seront organisées pour toute l'étendue de la même période.

On trouvera à l'Exposition un grand nombre d'objets instructifs et explicatifs provenant de tous les points du monde civilisé. Les membres du Congrès pourront y acquérir par échange, ou d'autres moyens, une collection utile à leurs études, ou accroître celles qu'ils possèdent déjà. Une grande partie des objets exposés consisteront en imprimés traitant de sujets scientifiques : ces imprimés seront distribués sur-le-champ, à toutes les personnes qui en désireront, ou expédiés sur demande écrite, à toute adresse indiquée.

Des récompenses seront décernées par le Comité aux exposants les plus méritants, sous forme de médailles, de diplômes, ou de prix en argent.

Il y aura deux classes de sociétaires :

Les membres actifs verseront une somme de cinq dollars, et recevront sans frais la série complète des opérations publiées, en plus des privilèges ordinaires.

Les membres associés verseront une somme de deux dollars. Ils ne recevront pas les volumes publiés, et ne pourront pas voter au Congrès ; mais ils auront droit à l'insigne officiel, ils pourront recevoir tout imprimé distribué pendant l'Exposition, ils seront invités aux fêtes officielles ; ils assisteront aux cliniques et séances, et bénéficieront du logement et du transport à prix réduit.

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Gare aux procédés des Compagnies.

15 juin 1908,

Monsieur et honoré Confrère,

Excusez-moi d'être long, mais je viens vous exposer, pièces en mains, les trop hautes prétentions d'une compagnie d'assurances : et la réponse à elle faite. Vous en ferez ce que bon vous semblera; mais je me fais un devoir de vous soumettre les faits.

Monsieur le Docteur,

Je vous envoie un mandat-poste de 10 francs, pour solde de vos honoraires, relativement aux soins fournis à M. L.....

Veuillez me renvoyer cette note acquittée et agréez Monsieur, mes meilleures salutations.

Le Directeur,

Signature illisible.

P. S. — Je porte mon mandat à la somme de 15 francs, attendu que je vous envoie 5 francs de plus pour le coût d'un rapport médical que vous trouverez sous ce pli, à me renvoyer rempli par un prochain courrier.

Vous voudrez bien acquitter sans timbre la note de 10 francs et me faire une quittance de 5 francs en indiquant que cette somme vous est payée pour rapport sur la veuve L.....

Je vous joins ce rapport pour vous édifier complètement sur le cas présent. Si vous pensez devoir me le renvoyer après en avoir pris connaissance je vous en serai très obligé.

Veuillez croire, Monsieur et honoré Confrère, à mes bien sympathiques sentiments.

Dr X.....

Réponse à la lettre de l'agent de la P.

Monsieur,

Je vous adresse sous ce pli, le reçu de 10 francs, relatif aux soins donnés à M. L.....

Vous y trouverez également un mandat de cinq francs pour vous couvrir des cinq francs que vous m'adressez en sus de mes honoraires pour le coût d'un rapport médical dont l'imprimé était joint à votre lettre.

« Le présent rapport étant tout confidentiel, et « ne devant jamais être communiqué à la personne « examinée », — elle est non sinistrée en la circonstance — ma probité médicale et le secret professionnel m'empêchent de vous l'adresser. Le donner serait trahir indignement la confiance qu'a mise en moi cette pauvre jeune femme, mariée depuis six mois à peine et déjà veuve. Ne seriez-vous pas froissé vous-même et à juste titre, si on adressait à des tiers intéressés, hors de votre consentement, une fiche de santé ou autre, tout aussi inquisitoriale !

Si ce certificat est nécessaire, faites-en part à votre assurée ma cliente: qu'elle vienne de son plein gré se faire examiner et me permettre de vous délivrer le certificat que vous me demandez, mais bien entendu, elle devra dégager ma responsabilité.

Agréez, Monsieur, l'assurance de ma parfaite considération.

Dr X.....

La P .. Compagnie d'assurances contre les accidents.

Agence de

Rapport médical de Monsieur le Docteur
sur Madame Veuve L. née
le demeurant à

Observation. — Les réserves mathématiques que la Compagnie est obligée de constituer pour assurer

le service des arrérages à ses rentiers étant calculées d'après la mortalité moyenne et pouvant devenir insuffisantes si les chances de longévité de ces rentiers étaient dans l'ensemble supérieures aux chances moyennes de leur âge, la Compagnie désire étudier la question de savoir s'il y a lieu de constituer une réserve supplémentaire à la réserve mathémathique, d'où la nécessité pour elle de connaître les chances de mortalité moyenne de ses rentiers.

En conséquence, le médecin est prié de bien vouloir remplir le questionnaire établi ci-contre en vue de faciliter le travail de dépouillement de tous les rapports médicaux qui vont être adressés à la Compagnie.

Au questionnaire est joint le résumé du dernier rapport médical relatif à l'état de la blessure du rentier, pour permettre au médecin d'indiquer si l'infirmité s'est améliorée, dans quelles conditions et dans quelle mesure.

N. B. — Le présent rapport est *tout confidentiel* il ne *sera jamais communiqué* à la personne examinée.

Rapport médical.

Taille : ; Périmètre thoracique :

Le rentier est-il ou paraît-il atteint :

1° D'une affection des voies respiratoires ?

2° D'une affection du cœur ou des gros vaisseaux (artériosclérose, hypertrophie ou palpitations cardiaques) ?

3° De troubles dans les fonctions digestives (dyspepsie, gastralgie) ?

4° De troubles dans les fonctions du foie ?

5° De troubles dans les fonctions de la rate ?

6° De hernie, ou de prédisposition à la hernie ?

7° D'alcoolisme ?

8° De paralysie ?

9° D'anémie prononcée ?

10° De neurasthénie prononcée ?

11° De lymphatisme ?

12° D'aliénation mentale ? (si possible).

13° De diabète ? (si possible).

14° D'albuminurie ? (si possible).

Existe-t-il des symptômes d'une maladie quelconque non indiquée dans les questions précédentes et qui soit de nature à diminuer les chances de longévité ?

L'infirmité indiquée dans le dernier rapport médical en date du résumé ci-dessous, s'est-elle améliorée à ce jour, peut-elle s'améliorer sensiblement encore, dans quelles conditions, dans quelle mesure et dans quel délai ?

Résumé du rapport en date du

Impression générale du médecin sur les chances de longévité du rentier et observations particulières :

Fait à , le

Le médecin :

N. B. — Prière de ne laisser aucune question sans réponse et de retourner directement à la Compagnie le présent rapport rempli, *dans le plus bref délai possible.*

19 juin 1908,

Monsieur et cher confrère,

Merci de votre aimable réponse du 16 juin (1), qui me prouve que l'honnêteté médicale est un grand bien, et que, quoi qu'il en coûte pécuniairement, surtout quand on a une grande famille, il faut dévoiler quand même la manière de faire des compagnies d'assurances qui cherchent, pour quelques sous, à faire manquer les pauvres praticiens à leurs devoirs moraux essentiels ; quitte plus tard, pièces en mains, pièces données sans réflexion, faute d'en avoir examiné la portée, à retomber sur eux et à les rendre responsables ou à les accuser d'une malhonnêteté que leur probité ne leur aurait jamais laissé commettre s'ils avaient bien lu.

His dictis, le Directeur de l'assurance incriminée me répond :

Monsieur,

J'ai bien reçu votre lettre que j'ai envoyée à la Compagnie. Elle me répond :

« Nous vous serions bien obligés de faire connaître à M. X... qu'il peut et doit solliciter l'assentiment de Mme veuve L., à se soumettre à l'examen que nous demandons. Vous voudrez bien nous retourner aussitôt que possible le questionnaire médical ».

« Personnellement, je dois vous dire que j'apprécie la délicatesse qui vous guide dans cette circonstance, mais je dois vous dire que depuis dix ans que la loi du 6 avril 1898 est en vigueur j'envoie toutes les semaines des questionnaires du genre de celui que je vous ai envoyé et que jamais aucune observation ne m'a été faite.

« Je vous envoie à nouveau un mandat de 5 fr. 10 pour vous couvrir de vos frais,

« Agréez...... » »

Est-il possible que nombre de confrères depuis 10 ans se soient laissés chaque semaine aller à donner pour cinq francs des certificats de santé pour des gens non malades, qu'ils n'ont jamais soignés, et sans même savoir si les gens sur qui les Compagnies leur demandent des renseignements sont assurés à ces Compagnies ?

La fiche de santé n'est-elle pas immorale autant que les autres et plus même, puisque le médecin trahit, au profit de Compagnies riches, des gens qui mettent en lui toute leur confiance, et de cette trahison, il ne retire que le mépris.

Je réponds à l'agent ceci :

Monsieur,

« Je vous retourne, malgré votre aimable lettre, les cinq francs 10 centimes que vous m'avez adressés hier.

« Ce n'est pas à moi à aller trouver votre assurée et à faire auprès d'elle les démarches que votre compagnie doit faire.

« Ecrivez-lui de se présenter à mon cabinet à mes heures de consultation. Je me ferai un plaisir de lui rendre le service qu'elle me demandera au nom de votre assurance.

« Veuillez agréer, etc. »

LA SEMAINE MÉDICALE

Influence de l'iodure de potassium sur la cataracte au début.

La *Clinique ophtalmologique* donne le compte rendu d'un travail du Dr V. Pflugk, de Dresde, sur l'influence de l'iodure de potassium dans la cataracte au début.

« Les publications de Badal et de ses élèves prouvent, dit-il, indubitablement, que le traitement exerce une action favorable sur les opacités au début, chez l'homme comme chez les animaux.

La plupart des cataractes traitées sont arrê-

(1) Notre réponse comportait une entière approbation de la conduite de notre confrère (N. D. L. R.)

tées dans leur évolution ou même entrent en régression. L'auteur recommande de suivre la conduite que voici :

Dans les cas légers : traitement de Badal ; instillations, 1 ou 2 fois par jour, d'une solution à 0,25 p. 100. III gouttes.

Dans les cas plus sérieux, bains de concentration croissante de 7.5 à 20 p, 300 : bains tièdes de 2 à 5 minutes 2 fois par jour. Après quelques semaines, s'il y a amélioration, il faut poursuivre le traitement pendant quelques mois. Si ensuite, après une interruption du traitement, les lésions restent stationnaires, il faut conseiller tout de même de reprendre l'iodure après 3 mois et pour plusieurs semaines. Si au contraire au cours du traitement par les bains les opacités semblent augmenter, il faut passer aux injections sous-conjonctivales de KI à 1 °/₀ (v. *Klin. Monatsbl*, 1906). On peut alors compter sur une amélioration sensible. L'injection sous-conjonctivale, que Badal avait abandonnée comme douloureuse, ne doit au contraire déterminer absolument aucune douleur si on suit une bonne technique. Il faut cocaïniser la conjonctive, et, au moment de la piqûre de l'aiguille, la soulever par un pli avec une pince. S'il survient ensuite de la douleur, il suffit d'arroser la muqueuse, au niveau du liquide injecté, avec quelques gouttes d'huile acoïnée à 1 °/₀.

Comme pour tout traitement ioduré, il ne faut pas compter sur une amélioration immédiate ; c'est au bout de plusieurs mois, et même de plusieurs années que son action se fait sentir.

L'expérimentation, la clinique comme la bibliographie, démontrent donc l'action curative de la médication iodurée. Celle-ci est surtout indiquée quand l'opération de la cataracte est difficile ou dangereuse (cécité de l'autre œil, maladie interne, telle que maladie de cœur, asthme grave, etc). Elle est parfaitement recommandable quand le malade présente des lésions de cataracte du premier stade, dans ce cas, il faut donner des bains ou des instillations de collyre».

La photothérapie dans quelques maladies nerveuses

D'après M. le Dr L. Agniel, de Lyon, l'influence de la lumière est évidente dans la genèse d'un grand nombre de phénomènes biologiques, et son importance en thérapeutique générale est aujourd'hui reconnue.

L'action de la lumière sur le système nerveux de l'homme s'exerce aussi bien au point de vue psychique qu'au point de vue physique.

Dans l'appréciation de cette influence, il faut tenir grand compte des idiosyncrasies.

La lumière peut s'employer avec avantage en thérapeutique nerveuse, sous forme, soit de rayons solaires (lumière blanche et radiations monochromatiques), soit de rayons dus à des lampes à arc, à incandescence, à vapeurs de mercure.

Il importe de retenir spécialement :

L'action excitante de la lumière rouge.

L'action sédative et anesthésiante de la lumière bleue-violette.

La lampe Cooper-Hewit présente le grand avantage de fournir une lumière froide et composée presque *exclusivement de radiations* violettes et ultra-violettes.

Cette lampe, désormais entrée dans la pratique, se compose d'un long tube de verre incliné, de 43 centimètres à 1m.10 de longueur suivant les types, et de 25 millimètres de diamètre. Aux deux extrémités de l'appareil sont soudées les prises de courant. L'électrode positive est en métal, l'électrode négative est représentée par du mercure qui se trouve dans une ampoule ménagée à cet effet.

La lampe s'allume en faisant basculer le tube de façon à faire couler en un mince filet le mercure d'une électrode à l'autre. On détermine ainsi un court circuit entre les deux électrodes, qui permet au tube de s'illuminer. C'est en effet ce qui se produit en le laissant revenir à sa position primitive.

FEUILLETON

Grève de malades.

Vous avez peut-être lu dans les journaux qu'il s'est fondé à Welster City (Iowa) une association fort originale, sous le titre de *Société d'éternelle jeunesse*. Le but est la prolongation de la vie. Certains Américains, estimant que la maladie, la vieillesse et la mort sont de mauvaises habitudes, qu'on peut prévenir ou retarder, infligent une amende d'un à dix dollars à tout adhérent qui garde la chambre durant plus de trois jours. En cas de récidive, la peine est plus grave.

Il s'agit de s'arranger pour ne pas être obligé de s'aliter, et, à moins d'accident imprévu, on peut bien souvent, avec des précautions même élémentaires, avec des viatiques insuffisants en apparence, diminuer la morbidité et la mortalité.

Il est certain que les peuples comme les individus qui ont le courage de réagir, qui ne s'abandonnent pas, qui ont le désir de vivre, peuvent se relever, se maintenir dans une certaine mesure, offrir moins de prise aux microbes pathogènes, comme aux ennemis du dehors.

Que de femmes qui se laissent aller, pour le moindre bobo, qui se précipitent sur leur chaise longue avec trop de complaisance, alors qu'un simple effort, une promenade au grand air, une distraction hygiénique, suffiraient à les remettre, à dissiper les vapeurs maussades, le manque d'appétit, le malaise général, qui tient si souvent à une vie sédentaire ou à un régime défectueux.

Les filles de goutteux, d'obèses, prédisposées à l'adiposité, sont particulièrement difficiles à mettre en branle, surtout en province, dans les petits endroits, où les motifs de diversion font défaut, où les stimulants manquent totalement. Aussi, elles engraissent et se déforment prématurément, deviennent d'une paresse inqualifiable et s'abrutissent dans l'ennui et le désœuvrement.

Elles gagneraient vraiment à faire partie de l'association dont je viens de parler et à y jouer de bonne heure un rôle actif. On a des jambes et des muscles, que diable, et c'est pour s'en servir.

Sans me rallier à la thèse sceptique et irrévérencieuse qui prétend qu'il y a remède à tout, surtout lorsqu'on fait des concessions, qu'on se résigne, et que, dans une maladie, le principal bienfait des médicaments n'est pas de guérir, mais de distraire, je reconnais volontiers que la prévoyance calculée, qui a pour but d'empêcher l'économie d'être en imminence morbide, ou de lui permettre de réagir dès le début, lorsqu'elle a été atteinte dans ses œuvres vives, appareils ou viscères, mérite d'être prise en considération.

Il est bien certain qu'il vaut mieux prévenir, si on est assez prudent pour cela et arrêter les frais

Il n'y a aucun dégagement de vapeur à l'extérieur, ni aucune radiation calorifique.

L'Ibogaïne dans l'impuissance.

Parmi les signes de la déchéance physique qui s'abattent sur l'organisme aux approches de la vieillesse, il en est peu qui impressionnent aussi fortement et désagréablement le moral, que la perte des facultés génésiques. L'homme qui voit, avant le temps prévu par lui ces facultés diminuer, ressent d'ordinaire une honte douloureuse qui ne tarde pas à devenir une idée fixe qui le conduit souvent à la mélancolie sombre et à la neurasthénie.

Nous entendons souvent les confidences amères d'hommes mûrs et même encore jeunes qui se plaignent de cet état de choses et nous demandent instamment de leur rendre pour quelque temps encore la vigueur de leurs jeunes années.

Dans les cas où l'impuissance est de cause psychique, on a retiré de bons résultats de l'hydrothérapie froide et d'applications d'électricité galvanique. Dans d'autres cas, l'opothérapie testiculaire fut un précieux adjuvant.

Lorsque l'impuissance doit être rattachée à une dépression, une asthénie nerveuse, le meilleur médicament à lui opposer est l'Ibogaïne, récemment introduite dans la thérapeutique par le Dr Landrin. Cet alcaloïde, à la fois tonique musculaire et nerveux — sans devoir être considéré comme un aphrodisiaque au même titre que l'Yohimbine — rend les plus grands services dans les cas d'impuissance par surmenage.

Présenté sous forme de dragées Nyrdahl au chlorhydrate d'Ibogaïne, ce médicament est facilement accepté par les malades qui en absorbent de 2 à 6 dragées par jour, aux repas; et il est fréquent, qu'après quelques jours de traitement, ils reviennent nous faire part des résultats qu'ils ont obtenu et dont ils ne cachent pas leur satisfaction.

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Quelle est la valeur du sérum antitétanique.

Depuis une quinzaine d'années, à la suite des travaux de Nocard, l'habitude avait été prise peu à peu, en chirurgie, de pratiquer des injections préventives de sérum anti-tétanique, lorsqu'on était appelé à soigner certains traumatismes suspects, ceux surtout où la blessure, ayant touché terre, pouvait avoir été plus facilement contaminée par le bacille de Nicolaïer ou sa spore.

Le sérum antitétanique, rappelons-le, n'est pas bactéricide ; il n'exerce aucune action sur le microbe du tétanos. C'est un agent antitoxique, qui annihile la toxine tétanique au fur et à mesure de sa production, sans mettre obstacle à la germination du virus. Il doit être injecté avant que la toxine ait pu agir sérieusement : il est prophylactique et non curatif, au sens véritable du mot.

Quelques chirurgiens ont mis en doute l'efficacité de ce sérum et, dernièrement encore, dans les Sociétés savantes de divers pays et à la Société de chirurgie, de longues discussions se sont élevées sur ce sujet : à côté de partisans convaincus, le sérum antitétanique a des adversaires non moins ardents qui n'ont pas hésité à conclure à sa parfaite inutilité, et

---

dès qu'il y a dégât, perturbation, commencement d'incendie ou de phlogose, si vous aimez mieux. Dans un milieu amène, avec riante intimité de parents ou d'amis bienveillants, au cœur chaud, à la belle humeur communicative, on a certainement plus de chances de ne pas se laisser entamer, amoindrir, que dans le commerce de madame Xantippe, d'Alceste, de Baudelaire, Edgard Poë, Rollinat, et des pessimistes atrabilaires qui voient tout en noir, ne parlent que de ruines, de décadence, de sujets macabres, monstrueux, hors nature, qui évoquent sans cesse la mort et les affres du tombeau.

Ce sont des menus peu réconfortants, qu'on ne saurait rechercher lorsqu'on est sain et bien équilibré, pas plus que certaines représentations (Terre d'épouvante, — Au téléphone, — l'Enterré vivant, etc., etc.), où les auteurs ont accumulé comme à plaisir toutes les occasions de bouleverser les spectateurs, de leur procurer des cauchemars, et de les abreuver d'émotions malsaines ou dangereuses.

Une promenade à Meudon, à St-Cloud, sera toujours plus salutaire qu'une excursion à la morgue, dans un hôpital ou une salle de dissection. Il y a des sages qui poussent la circonspection jusqu'à éviter les cérémonies mortuaires, les psalmodies lugubres et toutes les lectures trop graves, pour ne pas porter atteinte au bien-être de leurs digestions ou ne pas troubler leurs nuits. Ce sont des égoïstes, soit, mais des égoïstes raisonneurs, qui redoutent la contagion, et ne veulent pas faire visite à des macchabées qui ne peuvent plus la leur rendre. Ils ont des rapports avec ce couple décrit par Ibsen qui avait choisi la joie pour divinité.

Il est avéré que les hôpitaux se vident, à l'époque des grandes fêtes, aux approches du nouvel an et de Pâques en particulier et que les consultations des cabinets médicaux les plus en vogue diminuent de façon notable. Chacun a besoin d'une détente, d'une diversion, et, si elle se trouve pour le plus grand nombre dans les joies de la famille, pour les déshérités elle existe aussi dans les exhibitions de la rue, ou les séductions du renouveau.

Que de fois n'a-t-on pas constaté qu'un changement de climat, un voyage entrepris à point, avaient eu la plus heureuse influence sur un état de langueur, une dépression physique et morale, avec insomnie, perte de l'appétit, pouvant être le prélude des complications les plus graves.

C'est pour une raison analogue que je suis partisan de voir les médecins qui le peuvent prendre un congé aussi souvent que possible, venir se retremper périodiquement dans un milieu plus intellectuel, ou plus réjouissant que celui de leurs exploits quotidiens.

Elle n'est pas toujours enviable la situation de nos confrères ruraux ; ils vivent au milieu des pleurs et de la misère, sont témoins quotidiens de la détresse de leurs semblables.—On a beau se blaser dans une certaine mesure, les plus résistants, les plus impassibles, ont besoin parfois de déposer le collier professionnel, de faire une fugue vers des horizons plus fortunés et mieux ensoleillés. En fai-

ont rejeté son usage dans la pratique courante.

Prenant prétexte de ces discussions, M. VAILLARD est revenu, au cours de deux séances de l'Académie, sur cette importante question. Les propriétés du sérum antitétanique, dit-il, ont été établies par des expériences de laboratoire et par des travaux vétérinaires irrécusables. Le sérum préserve sûrement du tétanos, même à dose faible, lorsqu'il est injecté à un cobaye avant la toxine tétanique. Lorsque l'infection expérimentale de l'animal se fait par le bacille, le sérum est immunisant quand on l'injecte au moment même de l'inoculation. Lorsque le sérum intervient plus tardivement, pendant la période d'incubation du tétanos, les résultats varient suivant plusieurs conditions, parmi lesquelles figurent la dose de sérum et le tissu où évolue l'infection (la préservation, par exemple, devient difficile si l'inoculation est faite dans le muscle, tissu où la phagocytose est peu active). Non moins concluants ont été les travaux vétérinaires. En 1897, Nocard rapportait une statistique portant sur 3.088 animaux injectés aussitôt après l'une des opérations ordinairement compliquées de tétanos (castration, amputation de la queue), ou après un traumatisme accidentel : sur ce groupe, un seul cheval, traité le 5e jour, eut des accidents légers de tétanos. L'enquête de Nocard, poursuivie par M. Vaillard de 1898 à 1906 a porté sur 13.124 animaux : pas un seul de ces animaux, tous soumis à l'injection, n'a contracté le tétanos, alors que celui-ci reste très fréquent chez les animaux non traités. Voici un exemple : deux vétérinaires opèrent simultanément en 1904. L'un châtre 67 chevaux sans injection de sérum : 13 cas de tétanos se déclarent. L'autre castre 84 chevaux après injection de sérum : pas de tétanos.

Chez l'homme, les conclusions sont moins précises. De plus, on a enregistré certains insuccès qui ont fait suspecter la valeur de la méthode en médecine humaine. Les adversaires de son emploi lui ont opposé les arguments suivants :

1° L'usage, presque général depuis 1900, des injections préventives n'a pas modifié la mortalité par tétanos à Paris ;

2° Le tétanos se déclare assez souvent malgré les injections préventives.

M. Vaillard n'accorde pas grande valeur à la première objection. Il s'agit d'une statistique qui ne donne aucune indication sur les cas qu'elle enregistre. Quant à la seconde objection, la plus sérieuse, M. Vaillard estime que les insuccès sont dus, pour un bon nombre, à une application insuffisante de la méthode. Ainsi, l'action de l'antitoxine s'éteint au bout d'une semaine et si l'injection n'est pas renouvelée à ce moment, le tétanos peut éclater sans que la méthode soit pour cela en défaut. De même si l'on se borne à saupoudrer la plaie de sérum sec et à recouvrir d'un pansement : le pansement absorbe le sérum (Tuffier) qui ne pénètre pas dans l'organisme. Si l'on élimine tous les cas où l'application a été imparfaite, il reste seulement un chiffre minime d'insuccès, aléa de toutes les méthodes prophylactiques.

Ces insuccès, si rares soient-ils, établissent cependant que la sérothérapie antitétanique ne préserve pas toujours et dans toutes les conditions. Le sérum est simplement antitoxique. Il neutralise la toxine produite par la culture du germe, laissant aux cellules phagocytaires le soin de lutter contre le bacille qui se développe dans la plaie et au chirurgien l'obligation et le temps de supprimer à la fois le foyer dangereux et les éléments propices à la culture du bacille tétanique (associations microbiennes, suppuration, sphacèle des tissus, caillots sanguins). Mais cette protection dure seulement tant que l'antitoxine se trouve présente, c'est-à-dire une semaine environ chez l'homme. Après cette période, si la culture se poursuit encore au foyer de la blessure, il est indispensable de renouveler la provision d'antitoxine. De là la nécessité de réitérer les injections, aussi longtemps que persiste le

---

sant partie d'une association médicale, d'un syndicat, ils ont l'occasion de banqueter, de secouer leur torpeur et de fraterniser avec d'agréables compagnons, dont l'entrain communicatif leur redonne espoir et courage. S'ils partent (oh ! bien rarement) un peu éméchés de ces agapes, c'est une ivresse relativement saine qui les stimule, puisqu'ils reviennent plus contents, ragaillardis, avec des forces nouvelles, vers le village dont ils sont les bienfaiteurs.

Le médecin a d'autant plus besoin de se tenir sur la défensive, qu'on n'admet pas qu'il puisse être malade, ou simplement fatigué. Il lui est défendu de se refroidir, de tousser, de geindre, de mal digérer, et même d'avoir des nerfs trop vibrants, l'âme endolorie, et même de vieillir ; ses clients ne lui laissent pas le droit d'avoir les misères, les infirmités, dont ils sont atteints et dont il se charge de les débarrasser. Quelle confiance voudriez-vous qu'on eût en lui, s'il était aussi cacochyme que les déchets d'humanité qui l'entourent ? C'est si vrai qu'on l'abandonne impitoyablement dès qu'il est sérieusement touché, dès qu'il se laisse aller sous le poids des ans, ou des soucis d'une carrière laborieusement remplie. Avec l'encombrement actuel, la fâcheuse pléthore, il est vite, bien vite remplacé.

Il ne nous reste plus qu'à imiter les Américains et à créer à notre tour une société d'éternelle jeunesse. Au fait, est-ce bien nécessaire ? Elle existe en réalité sous un autre nom, avec l'étiquette du syndicat régional par exemple, d'une fédération quelconque, où on peut se réunir assez fréquemment, pour y puiser le réconfort nécessaire. Dans quelques associations scientifiques ou littéraires, le manquant est puni d'une amende, ou ne reçoit pas de jeton de présence, lorsqu'il fait défaut. C'est généralement peu de chose, mais cela suffit pour stimuler les paresseux, les indifférents. Puisque la santé des apathiques peut encore en recevoir une impression favorable, il n'y aurait plus, ce me semble, qu'à généraliser la mesure.

Allons, confrères, un bon mouvement ; mettez-vous en route et ne manquez plus le rendez-vous fixé, sans cela gare votre porte-monnaie. Il y va de votre égalité d'humeur pour le reste de la semaine ou du mois. Cela vaut bien un fromage sans doute. Si, avec cela, les malades veulent bien se montrer plus dociles, moins ingrats, un peu plus généreux (oh ! on ne veut pas les pressurer ni les réduire à la mendicité), je suis convaincu qu'il n'en faudra pas davantage pour que bien des nuages se dissipent. Tout le monde y trouvera son compte, à commencer pas les alités aigus ou chroniques, qui n'en seront que mieux soignés.

Dr GRELLETY (de Vichy).

foyer. Il faut également que le sérum soit donné à dose suffisante. Et, même ces conditions remplies, on ne peut prétendre encore à une prophylaxie infaillible. Les faits expérimentaux montrent que la préservation des cobayes est aléatoire quand l'infection évolue dans les muscles. D'autres éventualités, plus ou moins connues, peuvent être des causes d'insuccès.

En définitive, conclu M. Vaillard, le sérum doit intervenir le plus tôt possible, avant que les bacilles (ou les spores, devenues bacilles) aient eu le temps de cultiver trop vigoureusement. La dose de la première injection variera avec la nature et la gravité du traumatisme. Dix centimètres cubes suffisent habituellement pour les blessures facilement accessibles aux soins antiseptiques. Pour les plaies profondes, souillées de corps étrangers, les écrasements, les fractures compliquées, il est indiqué d'injecter d'emblée 20 à 30 cent. cubes. On renouvellera l'injection, s'il paraît nécessaire, hebdomadairement, à doses moindres.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

La cuti-réaction à la tuberculine chez les enfants.

Les discussions auxquelles l'ophtalmo-réaction à la tuberculine a donné lieu dans la plupart des sociétés savantes ont eu pour conséquence de faire négliger l'étude de cet autre procédé nouveau de dépistage de la bacillose : la *cuti-réaction* de von Picquet.

M. Comby a repris cette étude en utilisant une technique personnelle plus avantageuse que la technique de von Picquet. Au lieu des scarifications un peu douloureuses et qui répugnent aux malades, l'auteur recommande de procéder par simples piqûres avec la lancette à vaccin. On annonce aux sujets que l'on va les vacciner et on leur fait, effectivement, avec la lancette chargée d'une goutte de tuberculine (solution de tuberculine à 1 p. 100 de l'Institut Pasteur, la même qui est livrée pour l'oculo-réaction), trois piqûres à l'empreinte deltoïdienne.

Le lendemain et le surlendemain, on examine le résultat. S'il n'y a pas de réaction, on ne voit que la trace des piqûres : trois points noirs, sans rougeur autour. Si la réaction est positive (au bout de vingt-quatre heures, parfois un peu plus tardivement), il se forme une rougeur plus ou moins intense autour des points d'inoculation, puis une saillie papuleuse, qui persiste 8 à 10 jours. Rarement, la papule se recouvre d'une bulle.

Selon M. Comby, ce procédé n'est passible d'aucune objection. Son innocuité est absolue, son exécution est simple et il est accepté plus facilement dans les familles que l'oculo-réaction.

Rhumatisme thyroïdien chronique.

A propos d'une récente communication, que nous avons signalée, de MM. Léopold Lévi et de Rothschild, M. Claisse présente quelques considérations sur le rhumatisme chronique thyroïdien.

Le rhumatisme chronique, dit-il, n'est pas un état morbide simple. On comprend sous ce nom des états disparates que l'on commence à séparer les uns des autres : tels, le rhumatisme chronique tuberculeux (Poncet), le rhumatisme chronique de la blennorrhagie ; tel aussi le rhumatisme chronique thyroïdien.

Il est souvent difficile de reconnaître, par la symptomatologie, la nature thyroïdienne d'un rhumatisme chronique. L'opothérapie sert alors de pierre de touche. On l'essaiera chez tout rhumatisant suspect d'hypothyroïdie. Mais il n'est pas inutile de rappeler que cet emploi doit être surveillé de près. Les cas d'intolérance sont assez fréquents. On ne fait courir aucun risque si l'on procède par petites doses, sans hâte, en surveillant l'excitation cardiaque, l'accélération du cœur, en interrompant le traitement dès que le sujet atteint 90 à 100 pulsations. L'opothérapie thyroïdienne peut rendre ainsi de grands services à certains rhumatisants. Bien entendu, elle restera inactive, comme tous les autres traitements d'ailleurs, lorsque les lésions articulaires sont arrivées à un stade définitif (ankylose, destructions cartilagineuses).

M. Vincent ajoute que, pour être plus efficace, l'opothérapie thyroïdienne doit être aidée par l'administration de l'iode, sous forme de teinture d'iode, d'iodure de potassium, ou de liqueur de Gram. Il est possible, au surplus, que le traitement iodé, employé de tout temps contre le rhumatisme chronique, doive une partie de ses effets à son action propre sur la sécrétion thyroïdienne.

P. L.

CHIRURGIE PRATIQUE

De l'innocuité absolue de la rachicocaïnisation suivant notre technique.

(M. Le Filliatre.)

(*Suppression complète par cette technique des accidents de la rachistovaïne.*)

En ce moment, la rachistovaïnisation est à juste titre, fort malmenée dans les milieux chirurgicaux et médicaux et sa sœur aînée la rachicocaïnisation, de ce fait, se ressent un peu, mais très injustement des méfaits reprochés à la rachistovaïnisation.

Tout d'abord, en ce genre de question, aussi grave de conséquences, il faut jouer cartes sur table, la franchise la plus absolue est indispensable. Car autrement, c'est laisser subsister dans l'esprit du corps médical un doute doublé de craintes qui devient bien vite un puissant frein à l'extension d'une méthode qui a pour but une meilleure anesthésie, une plus grande sécurité pour l'opérateur et le bien-être de nos malades.

C'est avec une certaine satisfaction personnelle, je vous l'avoue, que j'ai lu le compte rendu des séances de la Société de chirurgie des 4 et 11 mars derniers sur la rachistovaïnisation, car j'y ai vu là bien contresigné par une assemblée de chirurgiens tous les accidents dus à la rachistovaïnisation que le premier, je signalais ici même pour la première fois il y a plus de 2 ans 1/2, et sur lesquels j'attirais une seconde fois l'attention il y a plus d'un an, dans un travail intitulé : « *Accidents et inconvénients de la rachistovaïne* ». Les cas de mort signalés, causés par la rachistovaïnisation ne m'étonnent nullement, car au commencement de 1905, alors que j'avais eu l'intention dans l'application de ma technique, de remplacer la cocaïne, dont j'étais très satisfait, par la stovaïne, très en vogue alors pour ce simple motif que la stovaïne était, disait-on, moins toxique que la cocaïne : tout nouveau, tout beau, je me suis presque vu un jour avec un décès sur ma table d'opération tellement l'état général d'un sujet rachistovaïnisé était devenu subitement grave quelques minutes après la rachistovaïnisation (2[e] obs. de

rachistovaïnisation, communication faite à la Société médicale du 9e arrondissement, juillet 1905).

J'avais donc, vous dis-je, essayé au commencement de juillet 1905, de remplacer la cocaïne par la stovaïne, dont tout le monde disait tant de bien, mais je dois sincèrement vous avouer qu'après 8 rachistovaïnisations, je m'en tenais là pour bien vite reprendre ma bonne cocaïne, tellement les résultats obtenus avec la rachistovaïne avaient été déplorables (communication faite à la Société médicale du 9e, juillet 1905) et cependant, j'avais employé 4 fois la méthode de Tuffier avec des ampoules qu'il m'avait lui-même remises et 4 fois ma technique, afin de me rendre compte si avec la stovaïne il n'était pas nécessaire, comme avec la cocaïne, de retirer au préalable une certaine quantité de liquide céphalo-rachidien pour éviter les complications dues à l'introduction de la stovaïne dans les espaces arachnoïdiens ; comme vous le savez depuis, M. le Dr Chaput, ce dont je le remercie, et beaucoup d'autres chirurgiens, ont reconnu que j'avais raison et si l'on voulait éviter certaines complications causées par ce mode d'analgésie, en particulier la céphalée, il était nécessaire de retirer au préalable comme je le faisais déjà depuis longtemps, une certaine quantité du liquide céphalo-rachidien.

Pour ma part, en outre des cas de mort pour rachistovaïnisation signalés à la Société de chirurgie, de ceux signalés dans la *Semaine médicale* du 18 mars 1908, dans un article intitulé: « Méfaits de la rachistovaïne », j'ai, l'année passée, dans une communication intitulée: *« Accidents et inconvénients de la rachistovaïne »*, signalé un cas de mort survenu non pas, comme l'avait cru notre distingué collègue, Guiart par suite de rachicocaïnisation, mais bien après rachistovaïnisation, ce que je vous redis aujourd'hui et à dessein.

Sans parler des ratés d'anesthésie dus à cette méthode de rachistovaïnisation 49/160 statistique, Schwartz (*Journal des Praticiens*, 14 sept. 1907), sans parler du peu de durée de l'analgésie par rachistovaïnisation, de l'analgésie souvent imparfaite obtenue, avec ce médicament, de la faiblesse et de la rapidité du pouls, d'une légère cyanose de la face et des extrémités, de l'affaissement et de l'abattement du rachistovaïnisé, de l'impotence fonctionnelle des membres inférieurs et souvent des quatre membres, des paralysies du rectum et de la vessie que l'on rencontre chez les rachistovaïnisés et qui persistent parfois assez longtemps, de la céphalée causée par la rachistovaïnisation malgré l'évacuation de liquide comme je vous le signalais à notre séance de juillet 1905, sans parler des paralysies diverses causées par la rachistovaïne que je signalais en mars 1907, je pense que seuls les troubles circulatoires et respiratoires consécutifs aux paralysies respiratoires et aux paralysies du cœur, causées par la rachistovaïnisation, sont des symptômes d'une gravité telle que la plupart d'entre vous à juste titre n'oseraient se risquer à soumettre sans une certaine crainte l'un des siens à cette méthode d'analgésie.

Pour en terminer avec les accidents signalés à la Société de chirurgie et qui pourraient jeter injustement du discrédit sur notre technique de rachicocaïnisation, on pourrait se demander pourquoi le Dr Guinard aurait eu 3 cas de mort avec la rachicocaïnisation. Le Dr Guinard a, en effet, rapporté 3 cas de mort que l'on pourrait peut-être mettre sur le compte de la rachicocaïne, ce qui n'est nullement prouvé comme il le reconnaît lui-même ; mais, si même cela était vrai, nous vous répondrions, et sans en être étonné, que nous n'avons jamais eu pareil accident, ce qui nous paraît tout naturel, puisque la technique employée en l'espèce par le Dr Guinard n'a pas été la nôtre, que le Dr Guinard n'a pas retiré préalablement chez ces 3 malades de 10 à 30 cmc. de liquide céphalo-rachidien suivant les sujets et que le Dr Guinard, au lieu d'injecter notre solution de cocaïne, qui se compose tout simplement d'eau distillée et de cocaïne dans la proportion de 1 gr. de cocaïne pour 50 gr. d'eau distillée, stérilisée à l'autoclave en ampoules fermées de 3 cmc. pendant 1/2 heure à 120°, a injecté un liquide (pseudo-sérum) préparé par ses internes, MM. Ravaux et Aubourg, dans lequel on avait introduit de la cocaïne. Ces trois cas ne peuvent donc en rien relever de notre pratique journalière, puisque la technique suivie n'a pas été la nôtre et que la solution injectée a été bien différente de celle que nous employons.

Ces 3 cas ont été, comme tous les accidents relevés jusqu'à ce jour, la suite toute naturelle des erreurs du début où l'on pensait que les accidents de la rachicocaïnisation étaient dus soit à la nature du liquide injecté, soit au médicament introduit dans ce liquide ; aussi pendant ces quelques années, s'est-on surtout ingénié à trouver un liquide isotonique ou à remplacer la cocaïne, plutôt que de s'apercevoir que *tous les accidents survenus au cours de la rachicocaïnisation* (méthode Tuffier et Guinard) *n'étaient que de simples accidents dus à l'hypertension et qu'il suffisait de supprimer cette dernière pour les faire disparaître.*

Pourquoi avait-on alors préféré la stovaïne à la cocaïne ?

La réponse en est bien simple. *La stovaïne*: *médicalement paralysant la cellule nerveuse* alors que la *cocaïne excite nettement la cellule nerveuse*, devait certainement, dès l'instant qu'on ne supprimait pas l'hypertension, nouvelle cause d'excitation de la cellule nerveuse, donner une excitation moindre en injection arachnoïdienne que la cocaïne, puisque d'un côté, avec l'injection de la solution de stovaïne, nous avions excitation de la cellule nerveuse, du fait de l'hypertension causée par l'infection et paralysie du fait de l'action physiologique de la stovaïne sur la cellule nerveuse, *tandis* qu'avec la cocaïne, nous avions comme pour la stovaïne excitation de la cellule nerveuse du fait de l'hypertension causée par l'injection de la solution de cocaïne et, en outre, excitation de la cellule nerveuse par suite de l'effet physiologique de la cocaïne sur la cellule nerveuse. Ainsi donc, l'excitation de la cellule nerveuse était, non seulement réduite de moitié avec la stovaïne, mais encore diminuée par l'effet paralysant de cette dernière.

Faisons remarquer ici que l'hypertension du liquide céphalo-rachidien n'est pas seulement créée mécaniquement par l'introduction dans les espaces arachnoïdiens d'une certaine quantité de liquide injecté, mais surtout par l'hypersécrétion de l'arachnoïde du fait du contact de cette séreuse avec un corps étranger comme l'eau, le sérum, la cocaïne, la stovaïne, etc.

Ceci dit, nous comprenons facilement pourquoi avec la solution de stovaïne en injection arachnoïdienne, sans extraction préalable de liquide céphalo-rachidien, les accidents sont moindres qu'avec l'injection de la solution de cocaïne pratiquée dans les mêmes conditions.

Avec la solution de stovaïne ces accidents,

déjà moindres, persistent encore si l'on a soin de retirer de 10 à 30 cmc. de liquide céphalo-rachidien alors que, dans ces mêmes conditions, si l'on emploie notre solution de cocaïne après extraction préalable de 10 à 30 cmc. de liquide, ces accidents disparaissent complètement et cela pour les deux causes suivantes : c'est que, d'une part, la stovaïne, paralysant la cellule nerveuse, agit quoi qu'on fasse sur le plancher du quatrième ventricule et, par suite, produit un effet déplorable sur les origines nerveuses du pneumo-gastrique, d'où tous les accidents respiratoires et circulatoires que nous observons au cours de la rachistovaïnisation, et que, d'autre part, la stovaïne, ainsi que je vous le disais en mars 1907, précipitant le liquide céphalo-rachidien, doit produire des modifications de vitalité, de l'épithélium arachnoïdien et des cellules nerveuses que baigne ce liquide, ce qui expliquerait facilement les paralysies que l'on observe à distance et entre autres les paralysies oculaires. Si maintenant nous supprimons l'excitation de la cellule nerveuse voulue par l'hypertension créée du fait de l'injection de la solution et par l'hypersécrétion voulue du fait de l'introduction d'un corps étranger dans l'espace arachnoïdien en abaissant suffisamment au préalable la tension du liquide céphalo-rachidien et qu'au lieu d'injecter un médicament paralysant la cellule nerveuse et précipitant le liquide céphalo-rachidien, nous injectons un médicament excitant la cellule nerveuse et ne précipitant pas le liquide céphalo-rachidien tel que la cocaïne, nous évitons de ce fait toutes les paraylsies immédiates et tardives, ainsi que la clinique nous l'a amplement démontré *après une pratique de plus de* 6 *ans et dépassant* 1.500 *cas à ce jour* (1.200 cas en mars 1907). Avec cette dernière technique, les malades anesthésiés, au lieu de présenter de la paralysie des membres inférieurs, voire même de tout le tronc, de l'abolition des réflexes patellaires et scrotaux comme avec la stovaïnisation, vous présenteront plutôt de la contracture des membres inférieurs, pendant l'opération voire même des membres supérieurs, de l'exagération de ces mêmes réflexes patellaires et scrotaux, si toutefois ainsi que la pratique nous l'a amplement démontré, nous n'avons pas auparavant retiré suffisamment de liquide céphalo-rachidien.

Ainsi donc, en retirant assez de liquide céphalo-rachidien, vous arrivez non seulement à supprimer les phénomènes d'excitation produits par l'hypertension mais encore, à atténuer les phénomènes d'excitation produits par la cocaïne à tel point que si vous suivez notre technique, vos malades, si je puis employer cette expression, sont au cours de l'opération *admirables de bien-être*, et peuvent toujours sans souffrir, avec leur pleine lucidité d'esprit, vous accomplir pendant l'intervention les mouvements que vous pouvez leur demander.

Je tiens donc en conscience à bien vous assurer et à bien vous convaincre que la rachicocaïnisation suivant notre technique est *un procédé admirable d'anesthésie*, qu'il ne vous donnera jamais le moindre ennui, *même employé plusieurs fois sur le même sujet*, ainsi que vous avez pu le voir chez cette femme que je viens de vous présenter, que j'ai présentée à la Société Médicale des Praticiens et que je *rachicocaïnisai cinq fois en quelques semaines*, au commencement de l'année 1905. Cette femme, cliente du Dr Simon, de Sannois, habite Saint-Gratien et comme vous avez pu le voir, se porte aujourd'hui à merveille, travaillant plus que jamais à la culture sans avoir jamais ressenti depuis aucun trouble, pas même la moindre douleur dans les membres inférieurs.

Quand j'ai eu l'idée de remplacer la cocaïne par la stovaïne, l'un de nos éminents collègues, le Dr Klippel, médecin des hôpitaux, m'avait demandé de lui donner l'état des réflexes des malades rachistovaïnisés ; quand je lui apprenais que dans la stovaïnisation, il y avait abolition des réflexes patellaires et scrotaux, etc... et, par suite, paralysie de la cellule nerveuse, il me donnait le sage conseil de ne pas employer un médicament paralysant la cellule nerveuse et de toujours m'adresser à un médicament excitant cette cellule ; les médicaments paralysant la cellule nerveuse étant, d'après lui, des médicaments dangereux ; j'ai suivi son conseil et je ne saurais trop, aujourd'hui, l'en remercier.

L'on a encore reproché à la cocaïne d'influencer défavorablement le plancher du 4e ventricule, c'est là encore une erreur grossière qui est due, non à la cocaïne, mais seulement à l'hypertension ; appliquez notre technique et comme nous, ce que nous faisons pour ne pas dire chaque jour et même quelquefois plusieurs fois par jour, vous mettrez vos malades en position maximum de Trendelenburg sans avoir jamais la moindre indisposition de la part du patient.

J'ajouterais ici que depuis quelques mois, avec une légère modification de technique que nous nous réservons de publier d'ici quelque temps nous opérons toutes les affections du cou et de la tête avec ce procédé de rachicocaïnisation sans que nos malades soient le moins du monde gênés par la présence de la cocaïne au niveau du plancher du 4e ventricule.

On a encore reproché à la cocaïne de donner de l'albumine. C'est encore là une idée absolument erronée, et sur 41 sujets indemnes d'albumine et pris en série, les urines n'ont jamais présenté la moindre trace d'albumine après la rachicocaïne, soit le jour même, les jours suivants ou plusieurs mois après.

Je voudrais encore attirer votre attention sur ce fait que la rachicocaïnisation suivant notre technique, n'intoxiquant pas le globule sanguin comme le fait le chloroforme, nous permet d'éviter *le choc opératoire* qui n'est autre que le *choc chloroformique* et d'obtenir dans toutes nos grosses laparotomies des résultats bien meilleurs, absolument admirables : nos opérés même albuminuriques ou diabétiques se servant de leurs reins ou de leur foie après l'intervention absolument comme s'ils n'avaient pas été opérés.

C'est ainsi que, par exemple, je viens de pratiquer une série de 31 hystérectomies abdominales pour fibromes avec ce mode d'anesthésie, sans avoir eu le moindre décès et sans que la sécrétion urinaire fut en quelque sorte diminuée, tant le jour de l'opération que les jours suivants.

C'est encore ainsi que j'ai vu ma mortalité considérablement diminuée dans les interventions sur la vessie et les reins, alors qu'autrefois, je redoutais fort ces mêmes interventions faites au chloroforme, surtout si le malade était déjà un urinaire infecté.

En outre de la suppression de l'intoxication chloroformique (choc opératoire), *vous aurez avec la rachicocaïnisation avec un état post-opératoire bien meilleur, un opéré qui ne vomira pas, qui sera tranquille et ne tirera pas involontairement sur ses sutures en vomissant, qui ne déplacera pas ses drains, ce qui est un grand avantage dans la chirurgie abdominale, chez lequel les adhérences se feront vite et facilement et qui,*

CORRESPONDANCE

HEBDOMADAIRE

Dr D., de St-V., à *Concours.* — Obligé de poursuivre un patron pour un réglement d'honoraires, je vous prie de vouloir bien me dire, s'il y a une jurisprudence établie sur le point suivant :

J'ai été appelé par le camarade de l'ouvrier soigné. Tous deux sont des charretiers faisant un voyage en commun ; l'un d'eux fait une chute de voiture et se casse la jambe. Le second vient me chercher.

Je n'ai donc été choisi, ni par le blessé, ni par le patron.

Celui-ci, d'ailleurs, ne dit rien, il me renvoie simplement à la compagnie, à laquelle il est assuré, mais il est à prévoir que la compagnie cherchera à lui faire établir que j'ai été appelé par l'ouvrier.

J'ai trouvé dans le travail Diverneresse, page 120, un jugement de Marseille, dans un sens favorable à ma thèse.

En existe-t-il d'autres ? vous seriez bien aimable de me l'indiquer. Mon affaire doit venir le 12 courant.

Réponse. — Le jugement le plus favorable en votre sens, que nous puissions vous citer est celui rendu par le Juge de paix de Cérizay (Deux-Sèvres), le 10 décembre 1907, (publié dans le *Concours Médical*, n° 8, de 1908, page 140). Ce jugement décide que l'acceptation, même tacite, par le chef d'entreprise, du ou des médecins mis en œuvre par des tiers pour donner des soins à son ouvrier blessé, suffit pour écarter l'application obligatoire du Tarif Dubief.

Dr N... à B... — Oui, la combinaison D de l'Amicale fonctionne dès maintenant et le conseil d'Administration, dans sa séance du 7 juillet, prononcera les premières admissions, car il est déjà en possession de plusieurs dossiers en règle.

Dr P. à Th. *à Concours.* Je vous prierais de vouloir bien me donner les renseignements dont j'ai besoin dans le cas suivant :

Un de mes clients, en auto, renverse un vieillard et le blesse. Il m'appelle auprès de son blessé et, sur ma recommandation, s'assure de l'adhésion de son agent d'assurances. Je vois le blessé (fracture de cuisse, luxation de clavicule, plaies diverses), le fais

Suite page X

bien drainé, sera plus facilement à l'abri des péritonites consécutives.

Je dois vous dire que chez les urinaires, le bon état général des malades opérés par rachicocaïnisation, la conservation normale de l'immobilité relative de la paroi abdominale non troublée par les contractions musculaires dues aux vomissements post-chloroformiques, m'ont permis, dans ces derniers temps, de faire deux sutures de vessie chez des malades atteints de cystite purulente calculeuse opérés par taille hypogastrique, sans avoir de fistule urinaire consécutive et, par suite, avec réunion par 1re intention, bien que cependant chez l'un de ces deux opérés, la vessie fût en si mauvais état, atteinte qu'elle était de cystite calculeuse purulente depuis plus de 10 ans, qu'un de nos distingués urinaires, le Dr Cathelin me faisait remarquer tout dernièrement que pour le beau résultat obtenu, j'avais certainement eu le bon Dieu avec moi.

En résumé, si vous acceptez les malaises légers, non constants chez tous les opérés, qui existent pendant les 10 premières minutes suivant la ponction, et voulus par le seul abaissement brusque du liquide céphalo-rachidien, malaises pouvant s'accompagner parfois de quelques nausées, avec *la technique simple, non compliquée de rachicocaïnisation que nous suivons, vous avez là une méthode d'anesthésie sûre, à l'abri des accidents immédiats et éloignés, pouvant être employée sans aucun danger plusieurs fois sur le même sujet, que j'ai appliqué plus de* 1.500 *fois à ce jour et toujours à la grande satisfaction des malades et de leur chirurgien, qui vous permettra souvent de sauvegarder l'existence de vos opérés en supprimant le choc chloroformique, qui vous permettra de faire surtout les opérations de grande chirurgie, de longue durée* (1 h. 1/2 à 2 heures), *sans intoxiquer et affaiblir votre opéré*, qui vous présentera ensuite un état général si admirable pour son cas que vous en serez étonné comme le sont tous ceux qui suivent mes opérations journalières.

Enfin, avec ce mode d'anesthésie, chez des malades infectés qui présentaient de l'anurie de la diarrhée et une céphalée violente, il nous a suffi de les rachicocaïniser à fin d'opération pour voir la céphalée disparaître aussitôt la ponction, et voir la sécrétion urinaire redevenir suffisante dans les 2 ou 3 heures qui ont suivi l'opération, et pour sauver l'existence de gens qui, sûrement, seraient morts s'ils n'avaient eu leurs globules rouges intoxiqués par le chloroforme. Avec ce procédé, vous n'aurez pas besoin de recourir à la caféine et au sérum pour remonter votre malade, vous n'aurez pas besoin de pratiquer avant l'injection de cocaïne, une injection de scopolamine pour renforcer la mauvaise analgésie souvent produite par la stovaïne, et votre malade, toujours conscient de lui-même, au lieu d'être enfermé plusieurs heures avant l'opération dans une chambre noire, les yeux bandés, sera après l'application de la rachicocaïnisation suivant notre technique, un malade heureux d'être opéré sans souffrir et qui pourra, grâce à sa lucidité d'esprit, vous être très utile au cours de votre intervention.

C'est donc là, mes chers confrères, une méthode d'anesthésie très facile à appliquer, d'une innocuité parfaite et, quoi qu'en disent ceux qui l'ignorent ou veulent l'ignorer, bien supérieure au *chloroforme* et *à la rachistovaïne.*

TECHNIQUE.

1° OBJETS NÉCESSAIRES. — Vous trouverez dans le *nécessaire à rachicocaïnisation* que j'ai fait confectionner par Templier (14, rue de Wattignies, Paris, téléph. 908-44), tous les objets nécessaires pour faire deux rachicocaïnisations. Ces objets sont livrés stérilisés dans un écrin, et comprennent *deux aiguilles en platine* de notre modèle pour rachicocaïne, *deux aiguilles plus courtes* pour charger les seringues, *deux seringues en verre* de trois centimètres chaque, *trois ampoules de notre solution* de cocaïne au 1/50 et enfin *une éprouvette graduée* de 30 cc., pour recueillir le liquide céphalo-rachidien.

2° *Manuel opératoire.* — Le malade purgé la veille et ayant pris le matin du jour de l'opération une tasse de café et un jaune d'œuf, est assis soit sur une table d'opération, soit sur une chaise ou couché sur le côté gauche si l'état du malade l'exige.

Après lavage et savonnage de la région sacro-lombaire, et après avoir frictionné ensuite cette région avec des compresses stérilisées, imbibées tour à tour d'une solution de sublimé à 1/2000, d'alcool et d'éther, vous mettez votre malade dans la position voulue pour la ponction.

a) *Si le malade est assis,* vous lui demandez d'arrondir son dos en s'écrasant, les mains reposant sur les cuisses à l'union du tiers antérieur avec les deux tiers postérieurs, les pouces en dedans ; dans cette position, vous trouverez facilement l'espace sacro-lombaire.

b) *Si le malade est couché,* un bon moyen pour lui faire arrondir le dos est de lui passer une serviette assez longue sous les jarrets, de venir prendre le cou avec les deux chefs, et de la nouer sur la nuque, en faisant arrondir le dos au malade ; ainsi votre malade est en bonne position et ne bouge plus pendant l'intervention.

c) *Pour repérer l'apophyse épineuse de la* 5e *lombaire,* afin de ponctionner ensuite dans l'espace sacro-lombaire, on détermine, comme le fait Tuffier, l'apophyse épineuse de la 4e vertèbre lombaire qui se trouve située au point de rencontre de la ligne épineuse et d'une ligne transversale, réunissant le sommet des deux crêtes iliaques.

Cette apophyse trouvée, repérez-là de l'index de la main gauche, dont le pouce rencontrera facilement au-dessous l'apophyse épineuse de la 5e vertèbre lombaire.

d) *Pour ponctionner,* piquez à un centimètre et demi environ à droite, en bas et en dehors de la 5e apophyse, en tenant votre aiguille inclinée en bas à la fois de 45° sur un plan vertical transverse, et de 45° sur un plan vertical antéro-postérieur, en un mot, dans le plan de la bissectrice de l'angle dièdre fourni par les deux plans précédents.

e) *Pour la détermination de la quantité* de liquide à retirer, conformez-vous à la règle suivante : *Pour un malade chez lequel le liquide s'écoule goutte à goutte, vous retirez* 10 *cmc. de liquide avant de pousser l'injection ; pour les malades où le liquide s'écoulera en jet, vous attendrez que le liquide tombe goutte à goutte avant de retirer la constante de* 10 *cmc., en vous rappelant toutefois que la somme totale de liquide soustrait ne devra jamais dépasser* 30 *cmc.*

Après cette évacuation de liquide céphalo-rachidien, nous injectons de 1/2 à 2 cmc. de notre solution de cocaïne au 50e, soit de 1 à 3 centigrammes de cocaïne., 1 centigramme sera toujours suffisant pour les simples incisions ou débridements, portant sur les régions sous-pubiennes, 2 centigrammes si l'opération portant sur ces mêmes régions doit être plus laborieuse,

et enfin 2 cc. 1/2 à 4 centigr. si nous opérons dans les régions sus-pubiennes.

Nous préférons l'espace sacro-lombaire pour la plus grande facilité pour la ponction d'abord, cet espace étant notablement plus large dans le sens de la hauteur, que la 4e espace lombaire, et ensuite parce que, dans l'espace sacro-lombaire, les racines radiculaires formant la queue de cheval sont déjà moins nombreuses que dans le 4e espace, qu'il y a moins de chance de les blesser, et que la douleur d'un des membres inférieurs que ressentent si souvent les malades au moment de la ponction dans le 4e espace, se trouve toujours évitée dans l'espace sacro-lombaire.

L'injection poussée doucement, vous retirez brusquement l'aiguille, et vous appliquez une compresse stérilisée avec un peu de collodion sur le point de la ponction. *Renversez aussitôt le malade, s'il est assis*, à cause des légers troubles cérébraux voulus dans la position assise, par suite de l'abaissement brusque de la tension du liquide céphalo-rachidien. Après une ponction, laissez toujours vos malades une semaine au lit. Le soir même vous pouvez les alimenter légèrement si l'intervention pratiquée le permet.

(*Bulletin de la Société médicale du IXe arrondissement*).

OPHTALMOLOGIE

Traitement des plaies de l'œil (1)

Le résumé suivant nous semble un guide utile pour le praticien dans ces cas si graves et si imprévus.

Le traitement des plaies de l'œil, destiné à limiter la *déperdition visuelle*, à éviter l'*infection généralisée* à l'œil atteint et par-dessus tout l'ophtalmie sympathique avec *cécité*, présentera de notables différences, suivant que la plaie est cornéenne ou sclérale, pénétrante ou non pénétrante, qu'il s'agit d'une rupture ou d'une blessure pénétrante avec ou sans corps étranger, hernie vésicale, lésions des milieux, lésions des annexes.

Après avoir donné des détails sur l'*évolution historique*, M. A. Terson insiste sur les règles actuelles à suivre.

1° Le *traitement topique d'urgence* variera avec l'état de la plaie, infectée ou non infectée.

La plaie *non pénétrante* et *non infectée* sera traitée par une aseptisation soignée, en évitant les antiseptiques à dose irritante, en employant des collyres aseptiques, des pansements aseptiques, généralement secs et rares : c'est le traitement d'un œil opéré.

La plaie pénétrante cornéenne comporte, en plus, *au début*, l'emploi d'un myotique, la réduction ou l'excision d'une hernie irienne.

Le pansement est indispensable et devra parfois comprendre les deux yeux. Il sera sec, sauf infection. M. Terson a essayé le pansement idéal, le papier *flamblable* à l'amiante, mais il n'est pas assez absorbant et reste inférieur à la gaze aseptique.

Les plaies coexistant avec des annexes infectées (dacryocystite, ozène, etc.) sont justiciables d'emblée d'un traitement *antiseptique* analogue à celui des plaies infectées (pansement humide, collyres argentiques et mercuriels etc.), en même temps que le sac lacrymal, les fosses nasales, etc., subissent une désinfection énergique et même opératoire.

Le régime des opérés, et celui approprié à l'état général défectueux et au résultat de l'examen des urines, seront institués.

La plaie *infectée* nécessite l'antisepsie la plus résolue.

Les collyres *argentiques* (collargol, argyrol) ou mieux les collyres *mercuriels* (sublimé, ou salicylarsinate de mercure (énésol) que M. A. Terson préfère comme aussi efficace et moins douloureux), ont une action fréquemment utile. La dionine, sous toutes ses formes (Darier), poudre et injections, les seconde. L'adrénaline sera ici scrupuleusement évitée.

Des moyens *généraux* (sérothérapie, mercure, collargol, etc.) pourront leur être joints. Il semble que le *sérum antidiphtérique* ait des résultats équivalents à ceux du sérum antipneumococcique et que son emploi ait appuyé l'effet favorable du traitement local.

Si les collyres mercuriels, argentiques et la sérothérapie ne suffisent pas, les injections sous-conjonctiavles (surtout mercurielles, parfois salées ou à la dionine) sont indiquées.

Si l'infection devient envahissante, à côté d'autres moyens éventuellement utiles, la *cautérisation ignée, pénétrante* dans les cas avancés, *non pénétrante* dans les autres, reste la ressource la plus puissante. Les incisions à la Saemisch, la paracentèse, ont quelquefois leur indication. L'iridectomie sera pratiquée, s'il y lieu, au début de la période de réparation.

La plaie *sclérale* comportera une partie du traitement précédent, et, si elle n'est pas infectée, sera protégée par les moyens suivants.

2° La *protection chirurgicale* des plaies de l'œil revêt trois formes principales : la suture directe, la suture conjonctivale avec ou sans autoplastie, la tarsorraphie.

La *suture cornéenne* ne sera pratiquée que pour les vastes plaies irrégulières, avec chevauchement et tendance au renversement des lambeaux. L'auteur est peu partisan de l'encellulement total de l'œil dans une *bourse conjonctivale*.

Les plaies sclérales étendues nécessiteront d'urgence la *suture conjonctivale* et *épisclérale*, *intra-sclérale* sans dépasser la sclérotique ; une *autoplastie* conjonctivale *à pont* sera utilisable pour les plaies sans entrebâillement et pas trop étendues. Une *petite* suture conjonctivale *en bourse* suffira pour les plaies sclérales restreintes. Ces manœuvres ne seront pratiquées qu'avec une technique sûre ne permettant *aucun risque* d'aggravation dans l'état de la blessure.

La *soie très fine*, le *tendon de renne*, moins rapidement résorbable que le catgut, constituent, pour M. A. Terson, le matériel de choix.

L'avenir démontrera dans quelle mesure la tarsorraphie seconde ou remplace la suture dans les traumatismes graves de l'œil.

Quels que soient les beaux résultats immédiats des sutures oculaires, elles ne devront être faites qu'*avant toute inflammation* de l'œil. L'*énucléation* conserve ses droits pour les yeux où la vision est perdue et l'ophtalmie sympathique redoutable. Pour beaucoup de plaies sclérales, le décollement rétinien vient, tôt ou tard, modifier fâcheusement le résultat obtenu, sans parler des autres complications.

3° Quand il y a une *hernie* des membranes uvéales, en particulier de l'iris, la réduction, si elle est possible, l'excision, en cas d'insuccès, ne seront tentées que tout à fait au début. Plus tard, l'excision, la cautérisation ignée,

(1) *Rapport au 25e Congrès de la Société française d'Ophtalmologie*, 111 p. ; Steinheil, éd., 1908.

ont pu entraîner l'ophtalmie sympathique, l'abstention, les myotiques, la compression (bandeau, tarsorraphie), le recouvrement conjonctival direct, sont préférables. *D'énormes* enclavements pourront être peu à peu détruits par la cautérisation chimique (nitrate d'argent).

4° Les plaies avec *lésion cristallinienne* comportent un traitement différent suivant qu'il y a déplacement, ou non, de la lentille.

L'extraction du cristallin luxé *dans l'œil* ne sera faite d'urgence que si le cristallin, déplacé gêne la coaptation de la plaie ou provoque des accidents hypertoniques. L'extraction du cristallin luxé *sous la conjonctive* sera pratiquée ordinairement lorsque la plaie sera cicatrisée.

La *cataracte traumatique* ne sera opérée d'urgence que si elle produit des complications immédiates ou rapides.

5° Les plaies compliquées de *corps étrangers* comportent naturellement l'extraction d'urgence, avec technique variable suivant le siège et la nature, magnétique ou non, du corps étranger. L'énucléation reste préférable lorsque le corps étranger intraoculaire ne peut être extrait.

Après aseptisation et protection de la plaie, la *radiographie* est une admirable ressource pour démontrer la *présence* ou *l'absence* d'un corps étranger, sa *position*, et pour prouver si le corps étranger a traversé l'œil de *part en part* ce qui fait pencher pour la conservation.

6° Le traitement des *ruptures* s'inspirera du traitement des plaies avec pénétration, mais l'infection est beaucoup moins fréquente. On exécutera l'occlusion conjonctivale ou parfois tarsorraphique, toutes les fois qu'on pourra la pratiquer utilement. Les ruptures sclérocornéennes donnent parfois de beaux succès. Les résultats *tardifs* de la conservation des yeux à *vaste* rupture sclérale de la région moyenne sont souvent des plus médiocres.

7° Les *plaies complexes* (grands écrasements, lésions obstétricales, etc.), où les annexes sont blessées en même temps que le globe oculaire, nécessitent une conduite très variable. En ce qui concerne l'œil, on fera tout le possible pour qu'il ne souffre pas du traitement des parties voisines malades. La tarsorraphie préventive et curative sera alors utile, et aussi au cours d'opérations prolongées sur l'orbite ou la face. L'énucléation est parfois nécessaire pour la désinfection orbico-cranienne après les grands traumatismes.

8° C'est vers le milieu du XIX[e] siècle qu'on a montré la valeur *préventive* et *curative* de *l'énucléation* contre l'ophtalmie sympathique, quoique l'idée soit plus ancienne. La technique de Bonnet, l'anesthésie générale, la connaissance plus étendue de l'ophtalmie sympathique, les tendances excessives à la recherche histologique, exagérèrent le nombre des opérations radicales.

Actuellement, il y a un excès en sens contraire. A l'abus de l'énucléation a succédé l'abus de la conservation.

L'énucléation ne doit à peu près jamais être exécutée d'urgence, mais *ce serait revenir à la pratique des anciens* que de *conserver toujours* les yeux dangereux, douloureux et difformes. Leur conservation pèse peu dans la balance, le jour où on lui doit la cécité sympathique, même d'un seul malade.

Il est faux qu'on soit toujours à temps à énucléer.

On énucléera donc, avec les modifications *techniques* indispensables, dans les délais de probabilité, de l'ophtalmie sympathique, les yeux blessés où la vision est perdue et où l'esthétique est inférieure à celle que donnera la prothèse, dont on a dit trop de mal.

On sera plus réservé chez les *enfants*, où l'on remplacera le plus possible l'extraction par l'exentération, mais on se rappellera que l'ophtalmie sympathique *infantile* est souvent très grave.

Dans les *accidents du travail*, l'énucléation d'yeux perdus et dangereux ne devra pas être abandonnée pour une conduite plus aléatoire et sera pratiquée de bonne heure.

9° Les *deux grandes complications* amenant, l'une la destruction totale de *l'œil atteint*, l'autre la destruction de *l'œil opposé*, lorsqu'elles se produisent rapidement ou que la plaie est présentée avec ces complications, provoquent des déterminations nouvelles.

En ce qui concerne la *panophtalmie*, on devra aider le traitement palliatif (applications chaudes, sédatifs, etc.) par des interventions chirurgicales. L'ablation de la cornée avec pointes de feu profondes donne un calme plus grand que le curage partiel simple. L'ablation de la cornée avec exentération ignée totale ou le curage total, avec anesthésie générale rapide, sont préférables à l'énucléation.

Dans la panophtalmie et seulement alors, l'énucléation a déjà donné un nombre considérable d'accidents mortels et de Graefe l'avait proscrite avec raison en pareil cas.

En face de l'*ophtalmie sympathique*, l'énucléation avec résection étendue du nerf optique est la seule opération recommandable, *combinée* au traitement mercuriel et salicylé intensif. Même en pleine ophtalmie, ce traitement peut donner des succès. On repoussera donc toutes les opérations partielles, mais l'énucléation doit être pratiquée *à temps*, si on la veut efficace.

Les injections mercurielles sous-conjonctivales, intra-oculaires, intra-ténoniennes, intra-orbitaires, répondent à diverses éventualités ou secondent l'énucléation, combinées à la mercurialisation générale.

La *sérothérapie* (Zur Nedden) vient de donner un succès qui autorise de nouvelles espérances.

10° *La recherche du critérium de la tendance sympathisante* est la terminaison obligatoire de toute étude thérapeutique des plaies graves de l'œil, car, le jour où il sera découvert, un traitement général, supprimant peut-être l'énucléation préventive, pourra être appliqué.

Il est probable que l'ophtalmie sympathique est *moins fréquente* qu'autrefois ; cependant des statistiques sont nécessaires pour démontrer si les cas *atténués* sont devenus la règle, au lieu d'être l'exception, car on voit encore des cas très graves.

Le bilan à établir comme base de recherches comporte trois points principaux ;

1° Quels sont les *yeux traumatisés qui prédisposent* à l'ophtalmie sympathique ? Une iridocyclite de l'œil sympathisant, consécutive à des plaies restées longtemps ouvertes, à des hernies uvéales blessées, à des corps étrangers intraoculaires, semble nécessaire. Mais, même s'il n'y a pas de solution de continuité conjonctivale (rupture sous-conjonctivale), l'ophtalmie sympathique est possible.

Les yeux ayant passé par un stade de *suppuration panophtalmique* ou de *glaucome absolu*, prédisposent peu à l'ophtalmie sympathique.

2° Le *délai de l'incubation* est en général de trois semaines comme minimum, mais le délai maximum est impossible à fixer.

Les recherches sur l'état du sang, couronnées

par l'application utile de la sérothérapie pratiquée avec le sang des sujets atteints d'ophtalmie sympathique, méritent l'attention. La ponction lombaire fournira aussi quelques documents.

Des expériences en série s'imposent sur les singes anthropomorphes.

3° Il est indispensable, dans la pratique, de connaître le délai *du pouvoir préventif de l'énucléation.* Dianoux le fixe, après un relevé d'observations, à sept semaines. Les accidents observés sur l'autre œil plus de sept semaines après l'énucléation du blessé ne pourraient être, jusqu'à production de faits nouveaux, attribués à la lésion du premier.

En dépit des assertions qui ont été jusqu'à attribuer à l'énucléation un rôle sympathisant, assertions infirmées par un examen attentif, l'énucléation de l'œil prédisposant à l'ophtalmie sympathique mérite de conserver la confiance du praticien, *si elle est pratiquée en temps utile.*

THÉRAPEUTIQUE

Traitement de la grippe et de ses complications

Tous les praticiens savent que le pronostic de la Grippe dépend du terrain sur lequel elle évolue. « Bénigne en elle-même, l'influenza peut déterminer des localisations mortelles chez les individus déjà malades ou affaiblis par quelque tare organique ou par l'âge » (1).

C'est ainsi que chez un bronchitique ou un emphysémateux, l'infection grippale se localise presque invariablement sur l'appareil respiratoire et détermine aussitôt des troubles d'une réelle gravité. On a beau soutenir l'état général par la strychnine, et le cœur par la digitale ; on a beau diriger contre les lésions pulmonaires une médication décongestive et expectorante par l'ergotine, l'hydrastine et la révulsion externe, tous ces moyens restent trop souvent illusoires. Il existe cependant un remède sur lequel plusieurs auteurs ont déjà attiré l'attention et qui dans notre pratique personnelle nous a donné souvent de bons résultats. Nous voulons parler des comprimés de thiocol dosés à 0,50 ctgr.

Toutes les fois que nous sommes appelés auprès d'un malade déjà bronchitique, chez qui se développent les symptômes de la grippe, nous ordonnons immédiatement 5 à 6 comprimés de thiocol par jour. Ce remède, en effet, par le gaïacol qu'il renferme est un antiseptique pulmonaire. Il est en outre dynamogénique, et il offre cette particularité remarquable, pour un agent gaïacolé, d'être parfaitement toléré par le tube digestif et l'organisme.

Si nous mettons de côté les cas où il s'agit de malades très affaiblis par une affection chronique cachectisante et les alcooliques invétérés, il est rare que nous n'obtenions pas avec cette thérapeutique de très sensibles résultats. Tout d'abord pendant 4 à 5 jours, on n'observe pas de changements notables dans l'état pulmonaire, mais cependant l'affection reste stationnaire sans aggravation. Mais bientôt après la toux diminue de fréquence, l'expectoration se fluidifie et les râles muqueux s'effacent. Nous continuons alors la médication à la dose moyenne de six comprimés, et il n'est pas rare d'observer au bout d'une semaine la disparition complète des signes fonctionnels et physiques de la congestion pulmonaire.

L'action de ce médicament nous a paru surtout énergique dans les cas de bronchite grippale et de congestions centrales ou erratiques.

Mais c'est encore comme moyen préventif des complications broncho-pulmonaires que les comprimés trouvent nettement leur indication. Toutes les fois, en effet, qu'il nous a été donné de l'ordonner au début de l'invasion grippale chez des tousseurs bien connus de nous, nous avons évité à ces malades les dangers presque certains de la broncho-pneumonie ou de la pneumonie. De même chez plusieurs enfants de 4 à 9 ans, une cuillerée à café par année d'âge de sirop Roche a pu éloigner toute crainte de bronchite capillaire.

Ces résultats cliniques n'ont rien qui doive surprendre, puisque le thiocol agit sur l'organisme par une action antiseptique indéniable et qui se manifeste surtout sur les agents d'infection secondaire qui affluent au poumon. Il agit encore en relevant les défenses de l'organisme, par une stimulation réelle de la phagocytose. Ces deux importantes propriétés, établies depuis longtemps par les auteurs ont été reconnues par la clinique et l'on s'explique pourquoi ce remède a été préconisé pour le traitement de toutes les affections pulmonaires.

Mais pour en revenir à la grippe, et au danger de ses localisations respiratoires chez les tousseurs habituels, nous pouvons affirmer que l'emploi systématique des comprimés de thiocol pour les adultes et les vieillards, et du sirop Roche chez les enfants s'oppose aux redoutables complications de la maladie et rend ses rechutes exceptionnelles.

Dr M. Dussot.

(1) E. Boix. — In *Pratique médico-chirurgicale* Pinard-Brissaud-Reclus, 1905 article *Grippe*.

CHRONIQUE MÉDICO-PHARMACEUTIQUE

La pharmacie d'hier, d'aujourd'hui et de demain.

Nous avons, dans les pharmaciens, des concurrents redoutables ; ils nous font un tort à peu près égal à celui que nous causent les réclames et les charlatans.

Est-ce à dire que les pharmaciens agissent de la sorte dans le but précis et déterminé de nous nuire ? Non, certes, et je me garderai bien de porter sur eux un jugement aussi sévère, mais, pour bien comprendre la question, il est nécessaire d'examiner ce qu'est la pharmacie aujourd'hui et ce qu'elle était jadis.

Autrefois, les pharmaciens étaient peu nombreux, et tout en donnant de temps à autre un petit conseil, ils s'absorbaient dans leur art et préparaient eux-mêmes le plus grand nombre de leurs produits. Le temps à accorder aux consultations se trouvait ainsi assez limité ; peu à peu le nombre des pharmacies a augmenté, surtout dans les villes, et parallèlement, les spécialités sont venues causer aux pharmaciens un tort énorme, tandis que quelques gros bonnets s'enrichissaient de ces mêmes spécialités.

Les drogueries importantes ont proposé aux pharmaciens des produits tout préparés, et insensiblement, la pharmacie est devenue une sorte d'épicerie supérieure.

Il y a des exceptions, et il y en aura toujours c'est entendu, mais il suffit d'entrer dans une de ces maisons bien achalandées pour voir l'allée et

venue des clients qui ne font qu'entrer et sortir trouvant toutes prêtes les choses qu'ils viennent chercher.

Si le malade n'est pas fixé, il parle à voix basse à l'employé qui répond par son petit conseil, lequel se traduit invariablement par la délivrance d'un produit tout préparé, spécialité de la maison de préférence.

Ces spécialités ne coûtent pas beaucoup de peine à fabriquer, une bouteille et une étiquette en font tous les frais ; cachets, granulés, sirops, vins composés, pilules, pastilles, tout est livré comme dans une usine Potin.

Le bénéfice n'est pas très gros, assure-t-on, et, cependant, je n'en suis pas certain ; le vrai est que la concurrence est âpre et qu'on voit souvent deux maisons voisines lutter comme deux magasins de nouveauté.

Les pharmacies d'alentour, rebelles au début, ont peine à tenir contre ces procédés, et peu à peu en viennent aux mêmes moyens, c'est-à-dire qu'elles ne font plus elles-mêmes leurs produits et se mettent à vendre du *tout fait.*

La banlieue se trouve forcée d'agir de même, et enfin les campagnes, mais, cependant, en proportion décroissante.

Voici donc un premier ordre de faits qui a totalement changé les conditions d'exercice d'une profession, laquelle se trouve toujours réglementée par une loi plutôt vieillotte (An VI).

Si les choses continuent (et il n'y a pas à supposer qu'un changement se produise dans le sens d'une réaction), si les choses continuent, dis-je, la pharmacie, dans dix ans, sera aussi facile à tenir qu'un magasin de denrées coloniales, de rubans ou de parfumerie.

La situation des boutiques de pharmacien est une cause importante des tendances du public à les fréquenter.

J'ai déjà insisté sur ce point, et je crois utile d'y revenir. Nous faisons souvent notre propre malheur par insouciance ou manque de prévoyance, par attachement à la routine.

Nous légiférons sur les dimensions d'une plaque, placée à une porte, sur l'enseigne Docteur-Médecin, mise sur un balcon, comme celle de Dentiste, nous dédaignerions d'habiter le rez-de-chaussée ou d'exercer notre art dans une boutique, et pourtant c'eût été le seul moyen d'empêcher la vogue du pharmacien et d'arrêter l'exode du public vers les officines.

Que se passe-t-il, en effet, quand une personne est blessée sur la voie publique ? On la porte tout de suite chez le pharmacien. Celui-ci s'est défendu, tout d'abord, contre cette invasion : le blessé, les agents, les témoins, les curieux entrent chez lui et salissent sans que le profit soit bien gros. Pourtant, peu à peu, les choses se sont réglementées, et actuellement un accident donne droit à un honoraire que le pharmacien est autorisé à percevoir.

La raison qui pousse les accidentés à aller à la pharmacie, c'est que le pharmacien est toujours là, qu'il y a toujours du secours, c'est donc, non chez le pharmacien, mais au poste de secours qu'on s'est rendu. On irait aussi facilement ailleurs, mais comme il y aura toujours beaucoup plus de pharmacies qu'il n'y aura de postes de secours, on continuera à fréquenter celles-ci au détriment de ceux-là.

Il eût fallu, prévoyant le danger, que les médecins consentent ou à demeurer moins haut ou à créer des permanences et à réclamer des pouvoirs publics la direction des premiers soins à donner aux blessés.

On vient chez nous sans nous trouver, on va chez un voisin, absent lui-même ..... où se rendre ? chez le pharmacien.

Nous protestons, et nous trouvons la chose abusive. A qui la faute ?

Que faire pour remédier à cela ?

C'est difficile incontestablement..... Créer des permanences, exercer dans des boutiques ou dans des rez-de-chaussée, faire des associations entre confrères pour que l'un reste au logis, tandis que l'autre ira voir les malades du dehors. Enfin absorber les pharmacies en devenant pharmaciens nous-mêmes. C'est probablement la seule solution, et c'est la bonne ; malheureusement, ce n'est pas nous qui aurons à l'appliquer, et elle sera appliquée, sans nous et contre nous. Par qui? Par les pharmaciens...

Le nombre grandit tous les jours des pharmaciens qui usent de leurs loisirs pour faire de la médecine et une fois en possession des deux diplômes, ces Messieurs nous montrent ce que nous pourrions et ce que nous devrions faire. Ils ne sont nullement gênés pour exercer dans une boutique puisqu'ils y sont déjà, ils y trouvent tous les avantages, et en retirent le double profit.

☞ Méditez, chers confrères, sur ces réflexions, et croyez-moi, ne tardez pas trop longtemps à prendre un parti, car bientôt vous serez..... mangés.

Dr CH. LEVASSORT.

ETUDES ET PROJETS

L'intéressant travail ci-dessous, que nous tenons à publier à partir d'aujourd'hui en quelques numéros consécutifs, a été longuement et minutieusement préparé pour faire l'objet d'une thèse de doctorat qui devait être présentée à la Faculté de médecine de Paris à la fin de 1907. *Nos lecteurs diront si, par le fond ou par la forme, elle était indigne de figurer dans les Archives de la défense professionnelle. Nous leur dirons, nous, que cinq professeurs de la Faculté, sollicités de présider à sa soutenance..... se sont dérobés. Et peut-être jugera-t-on alors que nos Maîtres feraient bien de montrer moins de savante réserve quand il s'agit de conformer leurs* actes *à leurs* palabres *sur la solidarité corporative.*

Les Syndicaux Médicaux.
Leur Fonctionnement. — Leur Organisation.
Leur Influence. — Leur Rôle.

Par le Dr P. VIROULAUD,
de Villebois-la-Valette (Charente).

La communauté de profession crée, entre ceux qui l'exercent, une dépendance réciproque, une solidarité réelle et positive, analogue à celle que crée la communauté de territoire. Cette solidarité positive peut se définir, croyons-nous, le phénomène par lequel l'acte accompli par l'individu membre d'un groupe, a son incidence sur les autres membres de ce groupe et qui crée ainsi entre tous les membres du groupe une dépendance réciproque.

J. PAUL-BONCOUR.

Le grand mal, le mal profond de notre temps est l'anarchie des consciences et des volontés..... Nous assistons au début du mouvement de reconstruction nationale. L'Association reprend chaque jour possession de la vie nationale ; rien de grand ne peut se faire sans elle. L'industrie et le commerce, la science et les arts, la protection des intérêts et la revendication des droits, l'action sociale sous toutes ses formes, tout recourt à

l'association comme à la nécessaire condition de la vie moderne.

DE MUN.

L'Association est l'unique recours de l'homme dans sa chétivité. L'union est son rempart ; l'accord sa forteresse ; la solidarité son salut.

IZOULET. (Cité moderne.)

L'isolement est ce qui s'oppose le plus à la dignité des médecins et à la prospérité de chacun d'eux ; c'est au point qu'à moins d'un peu de fortune, de circonstances favorables ou d'incroyables efforts, il est maintenant peu de médecins, qui ne se voient forcés de livrer leur jeunesse à un avenir chimérique, à d'inutiles labeurs et leur vieillesse à la misère et à l'abandon. Si la fortune vous trompe, si le malheur vous frappe, si la maladie vous atteint, si un créancier impitoyable vous fait mettre en prison qui est-ce qui pense à vous ? Vous avez reçu les marques du sacerdoce médical, on vous a confié la sainte mission de secourir les hommes, mais qui êtes-vous dans la foule ? Une simple unité numérique, un individu, et comme tel écrasé ou broyé par la grande meule des intérêts opposés.

RÉVEILLE-PARISE
(Lettres de Gui Patin, 1846)

L'action de l'Etat « a le double défaut d'être à la fois extérieure et mécanique ; comme tous les mécanismes agissant du dehors, elle se caractérise par son uniformité et sa rigidité. Or les phénomènes économiques et sociaux éminemment complexes et changeants, réclament précisément des organismes pourvus d'une force spontanée et interne se distinguant par la variété et la souplesse de leurs allures ». (Th. Ferneuil). Ces organismes ne peuvent être que des groupements professionnels ; c'est en ce sens qu'ils sont « des organes de coordination sociale ». (Larnaude).

La vérité c'est qu'en de pareilles questions dont l'aspect varie suivant les groupes économiques et professionnels dont est faite la nation, la seule souveraineté populaire, la seule compétence rationnelle, c'est la souveraineté, la compétence de ces groupes économiques et professionnels eux-mêmes.

J. PAUL-BONCOUR.

PRÉFACE

Dans la ruche humaine, il n'est plus, à cette heure, un travailleur qui, insouciant de l'effort en commun, veuille rester isolé, confiant dans ses seules ressources. L'expérience est là pour démontrer que dans la lutte, que dans la vie la victoire n'appartient qu'aux bataillons serrés, aux hommes qui, groupés, marchent vers le même but, et qui sont, par leur groupement seuls capables de résister à l'envahissement du voisin. Des hommes ayant des intérêts communs ne peuvent plus aujourd'hui défendre leurs intérêts particuliers que par un effort commun. De là, la nécessité, le besoin de l'Association, de là, la formation d'un élément de groupement et de défense nouveau : *Le syndicat.*

C'est la forme concrète, légalement reconnue, de groupements corporatifs, d'intérêts semblables, qui se lient, poussés par la nécessité de se coaliser, pour se défendre contre les dangers communs ou des attaques menaçant un des individus du groupement et ayant leur répercussion sur toute la collectivité.

Pourtant, alors qu'autour de lui toutes les branches de l'activité ouvrière, de l'industrie, du commerce, de l'agriculture, formaient leurs Syndicats professionnels, le médecin, seul, resté isolé, peu à peu sacrifié aux exigences de ces nouvelles conditions d'existence, voyait sa situation matérielle devenir de plus en plus précaire et sa personne en butte aux pires humiliations. Dans la lutte générale provoquée par le besoin de gagner tout de suite et beaucoup, la médecine perdit vite ses anciens caractères de dignité et de moralité.

Mais, grâce à la ténacité d'hommes de cœur et prévoyants, les médecins ont fini par comprendre qu'il leur fallait évoluer parallèlement aux autres professions, sous peine de perdre l'indépendance qui est la raison primordiale de l'exercice de la médecine. Ils ont oublié les froissements, les rancunes inséparables du struggle for life, aussi bien que les divergences politiques, pour s'unir entre eux et fonder les Syndicats médicaux.

En agissant ainsi, ils montraient de la façon la plus éclatante qu'ils ne resteraient pas en retard sur leurs concitoyens et qu'eux aussi, obéissant inconsciemment peut être à une loi sociale, ne voyaient leur salut que dans l'Association.

Cependant des difficultés dont l'histoire est présente à la mémoire de tous, leur devaient être opposées. Mais la loi du 9 novembre 1892, en reconnaissant aux syndicats médicaux les droits conférés aux autres par la loi de 1884, reconnaissait par là même, leur légalité. Elle rendait ainsi un public hommage aux médecins qui avaient lutté pour ce but et consacrait officiellement, avec leur mérite, leur droit à la reconnaissance du corps médical tout entier.

Nous étudierons au cours de ce travail, le progrès parcouru depuis cette époque et comment le « Syndicat médical » légitimé après tant de difficultés, est devenu par la force des choses, un organisme légal qui donne sous tous les rapports, les plus hautes garanties de probité professionnelle, à ses membres, au public, à l'Etat.

Considérations générales.

« Jusqu'à ce jour, dit le Dr Diverneresse, d'habiles politiciens ou de rusés administrateurs ont su « *faire marcher le médecin* » et se réserver tout le bénéfice et tout le mérite des services rendus par le corps médical. Tout s'est fait sur le dos des médecins pour la plus grande gloire de quelques ambitieux qui, dans les banquets organisés par des sous-ordres, se présentent comme les seuls, les vrais pionniers du progrès.

« Cela va-t-il continuer ainsi ? Oui, si les médecins restent enfermés dans leur Tour d'Ivoire, ne voulant pas, par crainte de heurter quelques-uns de leurs clients, descendre dans l'arène pour démasquer les intrigants qui cherchent à canaliser, pour leurs intérêts et au détriment de ceux qu'ils prétendent défendre, le grand courant d'assistance et de prévoyance qui de jour en jour devient plus impétueux. S'occuper non pas de politique, mais d'économie politique, de questions sociales, est aujourd'hui un devoir pour toute personne instruite qui veut conserver un rang honorable dans la société. Pour remplir efficacement cette obligation, tous ceux qui ont le même rôle à remplir doivent se grouper, aucun ne doit rester isolé pour lutter, nul ne doit fuir le champ de bataille.

« Les médecins qui, parmi les gens instruits, sont ceux dont la science est la plus variée, qui ont au plus haut degré des idées générales élevées, qui connaissent le mieux les besoins des classes laborieuses grâce à leur contact constant et intime avec les déshérités et les vaincus de la vie, les médecins, dis-je, doivent être les premiers à prendre part à ce grand mouvement de solidarité *et à le diriger*. Pour ce faire, tous doivent adhérer à leur

syndicat médical, et tous les syndicats médicaux doivent adhérer à l'Union des syndicats médicaux, qui doit à son tour surveiller de très près toutes les modifications sociales qui se préparent, veiller à ce qu'elles soient faites de manière à répondre au but qu'elles veulent atteindre sans léser les légitimes intérêts des médecins. »

Le Syndicat médical doit donc être avant tout un organisme de combat. Il est fait pour la lutte pour l'amélioration de la situation de ses membres et la lutte est sa première raison d'être. Il doit toujours marcher de l'avant, non pas attendre les événements, mais les faire éclore. De son activité dépendra son succès.

« C'est pour être plus fort, plus heureux et « meilleur, que l'individu tend à l'association, et « s'il n'obtient d'elle ce qu'il en attend, il s'en « détachera plus vite encore qu'il ne l'aura re- « cherchée ? » (1).

Ceux qui entrent dans les Syndicats avec la foi, ce sont les malmenés de la profession, ce sont ceux qui luttent péniblement pour l'existence, les travailleurs au sens le plus large et le plus noble du mot. Ce sont ceux-là qui se distinguent par leurs interventions généreuses, qui se mettent en avant quand il faut faire triompher quelque cause d'intérêt général. Les campagnes mémorables d'il y a peu de temps en font foi ; et précisément, ce sont les lois mêmes qu'ils ont contribué à faire adopter en tant que citoyens toujours les premiers dans la voie du progrès social, qui sont devenues pour eux des facteurs de moindre bien-être.

N'est-ce pas grâce à l'énergie de ces médecins qui pour la plupart vivent au jour le jour, que l'indigent aussi bien que le millionnaire aura le droit de choisir l'homme de l'art en qui il a confiance. Ils luttent autant pour les autres que pour eux, parce qu'ils savent bien que les intérêts de la masse et les leurs propres sont étroitement solidaires.

Alors que l'industriel et l'ouvrier osent proclamer tout haut qu'ils travaillent dans un but égoïste, pour gagner le plus possible, seul, le médecin doit-il être dupe de son désintéressement ?

Non, le droit à l'existence plus large, à la vie plus facile, est le même pour tous, pour le médecin comme pour quiconque, et tout progrès social ne doit pas nécessairement impliquer une répercussion fâcheuse sur son existence. Isolé il sera désarmé ; mais le Syndicat lui apporte des moyens honnêtes et dignes de lui. Ce syndicat a des pouvoirs reconnus, il a des droits dont il a déjà été usé, son intervention sera presque toujours efficace, à la condition qu'il apporte, dans la lutte contre des intérêts contraires, une action toujours prompte, jointe à l'esprit d'équité, une énergie tenace et toujours prête à reconnaître et à respecter les droits des autres.

Mais, formés tard, les groupements médicaux ont à lutter contre d'autres groupements bien organisés et depuis longtemps déjà. De jour en jour leur tâche devient plus étendue, leur champ d'action plus vaste. Dans les syndicats professionnels des diverses branches de l'industrie, du commerce, de l'agriculture, le but économique est assurément le premier et le seul que vise leur activité. Si pour les syndicats médicaux, le rôle économique est une raison primordiale, nous les croyons appelés de plus en plus, sous la poussée d'une évolution nouvelle, à remplir en outre un double rôle d'amélioration professionnelle morale et sociale :

(1) Waldeck-Rousseau. — In préface de « Fédéralisme économique », de J.-P. Boncour.

1° *Rôle moral*, grâce à l'autorité toujours croissante de leurs décisions sanctionnées et grâce à la cordialité des relations qu'ils établissent entre confrères ;

2° *Rôle social*, par l'établissement de rapports de collaboration avec la grande collectivité, l'Etat, qui permettraient au médecin de jouer dans la Société de l'avenir le rôle dont il est digne en raison de sa science et du caractère de sa profession.

Nous avons à remplir une très lourde tâche et notre rôle vis-à-vis de la société devient de plus en plus grand à mesure que progresse l'évolution sociale. Les lois qu'elle a provoquées s'imposent à l'attention des médecins, même les moins disposés à en étudier le fonctionnement, par les répercussions qu'elles peuvent avoir sur l'exercice de la profession médicale. Isolés nous ne pouvons rien. Notre siècle a maintes fois prouvé qu'il était le siècle de la solidarité ; unissons-nous donc, et ce faisant, nous travaillerons non seulement pour nous, mais pour l'organisme social tout entier, dont l'intérêt majeur, si nous en croyons un de nos grands penseurs contemporains (1), est d'avoir affaire à un corps médical instruit, de haute moralité et unanimement respecté.

Mais, pour être respectés, il faut nous respecter nous-mêmes entre nous, et donner à l'ambiance l'impression justifiée que nous sommes unis par les liens d'une solidarité à toute épreuve.

Alors, non seulement nous aurons relevé notre situation matérielle, mais encore nous aurons réhabilité le corps médical de toutes les accusations malveillantes, *mal fondées*, *toujours tendancieuses* qu'il eut à supporter, et un juste hommage sera rendu à la médecine sociale largement pratiquée, qui depuis un siècle a semé à pleines mains les bienfaits et qui a droit à la reconnaissance publique pour la vulgarisation des doctrines qui ont à la fois écarté tant de fléaux, épargné tant d'existences.

CHAPITRE PREMIER

Organisation et fonctionnement d'un Syndicat.

Le droit des médecins de se constituer en syndicats, n'étant plus à discuter, ces syndicats pouvant se constituer librement, sans autorisation préalable du gouvernement, quels vont être leurs moyens d'action pour mener à bien la lourde tâche qui leur est dévolue.

Ces moyens sont d'ordres divers. Ce sont d'abord : *des moyens légaux*, des droits inhérents à la souveraineté syndicale, et reconnus par la loi et même par des jugements ; ce sont, en second lieu, des *moyens disciplinaires*, c'est-à-dire un règlement intérieur et des statuts sérieusement édifiés et comportant : a) *des sanctions* pour toute infraction aux statuts et à la saine déontologie, b), *une coopération* pécuniaire suffisante pour permettre au syndicat d'exercer son action légale et de parer aux éventualités les plus pressantes.

C'est enfin l'organisation méthodique des syndicats en Fédérations ou Unions régionales, rayons du centre actif par excellence, l'Union générale des Syndicats médicaux de France.

Moyens légaux. Droits des syndicats médicaux.

L'article 6 de la loi du 21 mars 1884 accorde aux syndicats la personnalité civile.

C'est « la constitution d'un être moral qui a le « droit d'acquérir, de posséder, de disposer d'une « manière générale, de transiger, de compromet-

(1) M. Léon Bourgeois. — Les applications sociales de la solidarité.

« tre, de jouir en un mot de tous les droits civils « que peut avoir dans la société la personne « majeure et reconnue par la loi » (1).

La personnalité civile confère aux syndicats les droits suivants (2) :

1° Droit d'ester en justice....

2° Droit d'employer les sommes venant des cotisations.

3° Droit d'acquérir les immeubles nécessaires aux réunions, bibliothèques et cours d'instruction professionnelle.

4° Droit de constituer entre les membres des caisses spéciales de secours mutuels et de retraites.

5° Droit de librement créer et administrer des offices de renseignements.

6° Droit d'être consultés sur tous les différends et toutes les questions se rattachant à la profession, posées soit par le gouvernement, soit par les corps médicaux.

On voit quelle importance cette loi et simplement cet article 6 donnant à la souveraineté syndicale. Le 1er et le 6e paragraphes ont une importance capitale. Nous verrons de suite quelles conséquences entraîne le 1er, nous réservant de revenir plus tard sur celles qu'on peut tirer du dernier. Nous verrons en même temps quelles réserves il faut faire à l'article 13 de la loi du 30 novembre 1892 qui décide que les Syndicats médicaux ne peuvent agir contre l'Etat, ni contre les départements, ni contre les communes.

(A suivre.)

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

Syndicat des médecins du Bugey et du Pays de Gex.

A propos de l'impôt sur le revenu

Monsieur le Député,

Le parlement va bientôt aborder la discussion des articles du projet de loi sur l'impôt sur le revenu, concernant les professions libérales. Les médecins du département de l'Ain viennent donc, à nouveau, vous exposer la situation difficile qui serait faite au corps médical, si le projet était adopté sans aucune modification à leur endroit.

Les praticiens demandent, avant tout, qu'il leur soit tenu compte des dépenses inhérentes à leur profession. Des honoraires qu'ils touchent, la totalité est loin d'être tout bénéfice, car il faut en défalquer les frais de transport, de voiture, les dépenses en instruments, en livres, etc.

D'autre part, le médecin est souvent obligé à une représentation hors de proportion avec sa condition de fortune; il lui faut, au centre de la localité, un appartement situé dans les étages inférieurs, vaste, car deux à trois pièces seront exclusivement affectées à l'exercice de la profession ; il faut aussi une remise ; au total, un loyer fort lourd.

Dans un autre ordre d'idées, doit-on considérer comme bénéfices les indemnités minimes que, dans le seul but d'humanité et de philanthropie, le médecin a jusqu'ici consenti à recevoir pour le service des hôpitaux, des sociétés de secours mutuels, de l'assistance médicale, des enfants assistés, de la protection du premier âge, etc. ?

D'où la conséquence, d'après les projets Caillaux et Renoult, que le praticien sera frappé, non seulement sur son gain réel, mais encore sur les dépenses forcées faites à l'occasion de son travail.

Enfin, le corps médical insiste pour que soit trouvé un moyen de contrôle qui sauvegarde, d'une manière absolue, le principe intangible du secret professionnel.

Les médecins de l'Ain ont donc recours à vous, Monsieur le Député, pour que, de concert avec vos collègues, vous veuilliez bien défendre leurs légitimes intérêts et ils vous prient de prendre en considération les vœux ci-après qu'ont adoptés les trois Syndicats médicaux du département ; ils vous présentent enfin leurs respectueuses salutations.

Les Présidents des Syndicats des Médecins de Bourg : Dr Passerat ; de Trévoux : Dr Chevelu ; du Bugey et Pays de Gex : Dr Ballivet.

(1) TRARIEUX. — Discours à la Chambre des députés du 21 mai 1881.

(2) GORET. — Les Syndicats médicaux.

Projet d'impôt sur le revenu de la profession médicale.

Vœux adoptés par les Syndicats médicaux du département de l'Ain.

1° L'impôt sur les bénéfices des professions libérales et de toutes occupations lucratives non comprises dans une précédente catégorie, est établi annuellement à raison de la moyenne des bénéfices nets (*défalcation faite des frais inhérents à la profession*) réalisés pendant les trois années précédentes, déduction faite sur chaque revenu individuel, d'une somme de :

1.200 francs, si le contribuable a son domicile réel dans une commune de 3.000 habitants et au-dessous ;

1.500 francs, si le contribuable a son domicile réel dans une commune de 3.001 à 10.000 habitants ;

2.000 francs, si le contribuable a son domicile réel dans une commune de 10.001 habitants et au-dessus ;

2.500 francs, si le contribuable a son domicile réel dans le département de la Seine.

Chaque imposable a droit, en outre, si son revenu de la septième catégorie ne dépasse pas 20.000 francs, aux réductions suivantes :

Déduction de sept huitièmes sur la portion du revenu n'excédant pas 2.500 francs ;

Déduction de deux tiers sur la portion du revenu comprise entre 2.500 et 3.000 francs.

Déduction d'un tiers sur la portion du revenu comprise entre 3.000 et 4.000 francs.

2° Toute personne jouissant de revenus imposables au titre de la septième catégorie est tenue de remettre, chaque année, dans le courant de janvier, au contrôleur des contributions directes, une déclaration détaillée de ses revenus, accompagnée de toutes justifications *en garantissant* l'exactitude, *tout en respectant, dans tous les cas, le secret professionnel.*

3° Il y a lieu de réduire le taux de 5 %, de l'impôt appliqué aux professions libérales, ou au moins de dégrever proportionnellement au nombre des enfants les chefs de famille pour l'impôt complémentaire basé sur l'ensemble des revenus.

Syndicat médical de l'arrondissement de Caen

Compte rendu de l'Assemblée extraordinaire du jeudi 7 mai 1908.

La séance est ouverte à 2 h. 3/4, sous la présidence du Dr GIDON, père, président.

Etaient présents : MM. GIDON, père, AUVRAY, de Caen, BARETTE, CATOIS, CHAMBON, COLLET, GOURDIN-SERVENIÈRE, GUILLET, JAMES, LECOR, LÉGER, fils, OIMONT, POSTINA, CHARBONNIER, secrétaire.

S'étaient excusés : MM. BARBOT, BARBIER, JAMIN, HAUTTEMENT, LE ROUX, TOURMENTE, VIGOT.

Après l'adoption du procès-verbal de la dernière Assemblée générale et la lecture de la correspondance, on aborde l'étude des questions mises à l'ordre du jour.

I. — QUESTION MÉDICO-MUTUALISTE

Le Président rappelle les votes émis déjà par le Syndicat sur cette importante question, et demande à l'Assemblée si elle est d'avis de ratifier la décision prise le 14 janvier dernier et qui est la dernière.

Sur l'affirmative, l'ordre du jour suivant est voté à l'unanimité :

Les Membres du Syndicat des Médecins de l'arrondissement de Caen, réunis en Assemblée générale extraordinaire, le jeudi 7 mai 1908, décident à l'unanimité :

1° *De méconnaître les Sociétés de Secours mutuels qui n'assurent pas au médecin un tarif minimum d'honoraires de 2 francs par visite ou consultation.*

2° *Ce tarif* MINIMUM *ne s'applique qu'aux* MUTUALISTES OUVRIERS. *Pour ceux dont la situation de fortune est plus élevée, le tarif des honoraires médicaux sera proportionnel à leur situation sociale.*

3° *Pour les mutualistes habitant en dehors de la résidence du médecin, le prix de la visite sera augmenté du tarif kilométrique.*

4° *Ne sont pas compris dans ce tarif : les opérations de petite chirurgie, les pansements et les certificats engageant la responsabilité du médecin.*

Cette décision sera portée à la connaissance des mutualités intéressées.

II. — NOUVELLES PROPOSITIONS FAITES PAR LA « PROPAGATRICE ».

Le président communique aux membres présents les nouvelles propositions faites par la *Propagatrice.* Elles sont ainsi conçues :

Les honoraires des Médecins exigés par le Syndicat, à raison de 2 francs la visite ou la consultation, seront ainsi payés :

Pour 0 fr. 50, par le Sociétaire malade, pour les 1 fr. 50 de surplus par la Société ; à l'effet de quoi, les Médecins donneront sur la feuille de visite des Sociétaires, des signatures constatant chaque visite ou consultation, pour permettre à la Société d'établir le compte de ce qu'elle aura à leur payer.

Ces propositions n'étant pas conformes au vote ci-dessus émis par le Syndicat, les membres présents repoussent à l'unanimité ces propositions, et s'engagent à méconnaître cette Société jusqu'à ce qu'entière satisfaction nous ait été donnée.

Un différend semblable existant entre la Société « la Divaise » et le Corps médical, la même attitude sera prise vis-à-vis de cette Société jusqu'à nouvel ordre.

A 4 heures 1/4, la séance est levée.

Le secrétaire,
Dr A. CHARBONNIER.

Syndicat général des médecins Kinésithérapeutes.

Les docteurs en médecine français spécialisés dans la Kinésithérapie (gymnastique et massage) ont constitué un *Syndicat général des médecins Kinésithérapeutes,* dont le Bureau et le Comité sont ainsi composés :

BUREAU :

Dr SAQUET, 25, rue Poissonnerie, Nantes, *Président ;*

Dr KOUINDJY, président de la Société de Kinésithérapie, 21, boulevard Magenta, Paris, *Vice-président ;*

Dr DANJOU, 20, rue de France, Nice, *Secrétaire ;*

Dr WETTERWALD, secrétaire-adjoint de la Société de Kinésithérapie, 112, avenue Victor-Hugo, Paris.

Dr Paul ROUSSEAU, 19, rue des Fossés Saint-Jacques, Paris, *Trésorier.*

COMITÉ :

Dr BRALANT (Paris), ancien vice-président de la Société de Kinésithérapie ;

Dr DUREY (Paris) assistant de Physiothérapie du Dr Tuffier (Hôpital Beaujon) ;

Dr GRIAS (Angers) ;

Dr René MESNARD (Paris), ancien président de la Société de Kinésithérapie ;

Dr STAPFER (Paris), ex-chef de clinique à la Faculté de Médecine, ancien président de la Société de Kinésithérapie.

REPORTAGE MÉDICAL

Association générale des médecins de France.— Le Président du Conseil, ministre de l'Intérieur, vient de prier le Président de l'Association générale de lui faire connaître les noms des médecins français qui consentiraient à se rendre, comme délégués du gouvernement français, au Congrès médical qui doit se réunir à Québec les 20, 21 et 22 juillet prochain.

Les médecins français qui seraient désireux de se rendre à ce Congrès sont instamment priés d'adresser le plus tôt possible leur adhésion à M. le Dr Lereboullet, président de l'Association générale, 44, rue de Lille, à Paris.

Excursion Médicale à Londres, *du* 12 *au* 19 *juillet* 1908. — Le programme détaillé de cette excursion, annoncée par nous antérieurement, vient d'être publié.

Le demander à M. HEUZÉ, 10, *rue de St-Pétersbourg, à Paris.*

Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris. *Conférences à l'Hôtel des sociétés savantes, 28, rue Serpente.*

Lundi 29 juin :

Dr MICHON, à 4 heures : La prostatectomie comparée aux autres méthodes de traitement de l'hypertrophie de la prostate.

Dr ROBINEAU, à 5 heures : L'opération de Kehr. Etude comparative des interventions pratiquées sur les voies biliaires.

Mardi 30 juin :

Dr SERGENT, à 4 heures : Evolution et traitement de la tuberculose chez les syphilitiques.

Dr BÉCLÈRE, à 5 heures : La radiothérapie, traitement spécifique des leucémies.

Mercredi 1er juillet :

Dr Hirtz, à 4 heures : La thérapeutique d'urgence dans les affections pulmonaires.

Dr Le Noir, à 5 heures : Indications du traitement chirurgical dans les maladies de l'estomac.

Vendredi 3 juillet :

Dr Mosny, à 4 heures : La tuberculose latente.

Dr Souques, à 5 heures ; La nouvelle doctrine de l'aphasie (avec présentations de pièces).

Samedi 4 juillet :

Dr Roubinovitch, à 5 heures ; La symptomatologie et le classement des écoliers mentalement anormaux (avec présentations de sujets).

La Société d'hygiène de l'enfance met au concours la question suivante pour 1908 : « L'internat scolaire, ses avantages, ses inconvénients. »

Les manuscrits seront reçus jusqu'au 31 décembre 1908. Passé cette date, aucun mémoire ne sera admis.

Ils devront être inédits et écrits en français, allemand, anglais, italien ou espagnol.

Ils ne seront pas signés, mais porteront en tête une devise ou épigraphe reproduite sur une enveloppe cachetée, contenant le nom et l'adresse de l'auteur.

Tout auteur qui se fera connaître sera exclu du concours.

Les mémoires ne sont pas rendus ; même non primés, ils deviennent la propriété de la Société et ne peuvent être publiés par leurs auteurs. La Société se réserve de tirer des meilleurs travaux la matière d'une brochure de propagande et d'enseignement.

Les prix seront décernés en 1909, dans la séance publique annuelle. Ils consistent en médailles d'or, *de vermeil, d'argent, de bronze et en mentions* honorables.

Adresser les mémoires, avant le 31 décembre 1908, au président de la Société d'hygiène de l'enfance, 5, boulevard Beaumarchais, Paris IVe.

Congrès international pour l'étude de la tuberculose. — L'Association nationale pour l'étude de la tuberculose a invité le Congrès international de la tuberculose à se réunir à Washington (Etats-Unis), du 28 septembre au 3 octobre de cette année.

Un prix de mille dollars, en numéraire, a été offert pour l'Association privée, dont l'action, depuis le dernier Congrès, en 1905, aura été reconnue comme la plus efficace pour combattre et prévenir la tuberculose.

Un prix de mille dollars, en numéraire, a été offert pour le projet du meilleur sanatorium pour le traitement de la tuberculose parmi les classes ouvrières ; ce devra être un projet détaillé, comprenant la construction, l'équipement et l'administration. Un autre prix de mille dollars, en numéraire, a été offert pour le meilleur projet de maison ouvrière, disposée de façon à éviter la tuberculose.

Plusieurs prix de moindre valeur ont été offerts pour les feuilles et brochures consacrées à l'éducation médicale populaire. Ces prix sont destinés à encourager la production de nouvelles publications en cette matière.

Une médaille a été offerte pour le meilleur projet de campagne antituberculeuse dans n'importe quel Etat des Etats-Unis ; et une médaille pour le meilleur plan de lutte contre la tuberculose, présenté par tout autre pays que les Etats-Unis.

Les articles sur les sujets inscrits au programme officiel seront imprimés à l'avance, en allemand, en français, en espagnol et en anglais, et distribués le jour même de leur discussion.

Les discussions du Congrès seront rédigées avec soin et publiées trois mois après la clôture. Les travaux des commissions, ainsi que les conférences, les délibérations et un compte rendu de l'Exposition seront une matière de quatre gros volumes, d'environ 2000 pages.

Faculté et Hôpitaux.

Un concours pour la nomination à une place de médecin-adjoint du service des aliénés dans les hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière sera ouvert le lundi 23 novembre 1908, à midi, dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, 49.

MM. les docteurs qui voudront concourir seront admis à se faire inscrire au service du personnel de l'Administration, de midi à 3 h., tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, du lundi 19 octobre au samedi 7 novembre inclusivement.

— Le concours pour la nomination aux places d'externe en médecine vacantes le 15 mai 1909 dans les hôpitaux et hospices civils de Paris sera ouvert le lundi 21 septembre 1908, à 4 h. précises, dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, 49. Les étudiants qui désirent prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire au service du personnel de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 11 h. à 3 h., du samedi 1er août au lundi 31 août 1908 inclusivement.

Pour les places d'externe, les Français et les étrangers de l'un et l'autre sexe sont admis à concourir en satisfaisant aux conditions exigées.

Tout étudiant qui justifie de quatre inscriptions au moins prises dans l'une des Facultés de médecine française de l'Etat peut se présenter au concours pour les places d'élève externe.

— Un cours pratique de clinique médicale commencera le lundi matin 31 août 1908 à la Clinique médicale de l'hôpital Laënnec, et comportera 24 leçons faites, le matin à 9 h. 1/2 et le soir à 2 h. 1/2 dans les salles, à l'amphithéâtre et au laboratoire de la Clinique médicale Laënnec, par MM. Marcel Labbé agrégé ; Léon Bernard, Laignel-Lavastine, médecins des hôpitaux ; Lortat-Jacob, Salomon et Vitry, chefs de clinique ; H. Labbé, chef de laboratoire, sous la direction de M. le Prof. Landouzy.

Le montant des droits à verser est de 100 francs pour les douze jours de cours. Sont admis, les docteurs français et étrangers ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance du versement du droit. MM. les étudiants devront produire, en outre, la carte d'immatriculation. Les bulletins de versement relatifs au cours sont délivrés dès à présent jusqu'au 31 août 1908, au secrétariat de la Faculté (guichet no 3) les mardis, jeudis et samedis de midi à 3 h.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs Robert, du Chesnay (Seine-et-Oise) ; Bergès, de Houdan (Seine-et-Oise) ; Buzy-Cazaux, de Nay (Basses-Pyrénées) et Lagrèze, de Flixécourt (Somme), membres du « Concours ».

Le Directeur-Gérant : **Dr H. JEANNE.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales

Trentième année | N° 27 | Dimanche 5 JUILLET 1908

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

LE CONGRÈS DES PRATICIENS

Finies, les grandes et belles journées de Lille !

Nous donnerons sous peu le récit exact et complet des travaux du Congrès, rectifiant ainsi avec précision toutes les inexactitudes déjà lancées par un reportage hâtif, tendancieux parfois et le plus souvent incompétent.

La besogne y fut excellente : les applications pratiques en sortiront mieux mises au point que par le Congrès de Paris.

Qui disait donc que Lille n'attirerait pas la même affluence de congressistes que la capitale? Qui disait que les discussions n'y auraient pas autant d'éclat ? Qui disait qu'après la Commission ministérielle des études médicales, il n'y avait plus place que pour des élucubrations d'utopistes sur la réforme de notre enseignement ? Qui affirmait qu'au milieu des grandes influences patronales et capitalistes de la région du Nord, le principe du libre choix allait être irrémédiablement compromis par d'éclatantes divisions ?

Il faut en prendre votre parti, Messieurs les trembleurs, et surtout vous, Messieurs les Chevaliers du monopole, le procès-verbal donnera à vos sombres pronostics le plus indiscutable démenti.

Restant donc pour aujourd'hui dans le domaine de l'impression générale, mais sûrs de l'exactitude de celle-ci, nous nous bornerons à dire :

« Merci à Coppens, à Declercq, à Lambin, à Aubert, à Richard-Lesay, à tous les camarades du Nord. au *Petit Praticien*, à Lemoine, à Caudrelier, Déroy, Valentin, etc... ; à tous les organisateurs de la grande manifestation de solidarité qui vient de nous réconforter dans la lutte ininterrompue de la défense professionnelle.

« Merci à leurs dévouées compagnes, aux admirables maîtresses de maisons, dont les prodiges de bonne grâce en matière d'hospitalité nous permettaient de continuer le Congrès même entre les séances, ou d'oublier la fatigue de celles-ci dans les délices d'un home si bien aménagé pour vous faire goûter le charme de la camaraderie professionnelle.

« Merci aux organisateurs du banquet de la Prévoyance Médicale et de celui du Congrès lui-même, délicieuses agapes qui rapprochèrent encore des inconnus et firent tomber d'inexplicables méfiances, qui n'ont plus place dans la cohésion générale, indispensable pour les campagnes de demain.

« Et, pour finir en accomplissant un agréable devoir personnel, crions également « Merci » à tous ceux qui voulurent bien proclamer si haut que l'œuvre du « Concours médical » avait été la génératrice des résultats désormais bien acquis en matière de solidarité générale ».

« Ce sont là des paroles que nous n'oublierons jamais et qui, de plus en plus, inspireront tous nos actes ».

Le Concours Médical.

LA SEMAINE MÉDICALE

La frigothérapie précordiale dans la médecine infantile.

MM. les Drs Déléarde (de Lille) et Louart, viennent de publier de nouvelles recherches sur les excellents effets de la frigothérapie précordiale dans la médecine infantile.

Voici la technique employée par les auteurs :

L'application de glace sera faite exactement sur le cœur et non sur l'abdomen. De cette façon, les effets thérapeutiques seront immédiats et plus sensibles. La glace provoquera un abaissement de température plus grand et, en même temps, aura une action toni-cardiaque qui n'est pas à dédaigner dans les maladies infectieuses.

Il semble que l'application discontinue ne donne pas des résultats aussi satisfaisants que l'application permanente. Lorsque la glace est laissée en permanence, la courbe de température est beaucoup plus régulière. On n'assiste pas à des écarts brusques causés par la suppression ou la mise à nouveau d'une vessie de glace.

De plus, la glace placée sur la région précordiale ne sera enlevée que plusieurs jours après la chute de la température. On évitera ainsi, lorsque le pouls sera redevenu normal, comme nombre et comme vigueur, les petites ascensions thermiques que l'on obtient en voulant supprimer trop vite son action.

A condition d'avoir une vessie de petit volume, la frigothérapie pourra être employée chez les enfants à partir de quatre à cinq ans. Au-dessous de cet âge, la vessie est difficilement maintenue sur le thorax.

Le mode d'emploi ne diffère en rien de celui qui est déjà connu depuis des années pour les applications de glace dans la péricardite. La glace sera cassée en petits fragments, puis enfermée dans une vessie de porc ou de caoutchouc et remplacée dès qu'elle est fondue, c'est-à-dire toutes les heures environ. Entre la peau et la vessie on interposera une flanelle plus ou moins épaisse sous forme d'un bandage de corps fixé avec des bretelles ou un taffetas gommé.

Jamais on n'a observé la moindre tendance à la formation des escharres. La surveillance journalière du malade suffit du reste à éviter cet accident.

Dans certains cas, on a vu la température tomber à près de 35°. Cette hypothermie extrême n'a jamais été suivie d'aucune complication. Il faut alors enlever la vessie de glace et ne la replacer que lorsque le thermomètre remonte.

L'absorption d'une boisson chaude, l'application de boules d'eau chaude aux pieds et autour du malade, ont rapidemment ramené la température à un taux normal.

Cette frigothérapie trouve son indication dans tous les cas de maladie avec hyperthermie : fièvre typhoïde, pneumonie, pleurésie. La glace, comme les bains froids, amène des chutes manifestes de la température ; en même temps, elle produit une plus grande amplitude des pulsations ; mais la diminution du nombre des pulsations n'accompagne pas toujours la chute de température ; tant que les pulsations ne sont pas revenues à un chiffre normal, bien que la température ait baissée, il faut continuer sans relâche l'application glacée.

Les conditions fondamentales de la production de l'hypnotisme.

A l'une des dernières séances de la Société d'hyponologie, M. le Dr Bérillon a insisté sur ce fait fondamental que l'hypnotisme ne peut être obtenu, à aucune de ses périodes, sans le consentement du sujet. Ce consentement doit être non pas seulement mental, mais organique ; celui qui consent à être hypnotisé doit être à jeun de tout empoisonnement ou intoxication, c'est pourquoi les cures hypnotiques doivent souvent être précédées de saisons thermales, de purgatifs, laxatifs, diurétiques, diaphorétiques, etc.

La cure de l'alcoolisme par la suggestion.

M. Bérillon affirme que, dans la cure des alcooliques, on remporte des succès dans la proportion de 7 sur 10 environ.

Trois sur dix sont des dégénérés héréditaires, presque des aliénés, mûrs pour l'asile. La cure de l'alcoolisme par la suggestion exige le consentement mental du sujet. Les entêtés, les orgueilleux, les gens irréductibles et à parti pris bénéficient peu ou pas de la suggestion. L'alcoolique qui veut formellement guérir ne doit être suggestionné qu'à jeun. Une fois guéri, il ne doit pas être abandonné à lui-même, mais au contraire affilié à quelque société, comme celle des Bons Templiers.

Les douleurs fulgurantes du tabes.

Nul n'ignore l'intensité et la persistante ténacité des douleurs fulgurantes du tabes.

M. le Dr Milian a récemment, dans la *Rev. des Hôp.*, exposé la méthode thérapeutique qui lui paraît la plus efficace contre ces douleurs.

« Les meilleurs médicaments capables de pallier les douleurs sont : le pyramidon, l'antipyrine, et le salicylate de soude.

« Le *pyramidon* est incomparablement préférable à tous les analgésiques. Il a l'avantage d'être généralement bien supporté et il existe vis-à-vis de lui moins de susceptibilités médicamenteuses qu'avec l'antipyrine qui produit tant d'éruptions si variées. Il ne ferme pas le rein, c'est-à-dire ne diminue pas la quantité des urines, il ne ralentit pas non plus la nutrition. Tous ces avantages, pourtant négatifs, ont une importance considérable lorsqu'il s'agit d'un médicament qu'il faut, comme celui-ci, administrer à dose forte et prolongée. Il est nécessaire, en effet, de donner en moyenne 1 gr. 50 par jour de pyramidon pour obtenir un effet sédatif réel. On donnera deux cachets de 0.75 centigr., un le matin et un à midi, si les douleurs surviennent surtout l'après-midi ; un le matin et un le soir si les douleurs surviennent la nuit. La dose de 0,75 centigr. par cachet pourra être insuffisante si l'individu est d'un poids élevé ou si les douleurs sont très violentes.

« Il faudra donc donner des cachets d'un gramme et quelquefois même en donner trois par jour.

« Il n'y a aucun inconvénient à administrer ces doses élevées ; à de rares exceptions près, le médicament est très bien supporté. Je connais des tabétiques tourmentés par leurs douleurs, qui ingèrent chaque jour 3 et 4 grammes de pyramidon depuis des mois et des années. Ils n'ont la vie tranquille qu'à ce prix. Le seul inconvénient qu'on observe quelquefois c'est la coloration rouge des urines, identique à une hématurie.

Cette coloration est due, comme l'a montré Appert, au passage dans les urines d'un composé rouge du pyramidon et non pas à un écoulement de sang. Les malades en sont généralement effrayés, mais on peut les rassurer en toute sécurité.

« L'*antipyrine* est également un très bon sédatif des douleurs fulgurantes.

« Elle doit être donnée à dose suffisante, c'est-à-dire, comme le pyramidon, à la dose moyenne de 1 gr. 50 par jour en deux fois, matin et midi ou matin et soir, ou midi et soir, suivant la date d'apparition des douleurs. Il faudra quelquefois des doses plus fortes : 3 et 6 gr., et enfin il pourra être bon d'associer antipyrine et pyramidon.

« L'antipyrine est pourtant moins maniable que le pyramidon. Elle provoque facilement des troubles gastriques. Elle fait des éruptions médicamenteuses souvent très pénibles, et provoque l'oligurie.

« Le *salicylate de soude* à la dose de 3 grammes par jour, l'*aspirine* à la dose de deux grammes réussirent quelquefois là où le pyramidon et l'antipyrine ont échoué.

« Ces divers médicaments suffiront en général pour calmer les douleurs fulgurantes des tabétiques. Quelquefois pourtant, les crises seront tellement violentes que la sédation ne sera pas obtenue par leur simple emploi ».

Alors, il faudra recourir aux injections hypodermiques de morphine, deux, trois, quatre centigrammes par 24 heures.

« Il reste enfin comme dernière ressource, si l'on ne veut pas employer l'injection de morphine, la ponction lombaire, la *rachicocaïnisation* ou la *rachistovaïnisation*. La ponction lombaire n'a pas donné des résultats absolument constants, elle est inefficace une fois sur 3 ; dans certains cas même, elle a pu exagérer les douleurs lorsque, comme il arrive quelquefois, l'aiguille à ponction rencontre des racines nerveuses ; la rachicocaïnisation et la rachistovaïnisation ont une action sûre, mais elles sont un peu plus délicates à pratiquer que la simple ponction lombaire ; elles sont volontiers suivies de céphalée et de vomissements. »

M. Milian recommande encore l'usage du chlorure de sodium. Le chlorure de sodium se donne à la dose d'un gramme cinquante par jour, seul ou associé au glycérophosphate de chaux et à la quinine qui sont des reconstituants du système nerveux.

« On pourra prescrire, comme j'ai coutume de le faire !

Chlorure de sodium......	0,75 centigr.
Quinine (sulfate)........	0,10 centigr.
Glycérophospate de chaux	0,25 centigr.

Pour un cachet n° 30.

« Un cachet au commencement des repas de midi et du soir. L'emploi simultané du pyramidon et de l'antipyrine au moment des crises ne présente pas d'inconvénients. »

Dans ces derniers temps, on a beaucoup recommandé la *santonine*, qui est en train de devenir une panacée. Après les vers, elle guérit le diabète sucré ; maintenant, ce sont les douleurs du tabès.

Quoi qu'il en soit, voici comment la santonine doit être administrée.

« Elle peut être administrée à des doses élevées, soit 30 à 45 centigrammes par jour ; et ces doses peuvent être prolongées sans inconvénients ; par contre, comme il est des cas où une dose plus faible, 10 à 20 centigrammes, a déterminé des accidents d'intoxication, il est prudent de commencer par des doses faibles.

« Son action sur les douleurs fulgurantes est variable suivant les doses employées ; à faible dose, 5 à 10 centigrammes, l'atténuation des douleurs est progressive et a une durée éphémère ; à la dose de 15 à 30 centigrammes par jour, la santonine calme rapidement les douleurs fulgurantes, et son effet se prolonge après la suppression du médicament.

« L'action de la santonine est nulle sur les névralgies vulgaires.

« La faible toxicité de la santonine permet son emploi pendant de nombreux jours successifs ».

« La xanthopsie, premier signe d'intoxication, doit en faire suspendre l'usage.

« La santonine donne aussi des résultats dans les crises laryngées du tabes ; il y aurait lieu de l'essayer à nouveau contre ce symptôme. »

De l'emploi des médicaments iodorganiques en thérapeutique

M. Bardet *a fait sous ce titre, dans le Bulletin général de Thérapeutique* (15 juin 1908), une étude pharmacologique sur les divers médicaments iodiques où le métalloïde est dissimulé, c'est-à-dire combiné à la matière organique. Après avoir étudié les propriétés diverses des combinaisons de l'iode aux tanins, aux graisses, aux albumines et à la peptone, il conclut en faveur de cette dernière combinaison, étudiée par Gilbert et Galbrun depuis 1896 sous le nom de *peptoniodes*. (Gilbert et Galbrun *Congrès international de médecine*, Paris 1900.)

D'après l'auteur, cette combinaison a l'avantage de faire absorber le médicament par l'organisme sous la forme même où l'iode se trouve fixé dans le milieu circulant. On évite ainsi l'action offensive de l'iode sur l'estomac et aussi l'introduction d'iodures alcalins en excès, qui risquent toujours d'offenser le rein. C'est surtout dans les cas où les doses massives d'iode sont parfaitement inutiles, c'est-à-dire dans les affections lymphatiques et strumeuses, dans l'artériosclérose et même dans les accidents tertiaires peu aigus de la syphilis, en un mot dans tous les cas où l'action doit être longtemps prolongée, que l'on aura avantage à se servir des peptones iodées, Il n'y a donc pas de doute que leur introduction dans la thérapeutique a rendu un véritable service.

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

MÉDECINE PRATIQUE

La déclaration obligatoire de la tuberculose.

Une nouvelle discussion s'est ouverte à l'Académie de *médecine depuis le 16 juin à la suite du* rapport de M. le Dr *Fernand Widal*, un de nos jeunes officiels les plus en vue actuellement. Il est surprenant, après l'amoncellement de preuves fournies par des années d'observations rigoureuses, proclamant la contagiosité de la tuberculose, que la résistance de l'Académie, nous pourrions dire d'une grande partie du corps médical, *ait empêché d'aboutir les nombreux*

projets de déclaration obligatoire de la tuberculose.

Quel est le praticien, en effet, qui n'a pas dans ses notes ou dans ses souvenirs des exemples navrants de familles entières, mieux que cela, de familles différentes, absolument étrangères les unes aux autres, décimées successivement dans le même logement et dans la même maison, non désinfectés ou mal désinfectés ? Et ces épidémies de villages, provoquées par le retour dans ses foyers du jeune soldat ou du jeune marin, contagionné au régiment ! Et ces cas si mystérieux EN APPARENCE, d'explosion de tuberculose chez des sujets nullement prédisposés héréditairement, mais contagionnés à la suite des cohabitations douteuses ou après avoir revêtu des vêtements confectionnés par des malades ! A-t-on souvent pensé aux risques extraordinairement multiples de contagion auxquels nous sommes tous exposés, en particulier dans les villes, en dehors même des appartements et des locaux plus ou moins soigneusement désinfectés et remis à neuf ? D'un côté, c'est le linge de corps, confectionné par une malheureuse ouvrière tuberculeuse ; les vêtements, qui ont traîné chez un tailleur ou une couturière malade ; les fourrures, les lainages, les cache-nez, manipulés par des mains contaminées, au contact d'une moustache souillée d'expectorations bacillifères. D'un autre côté, ce sont les aliments préparés par une cuisinière ou un chef phtisique ; du pain manutentionné par des ouvriers ou par des porteurs, tuberculeux ou simplement posé sans soin à même la terre ou le plancher ; des fruits, ou des comestibles à absorber crus, saupoudrés de poussières tuberculeuses à l'étalage des épiceries ou des fruiteries par le balayage des rues ou le battage des tapis : du lait provenant de vaches tuberculeuses ou de vacheries où le personnel comprend des sujets malades ; des verres et des couverts insuffisamment nettoyés et ayant servi à des phtisiques.

Est-il besoin de citer les maintes occasions où les blanchisseuses, les laveuses, les teinturiers, les balayeurs, les ouvriers tapissiers, poseurs de tapis et de tentures, sont exposés à une épouvantable contagion, sans que rien ne soit tenté pour les préserver ? Nous ne citerons, à dessein, aucune statistique, persuadé que nous sommes de leur peu de valeur ; car nombreux sont les cas où les recensements sont erronés et où l'interprétation des chiffres est fantaisiste ; mais, nous faisons appel aux souvenirs de tous les praticiens, pour affirmer l'extension croissante de la tuberculose par contagion.

***

Ce premier fait acquis, à savoir : la contagiosité de la tuberculose, pourquoi n'a-t-on pas encore compris dans les maladies dont la déclaration est obligatoire la phtisie pulmonaire et les tuberculoses ouvertes, osseuses, ganglionnaires, cellulaires et cutanées ?

Il y a à cela, je crois deux raisons qui méritent examen et une troisième qui n'est pas sérieuse. La première, c'est la question de sentiment, de pitié pour le malheureux poitrinaire, qui n'est soutenu que par l'illusion et qui, la plupart du temps, serait tué par la connaissance de la vérité, puisque c'est comme si on lui notifiait sa condamnation à mort. La deuxième, c'est que plusieurs maîtres, et non des moindres, refusent de croire à une contagiosité fréquente de la tuberculose. Pour eux, c'est l'alcoolisme et le surmenage qui constituent les indispensables facteurs de l'éclosion de la maladie. Enfin, la troisième c'est que l'organisation de la désinfection publique et privée étant, pour beaucoup de régions, chose à peu près nulle, ce n'est pas la peine de rendre obligatoire une déclaration qui ne sera pas suivie de sanction « désinfectante ».

Evidemment, cette troisième objection n'a aucune valeur ; il n'y a qu'à faire appliquer la loi et ce sont les médecins qui sont tenus de faire appliquer cette loi. C'est à eux de montrer aux autorités locales comment elles peuvent faire désinfecter à peu de frais et d'employer pour arriver à ce but tous les moyens qu'ils jugeront utiles.

Mais les deux premières objections valent la peine qu'on les examine.

Les médecins sont les premiers à comprendre la dureté d'une mesure qui obligerait pour ainsi dire à faire connaître au malade phtisique que son mal est dangereux et contagieux pour son entourage. Cependant on sent facilement la fragilité d'un tel argument. Craint-on de dire aux familles, sinon au malade, que tel enfant a la diphtérie ou que telle personne a la fièvre typhoïde, la variole, la scarlatine ? C'est indispensable pour justifier les mesures de prophylaxie que l'on va instituer et pour obtenir la fidèle obéissance de l'entourage qui craint pour lui-même. D'ailleurs, le médecin consciencieux a-t-il le droit, dans un simple but de pitié, de laisser le malade cracher à toute volée, boire et manger dans les mêmes ustensiles que sa famille et ses gardes-malades ? Peut-il permettre, sans remontrances, au mari de coucher avec sa femme ou à la mère avec ses enfants ? Peut-il laisser allaiter une nourrice phtisique ? Il y a manière de prévenir doucement les gens sans les affoler. Au lieu de parler de phtisie contagieuse au malade, on éloigne à dessein cette épouvantable perspective, on lui affirme même que rien de pareil ne le menace et on joue de l'anémie, de l'asthme, du catarrhe, en lui recommandant, par simple précaution d'hygiène pour lui-même, de ne pas cracher dans son mouchoir, ni surtout à terre, mais de tout recueillir dans un crachoir de poche ou dans un récipient rempli de liquide : (vinaigre, eau de javel, liqueur de Labarraque, formol à 1 pour 9). On lui fait comprendre que son état exige qu'il couche seul pour permettre au sang de se refaire avec la suralimentation. Bref, on emploie cent subterfuges pour arriver à ses fins, mais on n'a pas le droit de laisser l'entourage, les voisins, la maison entière, exposés à la contagion en négligeant d'indiquer les précautions élémentaires sous prétexte que cela portera ombrage au malade ou lui fera du mal moral. Ici, l'intérêt général est en jeu, il doit donc primer l'intérêt particulier ; c'est au médecin à ménager le malade et à user toujours du plus grand tact et de la plus fine diplomatie. Donc, l'objection soulevée au nom de la sentimentalité peut être écartée sans scrupules.

La raison donnée par les non-partisans de la contagion, à savoir que la tuberculose ne se gagne pas comme la scarlatine, la rougeole ou la coqueluche, mais qu'elle provient presqu'uniquement de l'alcoolisme, de l'intempérance et des excès, nous paraît tout simplement erronée. Il est évident, pour tous les praticiens qui soignent le peuple et qui voient beaucoup de malades de la basse classe, que le vin et l'alcool font autant de tuberculeux que la contagion. Mais à côté des intempérants et des débauchés qui osera mettre en doute les cas de contagion, dans les familles rangées, dans les pensionnats, dans les séminaires, dans les couvents. Ici, il ne s'agit plus d'intempérance, il s'agit bien

plutôt de privations, d'ascétisme, d'air confiné, de vie cloîtrée.

Pourquoi, d'ailleurs, nier la possibilité d'un fait qui est établi par l'expérimentation ? Les produits expulsés par les expectorations ou par les suppurations diverses d'os ou d'abcès tuberculeux, contiennent le bacille de Koch. Ces produits inoculés à de petits cobayes provoquent en peu de jours dans leur péritoine l'évolution d'une péritonite tuberculeuse type. Certes, ces animaux sont très fragiles et contractent admirablement bien la maladie, mais il n'en est pas moins vrai que le fait brutal de l'inoculation suivie de succès est là pour renverser toutes les objections de la non-contagiosité. Evidemment, la tuberculose ne se gagne pas aussi facilement que la rougeole, la diphtérie ou la scarlatine, mais elle est inoculable par les ingesta et par les contacts divers du linge, de la literie, des vêtements, des mouches, moustiques et autres parasites (punaises, puces, poux).

Dès lors, la tuberculose étant reconnue contagieuse, il s'ensuit logiquement que sa déclaration s'impose ; on ne peut se soustraire à ce devoir social.

***

C'est ce qu'a lumineusement exposé E. Widal à l'Académie et c'est ce que l'Assemblée est appelée à proclamer par un vote.

Deux points importants doivent être bien mis en évidence à la suite de ce principe de la déclaration obligatoire : 1° A quelle période de l'évolution de la tuberculose doit-on rendre la déclaration obligatoire ; 2° par qui doit être faite cette déclaration ?

Le premier point est le plus difficile à résoudre. Sur quelle base, en effet, s'appuyer pour décider que la tuberculose est contagieuse et par conséquent nuisible pour l'entourage ? La réponse théorique est facile : quand la tuberculose est ouverte, c'est-à-dire quand il y a des bacilles dans les expectorations, quand il y a une suppuration d'abcès froid ou de gomme ulcérée. Toute tuberculose fermée n'étant pas contagieuse, point n'est besoin de la déclarer.

Dans de nombreux cas, la compréhension et l'application de la loi sera relativement facile, mais il existe beaucoup de cas mixtes où la démonstration microscopique de la présence du bacille n'est pas positive, ni même possible, et qui cependant sont notoirement dangereux et contagieux ; sur quel motif plausible pourrait-on alors établir sa conviction et justifier sa déclaration ? Dans des cas aussi peu nets, l'opinion sera variable selon tel ou tel médecin ; et de fait le seul moyen de faire éclater publiquement la vérité, c'est de pratiquer à un animal témoin l'inoculation des produits expectorés ou évacués par le malade,

La conclusion de ces quelques remarques nous paraît être la suivante : La tuberculose devra être déclarée obligatoirement, QUAND LA PRÉSENCE DU BACILLE DE KOCH AURAIT ÉTÉ DÉMONTRÉE PAR LE MICROSCOPE, LES CULTURES OU LES INOCULATIONS DES PRODUITS EXCRÉTÉS PAR LES MALADES. A cet effet, il sera créé des laboratoires spéciaux payants pour les gens aisés, gratuits pour les indigents auxquels les médecins pourront adresser des échantillons de l'expectoration ou des excrétions de leurs malades suspects. La réponse de ces laboratoires, qui sera parfaitement impartiale, indiquera au médecin si la déclaration doit être faite.

Le 2e point, celui de savoir qui fera la déclaration, est heureusement résolu dans le rapport de M. Widal. Ce n'est pas le médecin qui fera la déclaration, non : ce sera l'entourage ou, à son défaut, le logeur. On a peine à concevoir qu'en France, pays de franchise, de dignité et de liberté, on ait osé supposer que les médecins se prêteraient docilement à cette délation policière qui consiste à informer l'autorité plus ou moins compétente (à Paris, la police !!!) que tel ou tel de leurs clients a une maladie contagieuse et qu'il doit être procédé à une désinfection chez ce ou ces malades. C'est plus que la violation du secret professionnel, c'est une trahison de la confiance et une absurdité ; une trahison vis-à-vis de son malade qui, au fond de lui-même ne demande qu'une chose à son médecin, c'est de le soigner et de le guérir, mais qui s'inquiète fort peu de savoir si un voisin quelconque gagnera sa maladie, et par conséquent ne prie pas le médecin de s'occuper de la préservation de la santé d'autrui.

C'est une absurdité, car, en prenant les choses strictement, en dehors de tout sentiment d'humanité, le médecin agit dans un but diamétralement opposé à son intérêt : en déclarant la maladie contagieuse et en faisant désinfecter, il supprime volontairement, et sans aucune compensation pour lui, la matière dont il vit, la maladie. Il est temps donc que ce régime vexatoire et absurde cesse, l'administration doit être informée des dangers que court la santé publique par tel ou tel cas contagieux : peste, fièvre typhoïde, scarlatine, choléra, tuberculose ouverte, rougeole, érysipèle, suette miliaire, etc. ; mais c'est aux citoyens qu'elle doit s'adresser pour obtenir ces renseignements, *c'est aux pères* ou mères de familles, aux proches, aux amis, ou à leur défaut, au logeur que la loi doit imposer la déclaration, quand le médecin leur aura nettement précisé le diagnostic, car c'est eux qui ont véritablement intérêt à ce que les maladies diminuent ou même disparaissent, n'étant pas à même, comme les médecins, de se protéger par des mesures d'hygiène qu'ils ignorent ou plutôt qu'ils n'ont pas le temps d'appliquer.

Donc, nous demandons, comme E. Widal, que la déclaration des maladies contagieuses et en particulier de la tuberculose ouverte, bactériologiquement confirmée, soit rigoureusement obligatoire, mais que cette obligation contraigne les familles ou les logeurs, à l'exclusion des médecins traitants,

Bien entendu, le *corollaire indispensable de* l'obligation de la déclaration, c'est l'obligation de la désinfection, que les découvertes modernes ont rendu de plus en plus efficace et de moins en moins onéreuse : nous avons actuellement, grâce au *Fumigator*, un moyen aussi puissant que peu coûteux de réaliser ces désinfections parfaites et répétées qu'exige la tuberculose en particulier.

Dr Paul HUGUENIN.

PRATIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE
DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

VII

B. 8. — Injections hypodermiques.

Ces petites interventions sont cotées au tarif Dubief au prix de deux visites ou consultations en sus de la visite ou consultation.

Si donc nous devons aller faire une injection de morphine à un blessé qui souffre beaucoup nous compterons :

Visite	2.50
Injection morphine	5.00
Total	7.50

Les ampoules de solutions injectables nous facilitent beaucoup la pratique des injections.

On peut aussi utiliser les lentilles ou pastilles avec de l'eau bouillie.

Comme seringue, le modèle à recommander est la seringue en verre.

Elle est d'une asepsie parfaite, on la fait bouillir sans danger et le piston n'a pas les inconvénients des pistons de cuir ou d'amiante qui se sèchent ou se dégradent.

De temps en temps, il sera bon de passer la seringue et le piston à l'acide car dans les pays où l'eau est calcaire, il se fait un dépôt sur le piston qui fait gripper les deux surfaces de verre.

Une goutte d'huile de vaseline permet ensuite de lubrifier le piston.

L'aiguille de platine iridiée est indispensable; les autres s'oxydent et se brisent.

Un peu de coton trempé dans de l'alcool, du cognac ou de l'eau de Cologne, suffit pour flamber l'aiguille et aussi pour nettoyer l'endroit où se fera l'injection.

On nous vend avec ces petits appareils, des boîtes de nickel ou d'aluminium qui nous rendent le port de ces seringues extrêmement facile.

Insister davantage sur un tel sujet ne semble pas nécessaire ; la pratique des injections hypodermiques est devenue si générale que chacun de nous sait tout le profit qu'il peut en tirer dans l'intérêt des malades.

Chez des affaiblis par un traumatisme on se trouvera bien de recourir au cacodylate de soude, c'est un excellent remontant. Nous retrouverons plus loin les injections de sérum et autres dont l'honoraire est plus élevé.

B. 9. — Cautérisation profonde.

Ici encore rien à dire, sauf cependant que le tarif Dubief a différencié les pointes de feu superficielles des cautérisations profondes ; les premières sont comptées au prix d'une visite, les secondes au double.

On a visé par là les pointes de feu pénétrantes employées surtout dans les cas de tumeurs blanches ou pour les anthrax et autres collections qui demandent une action destructive puissante. Le thermo-cautère fait, comme la seringue à injections, partie de notre arsenal courant et le maniement nous en est familier autant que les indications.

B. 10. — Séance complète de massage, autres que ceux de la main ou du pied par le médecin traitant.

La direction du Concours a l'intention de demander à un de nos confrères s'occupant particulièrement de massage de traiter cette question ainsi que celles s'y rattachant.

Il faut reconnaître, en effet, qu'au cours de nos études, on ne nous a jamais montré à faire du massage. De temps à autre, nous avons vu venir auprès du lit des malades une dame de France ou une nurse avec un beau peignoir blanc orné d'une croix ; ces dames font du massage dans le service et l'élève dédaigneux a passé sans regarder et sans s'intéresser. Comme si c'était peu de chose de rendre la souplesse et la fonction à un membre malade ou raidi par une longue immobilisation.

Nous nous plaignons de la dureté du moment et du mal de vivre, et nous laissons prendre par des étrangers ce qui nous revient de droit.

Certes, les masseurs et masseuses nous font du tort, ils font un chiffre énorme et qui dépasse de beaucoup tout ce que nous imaginons, surtout parce qu'ils ajoutent au massage pas mal de choses ? A qui la faute ? C'est bien à nous.

Et dire qu'il n'y aura pas un chef de service averti et pratique qui, s'occupant de tous ces à-côté de la médecine qui la complètent si bien, dire qu'il n'y aura pas un chef pour charger son interne et quelques stagiaires ou externes de faire les massages du service, chassant ainsi les parasites trop nombreux des salles de malades. L'étudiant peu fortuné pourrait sans déroger être envoyé en ville par le maître et la pièce de cent sous ou de dix francs qui tombe dans une poche étrangère serait la bienvenue dans le gousset peu garni de certains.

J'ai parlé plus haut (voir nos précédents) du massage de la main et du pied. Mais simplement au sujet du tarif. La technique de ces questions sera reprise car il est bon que nos confrères soient renseignés puisqu'ils n'ont pas été enseignés.

B. 11. — Séance complète d'électricité par le médecin traitant au moyen d'appareils portatifs.

C'est là encore un sujet qui demande à être traité d'une façon particulière. Quand il s'agit de lutter contre des atrophies, de rétablir la fonction d'un muscle, l'électricité jointe au massage sera indiquée.

Le choix de l'appareil et la technique de l'application ne sont pas indifférents aussi, ces points seront spécialement étudiés par un de nos confrères spécialiste en la matière. Il convient de faire remarquer dès maintenant que la séance de massage et celle d'électricité s'ajoutent à la visite, ce qui peut arriver à faire un total de 12 francs 50 centimes.

On a vu que le tarif prévoit que ces interventions doivent être faites par le médecin traitant.

Il y a des jugements qui ont privé des réclamants non médecins des honoraires de massages qu'ils demandaient.

Il s'agissait surtout de massages faits en dehors de toute ordonnance ou de surveillance médicale.

Les compagnies ont bien des masseurs, les médecins peuvent bien en avoir aussi, mais, à mon avis, en présence d'un tarif suffisamment élevé et rémunérateur, nous aurions tort de ne pas faire nous-mêmes ces applications ou de n'en point charger un confrère médecin. Le fait de compter sur une note d'honoraires un massage pratiqué par un étranger à la profession, mais surveillé par nous, comporte des développements et des appréciations qui sortiraient du cadre que nous nous sommes tracé.

La jurisprudence est à peu près fixée aujourd'hui et les jugements rendus suffisent à nous montrer quels sont nos droits sinon nos devoirs.

B. 12. — Extraction facile de corps étrangers sous la peau.

Une paille de métal, une écharde de bois, une aiguille, voilà les corps étrangers que nous aurons le plus souvent à extraire.

Après un nettoyage de la région, on fera une anesthésie locale au chloréthyle et une incision dans le sens du corps étranger *qu'on doit sentir* nous conduira à son *extraction facile*. On ne réunira pas. On touchera à l'eau oxygénée et on fera un pansement sec ou humide suivant le cas. Un pansement humide de quelques heures ne sera pas nuisible, au contraire ; surtout s'il s'agit d'une écharde.

Pour les aiguilles, il faut se souvenir que rien ne paraît parfois plus facile et que cependant rien n'est plus ennuyeux ni plus difficile dans certains cas.

La radiographie aidera souvent, mais il faudra opérer sans tarder, car si dans le doigt l'aiguille reste en place, à la paume de la main elle chemine et ce n'est qu'avec du chloroforme qu'on en viendra à bout.

Suivez l'orifice ou, si vous avez une radiographie, incisez perpendiculairement à l'aiguille en respectant les tendons. Faites l'hémostase préventive avec un lien de caoutchouc ou la bande d'Esmarck ; souvent on trouvera tout de suite ; mais si vous ne trouvez pas craignez de faire de trop grands dégâts et remettez l'extraction au lendemain avec, si possible, radiographie et chloroforme.

B. 13. — Toucher vaginal et examen au spéculum.

Hum ! Je ne vois pas trop la fréquente utilisation de cet article, sauf s'il s'agit de travail spécial non prévu dans les accidents du travail.

Mais enfin on peut à la rigueur prévoir un accident survenant à une femme en état de grossesse et nécessitant un examen.

B. 14. — Toucher rectal.

Il peut être rendu nécessaire par un traumatisme de la région. Il faut se souvenir qu'on trouve dans le commerce de petits protecteurs digitaux en caoutchouc très minces ; ce sont de petites capotes qui coiffent à merveille l'index et ne nuisent vraiment pas à la finesse des examens. On aurait tort de ne point utiliser ces petits isolateurs, surtout si on a une intervention aseptique à pratiquer à la suite.

(*A suivre.*) Dr Ch. LEVASSORT.

THÉRAPEUTIQUE

Etude comparative de l'iodosol, de la teinture d'iode et de l'iodure de potassium dans le traitement iodique,

Par le Docteur Louis CLUZAN (1).

L'Auteur a résumé dans ce travail des observations comparatives sur l'*iodosol*, la *teinture d'iode* et l'*iodure de potassium*, faites en grande partie dans les hôpitaux de Bordeaux, notamment à l'hôpital Saint-André dans le service de M. Martin du Magny, et des études expérimentales, fort minutieuses, faites à Paris à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Labadie-Lagrave, par MM. Moulut, interne en médecine et Alliot, interne en pharmacie.

Dans la première partie de cet ouvrage important, le docteur Cluzan fait l'historique de la médication iodée, puis il expose en divers chapitres l'étude physique et chimique de l'Iodosol et son étude physiologique et clinique.

Dans cette dernière partie, l'auteur étudie d'abord l'absorption et l'élimination des produits à base d'iode, à la suite d'applications externes.

Ces expériences portèrent sur divers malades de la salle Vulpian, à l'hôpital de la Charité, service de M. Labadie-Lagrave.

Les doses employées devant contenir quantité égale d'iode, on a utilisé :

13 gr. de teinture d'iode, soit : ...	1	gr. d'iode.
16 gr. 6 d'iodosol, soit :	1	—
1 gr. 31 de Kl (13 gr. 10 de pommade iodurée) soit...........	1	—

(1) Thèse de Bordeaux (1908) : *De l'iodosol en thérapeutique.*

La durée de chacune de ces expériences fut de trois jours.

On faisait une friction à midi. La recherche du passage de l'iode dans les urines s'effectuait une demi-heure après, puis se poursuivait de deux heures en deux heures.

Des chiffres de dosage il résulte *que l'Iodosol est entraîné plus rapidement que les deux autres préparations iodées dans l'organisme* ; des recherches faites même un quart d'heure après son application ont permis de déceler sa présence.

De plus, *l'Iodosol ne s'accumule pas*, son action est rapide, bien que complète. On n'en retrouve plus après 26 heures, 40 heures au plus ; tandis que la teinture d'iode et la pommade à l'iodure de potassium sont encore mises en évidence 50 heures après l'application.

Le docteur Cluzan a, dans les mêmes conditions, étudié l'absorption et l'élimination des produits à base d'iode lors de leur administration par *voie gastrique.*

Les doses des trois préparations, contenant chacune 0 gr. 05 d'iode, étaient ingérées par les malades à midi, et comme précédemment les analyses furent poursuivies de deux heures en deux heures.

L'administration à faibles doses d'iodure de potassium ne donna lieu à aucune élimination par la voie urinaire.

En ce qui concerne la teinture d'iode, son élimination, malgré un faible retard sur l'iodosol, se fait bien, mais elle se prolonge.

L'absorption de l'iodosol se fait sans répugnance. En raison de la vitesse de passage de son iode dans les urines et le peu de durée de cette élimination, *l'action de ce médicament est extrêmement rapide.*

Au point de vue physiologique l'iodosol doit être considéré, d'après son état chimique, comme *jouissant à la fois des propriétés réunies de la teinture d'iode et de l'iodure de potassium.*

Comme la teinture, il possède une action révulsive et antiseptique bien établie. Comme l'iodure, il exerce une influence manifeste sur le cœur, sur la circulation générale et sur la nutrition, tout en possédant également des propriétés résolutives et fondantes.

Action révulsive. — L'application de l'iodosol sur la peau, par badigeonnage, *produit une coloration jaunâtre de peu de durée*, suivie d'une imperceptible cuisson. La peau rougit, mais l'épiderme ne se desquame pas et les *frictions répétées, même chez les sujets à peau délicate, ne provoquent jamais la formation de phlyctènes et ne produisent jamais d'œdème.* Il n'en est pas de même avec la teinture d'iode, dont les badigeonnages ne sont pas aussi inoffensifs qu'on se l'imagine couramment, car l'on a pu constater des effets fâcheux à la suite d'emplois intempestifs de cette substance.

M. le docteur professeur X. Arnozan a signalé le danger des badigeonnages de teinture d'iode trop étendus et reconnu qu'étendre l'application de ce révulsif à des surfaces de plus de 20 centimètres carrés, c'est exposer le malade à des réflexes fâcheux. — Le docteur Arnozan a dit d'autre part, dans sa thérapeutique, que la teinture d'iode, qui parfois détermine une véritable vésication de l'épiderme, lui fait parfois au contraire subir une sorte de tannage qui le durcit et le rend imperméable.

L'iodosol ne présente aucun de ces dangereux inconvénients.

Action antiseptique. — L'iodosol étant une dissolution d'iode dans le vasogène qui ne fait que faciliter sa pénétration, possède les mêmes

propriétés bactéricides que l'iode, dont le pouvoir antiseptique est considérable.

Action sur la peau et la circulation. — Grâce à l'iode qu'il contient, l'iodosol produit une vasodilatation avec un abaissement de pression dans la circulation générale. Le cœur bat avec plus d'énergie ; le pouls est plus large et plus fort.

Action sur l'appareil respiratoire. — Chez les malades atteints d'une affection des voies respiratoires, accompagnée de dyspnée, l'iodosol fait disparaître ou atténue beaucoup ce phénomène.

Action sur la nutrition. — Par suite de son action sur les combustions intimes, l'iodosol imprime aux phénomènes de désassimilation une suractivité énergique et efficace. Aussi ces bons effets se font-ils sentir dans les maladies par ralentissement de la nutrition : rhumatisme chronique, goutte, obésité.

Action résolutive ou fondante. — L'iodosol possède une action efficace sur les engorgements glandulaires, les empâtements articulaires, ainsi que les stases viscérales chroniques.

De très nombreuses observations ont permis au Dr Cluzan de reconnaître les bons effets de l'iodosol, son action efficace sur les affections pulmonaires ; il favorise la résorption de certains produits morbides : engorgements glanglionnaires, arthrites chroniques ; dans l'épidydymite, l'orchite, la funiculite, les synovites, les frictions au vasogène atténuent sensiblement les phénomènes inflammatoires.

Il est utile dans les affections de la bouche et de l'arrière-bouche, dans la stomatite ulcéreuse, dans l'amygdalite aiguë et dans la pharyngite granuleuse ; il a été employé en badigeonnages dans plusieurs cas d'angine syphilitique, dans le traitement de certaines plaies suppurantes des anthrax, contre les ulcères de la jambe ; c'est un bon topique contre les excoriations. On l'a indiqué contre les vomissements de la gastrite ulcéreuse, les nausées et les vomissements de la grossesse ; il a enfin été également employé avec succès dans le traitement du goitre et du rhumatisme chronique ou osseux.

Le Dr Louis Cluzan résume son travail par les conclusions suivantes :

1° — Le vasogène iodé doit être considéré non pas comme une nouvelle combinaison iodée rentrant dans le groupe des composés organiques, mais comme un moyen, un lieu de passage fourni à l'iode pour pénétrer sans inconvénients, avec toutes ses propriétés naturelles, dans la circulation sanguine.

2° — Les vasogènes sont des hydrocarbures ; des vaselines liquides oxygénées présentant deux propriétés essentielles :

a) Elles dissolvent dans leurs molécules des corps normalement insolubles (iode, camphre, iodoforme) ;

b) Elles font pénétrer dans l'organisme d'une manière immédiate les principes actifs qu'elles contiennent, par simple friction de l'épiderme.

3° — L'Iodosol est une dissolution de 6 grammes d'iode minéral dans 100 grammes de vasogène.

4° — Le médicament est utilisé par la voie interne, mais surtout par la voie externe en frictions cutanées.

5° — Des expériences sur l'absorption et l'élimination comparées de l'iode contenu dans des doses équivalentes en iode, de teinture de pommade iodurée au 1/10 et d'iodosol ont montré que la quantité d'iode absorbée est plus importante pour l'iodosol et que son élimination est plus rapide.

6° — Des recherches analogues sur les mêmes remèdes pris intérieurement, ont abouti à la même conclusion.

7° — Les frictions d'iodosol ne sont pas caustiques, elles colorent à peine les téguments, n'occasionnent ni douleur ni desquamation, ni lésions inflammatoires. L'absorption cutanée est plus complète qu'avec la teinture d'iode.

8° — *Au point de vue pratique, l'iodosol peut être considéré comme supérieur à la teinture d'iode et à l'iodure de potassium.*

9° — Au point de vue clinique, les effets médicamenteux ne paraissent pas supérieurs à ceux de l'iodure de potassium, mais présentent une parfaite analogie. Les effets secondaires sont beaucoup plus rares avec ce remède qui peut être considéré comme susceptible de fournir par la voie externe les bénéfices obtenus par l'emploi de l'iodure de potassium à l'intérieur.

b) En résumé, l'administration à faibles doses d'iodure de potassium ne donne lieu à aucune élimination par la voie urinaire ; seules, les doses massives donnent une réaction, et l'on connaît les multiples inconvénients de l'iodure employé à hautes doses.

En ce qui concerne la teinture d'iode, son élimination, malgré un faible retard, se fait bien, mais se prolonge ; de plus, ce médicament, insoluble dans les liquides aqueux, offre un aspect peu engageant.

L'iodosol est émulsionné facilement, et par suite absorbé sans répugnance.

Son action est certaine, vu la rapidité et le peu de durée de son élimination.

ETUDES ET PROJETS

Les Syndicats Médicaux. Leur Fonctionnement. — Leur Organisation. Leur Influence. — Leur Rôle.

Par le Dr P. Viroulaud,
de Villebois-la-Valette (Charente).

(*Suite.*)

Le droit d'ester en justice permet aux syndicats de plaider tant comme demandeurs que comme défendeurs, dans toutes les instances et devant toutes les juridictions, sans avoir besoin d'aucune autorisation administrative, soit qu'il s'agisse d'intérêts pécuniaires, soit qu'il s'agisse d'intérêts professionnels (1).

Or ce n'est pas seulement contre l'ennemi du dehors que l'action civile peut être intentée, mais aussi à l'intérieur contre le syndiqué qui manquant à ses engagements cause un préjudice à ses confrères. Si la loi autorise le syndiqué à se démettre de ses obligations par la démission, il est tenu tant qu'il fait partie du groupe à tenir les engagements pris. Ce sont les statuts qui font loi et celui qui y contrevient est exposé à l'action en dommages-intérêts prévue par les articles 1142 et suivants du code civil au cas d'inexécution d'obligation de faire ou de ne pas faire (2).

Tout syndiqué est tenu à des obligations envers la personne civile syndicale et nombreux déjà sont les jugements rendus sur la matière.

(1) Goret. — Les syndicats médicaux. Thèse 1904.

(2) Art. 1142. Toute obligation de faire ou de ne pas faire se résout en dommages-intérêts en cas d'inexécution de la part du débiteur.

Art. 1145. Si l'obligation est de ne pas faire, celui qui y contrevient doit des dommages-intérêts par le seul fait de la contravention.

CHOLÉINE CAMUS

Le meilleur agent

D'OPOTHÉRAPIE BILIAIRE

1° La bile, tout en assurant accessoirement l'évacuation des déchets du travail hépatique, constitue surtout une sécrétion *glandulaire de très haute valeur physiologique.* Nécessaire à la digestion, indispensable à l'absorption des corps gras, elle remplit en outre, dans l'intestin, de multiples fonctions, **antiseptique, antifermentescible, anticoagulante, laxative.** Résorbée en partie, elle remplit vis-à-vis du foie lui-même une fonction **cholagogue** qui en fait le véritable stimulant physiologique de cet organe.

2° De par cette fonction **cholagogue**, la bile, sous la forme d'Extrait de Fiel de bœuf, devient un **médicament opothérapique** de tout premier ordre, dont la valeur est aujourd'hui nettement proclamée.

Sont justiciables de cette médication : la **lithiase biliaire,** les **coliques hépatiques,** les **ictères,** la **cholémie, l'acholie, l'insuffisance biliaire,** quels qu'en soient la cause ou les effets : **congestion ou compression hépatique ; troubles digestifs gastro-intestinaux d'origine hépatique, constipation, colites muco-membraneuses, fermentations intestinales, auto-intoxications, arthritisme.**

3° La **CHOLÉINE CAMUS**, à base d'**Extrait décoloré et inaltérable de Fiel de bœuf,** préparée sous la forme de pilules glutinisées dosées à 0 gr. 20 de principe actif constitue, à la dose moyenne de 4 à 6 pilules par jour, l'agent le plus précieux et le plus sûr de l'Opothérapie biliaire.

Soumise, depuis des années, à l'expérimentation du corps médical, la **CHOLÉINE CAMUS** lui a toujours donné une entière satisfaction, ainsi qu'en témoignent et les nombreuses attestations que nous avons reçues et **les nombreuses observations dont le Dr DAUGUET a cité quelques-unes dans sa thèse inaugurale.**

Dose moyenne : **4** *à* **6** *pilules par jour.*

Coliques hépatiques
Insuffisance biliaire
Constipation
Colites muco-membraneuses

Ph^{cie} CAMUS, MOULINS (Allier) -- Échantillons et Brochures sur demande

Correspondance hebdomadaire
(Suite).

A qui dois-je m'adresser pour mes honoraires ? Le patron est-il responsable des accidents qui peuvent se produire dans les conditions précédentes ? Il est bien entendu que mon client travaillait au moment où il a été surpris par son camarade.

Réponse. — A notre connaissance, la jurisprudence s'est déjà prononcée dans plusieurs espèces qui se rapprochent de celle que nous expose votre letre :

Le tribunal civil de Vienne (27 février 1902), a jugé que « l'accident survenu au cours d'une querelle amenée par les justes observations que la victime avait adressées à un de ses camarades au sujet du travail », était un accident du travail.

Par contre, la Cour de Nancy (27 février 1901) a jugé que n'était pas couvert par la loi du 9 avril 1898 l'ouvrier blessé à la suite de violences légères de la part d'un autre ouvrier, et le juge de paix de Quesnoy-sur-Deule, le 17 juillet 1902, dans le même sens pour un ouvrier frappé dans une agression sans relations avec le travail.

Le Tribunal de la Seine, le 12 janvier 1907, a déclaré mal fondé en sa demande un ouvrier blessé dans une rixe qu'il avait lui-même provoquée.

Il y a donc là une question assez délicate. Il semblerait que la jurisprudence tend à décider que l'ouvrier blessé dans une rixe est garanti lorsqu'il a eu dans cette rixe le beau rôle, si nous pouvons nous exprimer ainsi, et surtout lorsque la querelle a été soulevée par un de ses camarades pour un motif se rattachant au travail, et avec l'intention de le troubler. S'il en est ainsi, votre client aurait des chances de gagner son procès.

Quant à vous, dans le doute, il est préférable que vous poursuiviez solidairement patron et ouvrier.

Dr B., de C., à *Concours.* — J'ai établi un certificat pour un blessé du travail, c'est-à-dire : un certificat pour le patron, l'autre pour la mairie du lieu de l'accident. La mairie refuse le certificat, fait sur papier à en-tête (le même que celui sur lequel je vous écris), et *exige qu'il soit établi sur imprimé de la Compagnie d'assurances.*

Elle exige en outre, un « dépôt de certificat médical », toujours sur imprimé de la Compagnie. J'estime qu'elle se trompe ; fais-je erreur ? si je refuse les deux certificats sur imprimés. Veuillez me dire si j'ai raison, et ce que je pourrais faire si l'on insiste.

Suite page X.

Dans une espèce relative aux syndicats médicaux mêmes, le tribunal de Bourgoin en a précisé toute l'étendue dans un jugement du 21 juin 1901. Le Syndicat des médecins de cette localité avait décidé dans une réunion générale qu'il n'y aurait ni monopole au profit de tel ou tel médecin, ni conditions privilégiées pour telle ou telle compagnie d'assurances, et que les contrats déjà intervenus entre médecins et sociétés seraient immédiatement dénoncés.

Un des médecins syndiqués ne tint pas ses engagements et consentit à soigner pour le compte des compagnies à un taux inférieur à celui fixé par le Syndicat. Assigné en réparation par le Syndicat, le Tribunal de Bourgoin rendit un jugement confirmé par la cour d'appel condamnant le mauvais syndiqué à 200 francs de dommages-intérêts envers le Syndicat et à l'insertion du jugement dans les journaux de la localité et dans le *Concours médical*.

Nous ne pouvons nous empêcher d'extraire de ce jugement quelques considérants des plus intéressants à rappeler :

« Attendu, en droit, que les organisations syndicales en tant qu'elles ont pour objet la défense des intérêts professionnels, sont, non seulement autorisées, mais encouragées par notre législation ; que les statuts et les délibérations régulièrement prises font la loi des parties et obligent tous les membres au même titre que toute autre convention valable ; que, sans doute, il est toujours permis à tout syndiqué de se retirer des liens du syndicat, mais que, tant qu'il fait partie de l'Association, il est tenu de se conformer à sa loi et de respecter les obligations qu'elle lui impose : *que l'observation stricte de ce devoir est surtout nécessaire dans une organisation qui exige une entente absolue pour permettre à l'effort commun de produire son effet utile* ; que, dès lors, toute infraction peut, quand il en est résulté un préjudice, donner ouverture au profit du syndicat personnalité civile, à une action en dommages-intérêts, etc.... »

La souveraineté syndicale instituée en droit l'est donc en fait pour les syndicats médicaux. Voilà leur grand moyen légal de défense et de protection.

Aussi pour le fixer d'une façon sûre doivent-ils élaborer des statuts convenablement étudiés et dûment sanctionnés.

« N'oubliez pas, non plus, de bien inscrire dans vos statuts les sanctions que vous désirez voir appliquées, car si vous en laissiez l'appréciation aux tribunaux, vous n'éprouveriez que des mécomptes. Ce serait toujours ridiculement trop ou trop peu ; but non atteint, ou but dépassé », dit à ce sujet Me Gatineau.

Moyens disciplinaires.

Les statuts.

Les premières années des Syndicats médicaux ont été employées à affirmer leur droit à l'existence, droit que les pouvoirs publics se refusaient à leur accorder. Une fois ce droit établi, ils ont recherché une organisation qui défiât la critique. Car, unis pour faire face aux gros bataillons des sociétés d'assurances, des grandes entreprises industrielles, des mutualités, les médecins syndiqués étaient devenus le nombre, mais la cohésion, la discipline, l'organisation, l'*esprit syndical* en un mot, diminuaient dans la même proportion. Aussi dans son premier procès-verbal de l'année 1901, le conseil de direction du *Concours médical* concluait que, si les Syndicats médicaux voulaient survivre, ils devaient abandonner au plus tôt leurs statuts sans consistance pour s'organiser à l'abri d'un pacte sérieux, précis, portant droits et devoirs bien déterminés, et sanctions sévères en cas de manquements aux engagements librement consentis.

Ces avis furent entendus de divers côtés. Le syndicat médical de l'arrondissement de Versailles s'offrit courageusement à l'expérience et le 31 octobre 1901 M. le docteur Poursain, d'Herblay, présentait à l'assemblée générale du Syndicat les statuts et les faisait précéder des judicieuses remarques que l'on va lire :

« Dans la crise que traverse le Corps médical, et devant les exigences croissantes des collectivités dont le nombre s'augmente chaque jour conformément à un grand phénomène dont l'avenir social n'est plus niable, notre devoir est de nous organiser plus étroitement encore et de neutraliser, par la force de notre propre association, l'exploitation dont nous sommes victimes en cette période de genèse d'un nouvel état économique qui tend à substituer aux débats des intérêts individuels, les luttes des intérêts collectifs.

« *La discipline syndicale, seule, peut nous restituer tout ce que nous avons perdu jusqu'ici, par notre isolement individuel en face des Compagnies d'assurances, des mutualités et des différents pouvoirs administratifs. C'est cette discipline que nous tentons de fortifier par ces nouveaux statuts ; c'est par l'accomplissement strict et fidèle de nos obligations syndicales que nous réussirons à sauvegarder nos droits et à supprimer les abus dont nous souffrons.*

« C'est en raison de ces motifs que nous avons cru devoir ajouter aux sanctions primitivement établies des pénalités plus élevées et faciliter davantage nos recherches judiciaires, en cas de manquement grave à ces engagements professionnels. *Nous avons pensé de plus élever encore par ces modifications, le niveau moral du Syndicat, et estimé que tout confrère soucieux de sa dignité professionnelle n'hésitera pas, dans des conditions, même sévères, à accepter des obligations auxquelles il sait ne devoir jamais manquer, alors que, par contre, un confrère indélicat, s'il en existait, ne se résoudra guère à prendre des engagements qui l'exposent à des poursuites graves pour ses manœuvres habituelles.*

« Dans ces conditions, nous pensons faire du syndicat médical de l'arrondissement de Versailles une véritable *élite*, qui puisse user sans hésitation, ni timidité, non seulement de sa force collective, mais encore et surtout, de son influence morale indéniable aujourd'hui comme dans l'avenir. (*Applaudissements.*)

« Voici notre projet pour une constitution nouvelle (1) ».

Des Sanctions.

La transformation du Syndicat de l'arrondissement de Versailles fait époque dans l'histoire des Syndicats médicaux. Rejetant carrément les anciens règlements par trop élastiques, ses auteurs donnaient au Syndicat une organisation nouvelle en maintenant la cohésion de ses membres et la discipline nécessaire à la réussite des desiderata de tout groupement, par l'observation stricte des statuts sous peine de sanctions diverses.

C'était remettre en vigueur et résoudre en même temps une question bien controversée,

(1) L'auteur faisait place ici aux statuts du Syndicat de Versailles ; comme nous les avons insérés *in extenso* dans notre n° 9 de 1902 et que nous en tenons un exemplaire à la disposition des confrères qu'ils pourraient intéresser, nous ne les reproduisons pas ici. N. D. L. R.

celle des sanctions dans les Syndicats médicaux.

En France, l'individualisme est poussé fort loin, «le Français aime peu la discipline,si légère soit-elle, le médecin moins que quiconque, car il a toujours peur qu'on lui demande cette liberté dont il est si fier. Et combien pourtant de ces médecins, farouches indépendants devant l'action disciplinaire d'un Syndicat, sont heureux d'offrir leurs services et leur liberté au plus égoïste des maîtres, l'Etat, ou aux grandes collectivités.

N'est-il pas triste de constater que ce sont les statuts sanctionnés qui écartent encore bon nombre de médecins de l'Association syndicale ! A ceux-là, nous pourrions répéter ce que disait le Dr Poursain : « Tout confrère soucieux de sa dignité professionnelle n'hésitera pas, *dans des conditions même sévères*, à accepter des obligations auxquelles il sait ne devoir jamais manquer alors que, par contre, *un confrère indélicat, s'il en existait, ne se résoudra guère à prendre des engagements qui l'exposent à des poursuites graves pour ses manœuvres habituelles.* »

Longtemps, l'enthousiasme, la foi, la loyauté des syndiqués, furent des liens suffisants. Mais la difficulté des temps, l'encombrement, l'assaut violent ou adroit des adversaires groupés, ont provoqué depuis quelques années tant de compromissions ou de capitulations individuelles, et porté de si graves atteintes aux beaux sentiments qui unissent les médecins, que la cohésion, nécessaire dans l'avenir, doit être assurée par des garanties plus précises.

En effet, un syndicat sans obligation est voué à sa perte ; ses statuts sont lettre morte. On y pourrait voir entrer des membres se proposant d'y prendre tout ce qu'il leur plaît et d'y laisser tout ce qui les gêne. D'autres suivraient les opérations du Syndicat par la simple lecture du procès-verbal ; ils profiteraient ainsi de ce que le confrère plus consciencieux s'est rendu à la séance, pour lui voler ses clients tombés malades en son absence.

Les médecins consciencieux ne sont-ils pas eux-mêmes les premiers à demander aide et protection ?

« Tant que vos statuts, disaient-ils au bureau du Syndicat de Versailles avant sa transformation, seront aussi élastiques, aussi peu pourvus de sanctions, je ne serai pas des vôtres, quoique j'approuve votre campagne. Et pourquoi ? Parce que je ne veux pas, moi, scrupuleux observateur de la parole donnée, de l'engagement librement consenti, me trouver lié vis-à-vis de concurrents qui pourraient, *sans risques notables*, s'affranchir des obligations contractées à mon égard,et me frapper dans le dos sans que ma conscience me permette de leur répondre. Donnez-moi la sécurité, ou bien je reste chez moi. Je ne veux pas être exposé à des trahisons impunies.

De ces trahisons naît un sentiment de malaise, de défiance, incompatible avec l'action syndicale. « Allez donc marcher de l'avant,vous bu- « reau, vous syndiqué modèle, s'écrie le Dr « Maurat, quand vous avez les meilleures raisons « de croire non seulement qu'on ne vous suivra « pas, mais, ce qui pis est, qu'on vous tirera dans « le dos » (1).

Les sanctions, indispensables au succès du syndicat, suppriment-elles l'indépendance du syndiqué, attentent-elles à sa liberté ? Enlèvent-elles, comme on l'a dit encore, tout son prestige au corps médical ? Voici à ce sujet la verte réponse du Dr Bretenoux, de Cadillac : « Ou nous « n'avons jamais compris ce qu'étaient la liberté « et l'indépendance, ou nous pouvons affirmer « que cette objection n'est qu'un grossier so- « phisme. Est-ce donc aliéner sa liberté que de « s'engager librement à respecter la liberté de « chaque confrère et à faire respecter la sienne ? « L'indépendance peut-elle aller jusqu'à l'oubli « des règles de la déontologie !

« N'est-ce plus être libre que d'obéir à des sta- « tuts qui nous défendent d'avilir une profession. « On ne serait plus libre parce qu'on aurait juré « d'être honnête ! Les Syndicats protègent la « liberté, ils proscrivent la licence, ils comman- « dent l'indépendance, mais ils rejettent le ca- « price »(1).

Si l'on veut qu'association protège, il est indispensable qu'association oblige. La sanction seule est la sauvegarde du pacte syndical,et le jugement de Bourgoin est la consécration officielle de la légitimité des statuts sanctionnés. La meilleure preuve de cette nécessité des sanctions dans les Syndicats nous est donnée par le nombre des échos qui répondirent à l'appel du Syndicat de Versailles, d'une part, et, d'autre part, par les bons résultats obtenus grâce à cette discipline.

En effet, entraînés par l'exemple, des syndicats nouveaux se fondèrent, d'autres modifièrent leurs statuts, à l'instar de l'initiateur du mouvement et l'on vit dans une poussée nouvelle sortir les Syndicats militants de Noyon, Saumur, Château-Thierry, du Jura, des Deux-Sèvres, de la Creuse, de la Vendée, de Lorient, etc., etc. On vit éclore les premières fédérations régionales : Fédérations du Nord et du Pas-de-Calais, Fédération du Sud-Est, et, plus récemment, l'Association amicale des médecins de la Banlieue Ouest de Paris.

Dès l'année suivant sa formation, en 1902, le Syndicat de l'arrondissement de Versailles amenait les S. S. M. à traiter et organisait le fonctionnement d'une commission mixte d'arbitrage pour établir les bases d'une entente pour le règlement du conflit médico-mutualiste.

Le Syndicat de Versailles a fait école ; c'est grâce à cette discipline syndicale dont il a été l'initiateur que les Syndicats médicaux sont devenus un groupe compact de volontés agissantes, écoutées et respectées, et ont acquis l'autorité suffisante pour remplir dans la Société de l'avenir le rôle social auquel la profession de leurs membres les destine, devenant ainsi les dignes et puissants collaborateurs des pouvoirs publics.

Jusqu'à ce jour, le syndicat médical de Versailles était le modèle le plus parfait des syndicats médicaux. Ses statuts étaient demandés par tous les groupes de médecins qui désiraient fonder un syndicat. C'étaient ces statuts qui servaient de substratum aux règles des jeunes syndicats qui éprouvaient le besoin de se rajeunir.

Pour son grand honneur, de l'école syndicale versaillaise est sorti un nouveau syndicat plus perfectionné qui a fait un étage de plus vers le syndicat idéal, vers la démocratisation des syndicats médicaux.

C'est le nouveau syndicat médical de Saint-Mandé qui a fait ce pas en avant, c'est lui qui sera dorénavant, nous l'espérons, le modèle de tous les syndicats.

Il se distingue des autres syndicats par deux caractères nouveaux très spéciaux :

1° Il n'a pas de président ;

2° *La cotisation de ses membres est de vingt-sept francs* (27 *fr.*), *art.* 10 *des statuts* :

(1) Dr Maurat. — *Concours Médical*, 10 mars 1907.

(1) Dr Bretenoux. — *Concours Médical*, 24 novembre 1883.

Cinq francs pour les besoins locaux du syndicat ;

Vingt francs pour l'affiliation obligatoire de chacun de ses membres au « Sou médical » ;

Deux francs pour l'affiliation du Syndicat à l'Union des syndicats médicaux de France.

Nous croyons utile de donner un compte rendu sommaire de la discussion qui a précédé le vote de ces statuts.

En juillet 1907, sur 14 médecins exerçant à Saint-Mandé, douze confrères s'étaient réunis dans une salle de la mairie. M. le Dr Mousson-Lanauze donnait lecture d'un projet de statuts inspiré par les statuts du syndicat médical de Versailles.

On arrive à l'article 10 : cotisations-amendes. Un confrère propose de fixer, comme dans la plupart des syndicats de province, la cotisation à cinq francs.

Un autre confrère prend la parole. Il fait remarquer que cette somme est à la rigueur suffisante pour les frais d'administration d'un petit syndicat. Mais il fait remarquer qu'avec une pareille somme, il sera impossible de créer des ressources et qu'à la moindre petite affaire, nous serons incapables de venir en aide à un des co-syndiqués injustement attaqués.

Dans ces conditions le nouveau syndicat serait voué à l'impuissance et par suite condamné à la mort ou à traîner péniblement une chétive existence.

Il fait encore observer que les ouvriers syndiqués versent en moyenne 40 fr. par an à leur syndicat pour la défense de leurs intérêts, que les mutualistes eux-mêmes versent 2 fr. par mois, 24 francs par an pour former ces syndicats de malades qui oppriment les médecins ; que chaque médecin paye au minimum 30 fr. pour s'assurer contre l'incendie et que cependant il a moins de chances d'être incendié que d'être lésé dans le cours de sa carrière par les administrations, les Cies d'assurances, les mutualités et les gros usiniers.

Un Syndicat médical, pour atteindre le but qu'il se propose, doit donc, dès le début, posséder pour se défendre, « le nerf de la guerre » c'est-à-dire une caisse solide. Or, cette caisse existe, elle a déjà fait ses preuves. Elle est allée jusqu'en cassation pour obtenir le recouvrement d'une note de 200 francs qu'un mauvais jugement d'appel refusait à un médecin ; elle a dépensé plusieurs billets de mille francs pour faire casser un arrêté préfectoral qui privait illégalement un médecin du droit de faire partie du service de l'Assistance médicale gratuite ; en ce moment elle conduit jusque devant le tribunal des conflits un maire qui a pris une décision injuste envers un médecin affilié au « Sou médical ».

Convaincu par ces arguments, l'Assemblée décida à l'unanimité qu'à la cotisation de 5 fr. pour les besoins locaux du syndicat, on ajouterait la somme de vingt francs pour permettre au secrétaire *d'affilier d'office* chaque membre du syndicat au « Sou médical ».

Un autre confrère fit remarquer que si nous nous trouvions en possession d'une caisse assez puissante pour résister victorieusement à d'injustes attaques, nous ne devions pas oublier que d'autres syndicats en grand nombre s'imposent une taxe de 2 fr. par membre pour affilier leurs membres à l'Union des syndicats médicaux de France, ce qui permet à l'Union de vivre et d'agir dans l'intérêt de tous les syndicats et de tous les médecins.

Si donc, dit-il, nous et notre syndicat, nous bénéficions des avantages qu'obtient pour le corps médical l'Union des syndicats médicaux, ce serait vouloir vivre en parasite du corps médical que de ne pas participer aux frais de l'Union dans l'intérêt de tous les médecins ; il nous faut donc encore ajouter aux deux précédentes cotisations une cotisation de 2 fr.

Ce qui fut également accepté à l'unanimité. Ainsi fut créée la cotisation de vingt-sept francs.

La discussion suit son cours et on arrive à l'article 16 : Administration, bureau et Conseil.

On propose, comme pour tous les bureaux de syndicats ou de sociétés médicales un président, naturellement.

Mais un confrère observe que celui qui serait désigné comme président pourrait aux yeux de la clientèle passer pour un médecin supérieur aux autres ; que ces fonctions de président pourraient peut-être, dans l'avenir, flatter la vanité possible de plusieurs confrères, et que ce titre pourrait devenir ainsi « une pomme de discorde ».

On s'aperçoit alors que les syndicats ouvriers qui font preuve d'une si puissante vitalité, se sont avec soin débarrassés de ce poids mort qu'est le président. Chez eux, en effet, à chaque réunion on choisit à tour de rôle un des membres présents qui pour une seule séance dirige les débats, et la prospérité du syndicat est loin de souffrir de ce mode d'administration.

Les médecins de Saint-Mandé décident donc qu'il en serait ainsi dans leur syndicat, que le titre et les fonctions de président seraient supprimés (art. 20), que chaque fois que le syndicat devrait se faire représenter, il déléguerait celui de ses membres qui lui paraîtrait le mieux désigné pour remplir la mission jugée nécessaire.

Le bureau devait donc comprendre seulement:
Un secrétaire,
Un archiviste,
Un trésorier.

Mais on fit encore remarquer que, dans l'intérêt du syndicat, il fallait faire passer par l'administration le plus grand nombre possible des membres du syndicat, ce qui permettrait à tous de juger des difficultés de l'Administration, qu'il était également prudent de ne pas laisser les mêmes personnalités s'éterniser dans le bureau pour que le syndicat ne paraisse pas être une petite chapelle ou le syndicat de quelques-uns.

On décida donc que les membres du bureau ne pourraient jamais conserver leurs fonctions pendant plus de deux années consécutives, et qu'ils seraient remplacés par d'autres confrères.

Cette manière de procéder présentait tous les avantages et supprimait tous les dangers que nous venons de signaler.

Mais elle présentait un grave inconvénient ; c'est que tous les deux ans, le bureau, suivant les hasards d'un vote, pourrait être composé de confrères n'étant point du tout au courant des affaires. Pour éviter ce danger, il fut décidé que chaque membre du bureau serait doublé d'un adjoint, et que tous les deux ans les adjoints prendraient statutairement les postes des titulaires qu'ils avaient secondés pendant qu'ils étaient en fonctions. De sorte que tous les deux ans l'assemblée générale nomme non pas le secrétaire, l'archiviste, et le trésorier, mais seulement le secrétaire-adjoint, l'archiviste-adjoint et le trésorier adjoint, les anciens adjoints passant de droit titulaires.

Ainsi fut constitué le syndicat médical de Saint-Mandé. Il est important de noter que ce syndicat n'est pas seulement en projet, mais qu'il est définitivement constitué, que toutes les cotisations de vingt-sept francs ont été payées au trésorier du syndicat, que le trésorier, à son tour,

a versé au « Sou médical » et à l'Union des Syndicats médicaux de France les cotisations prévues par les règlements.

(*A suivre.*)

MÉDECINE SOCIALE

L'assurance-maladie, vieillesse, accidents en Allemagne.

L'étude très complète que nous publions ci-dessous a été faite par notre dévoué collaborateur M. le Dr G. FISCHER *pour répondre au désir de M. le Dr Merleau (de Landivy) et de notre assemblée générale de* 1907. *Nul doute qu'elle offre un grand intérêt à ceux de nos lecteurs qui voudront en rapprocher l'organisation de nos S. S. M. et notre législation accidents du travail.*

S'il n'existe en France qu'une seule assurance, l'assurance-accidents, essentiellement régie par la loi de 1898 sur les accidents du travail, en Allemagne fonctionnent, depuis l'année 1883, trois assurances : contre les accidents, contre la maladie, contre la vieillesse.

L'assurance-maladie et l'assurance-vieillesse, qui présentent un certain nombre d'affinités entre elles, avaient été à nouveau réglementées par la loi du 22 juin 1889 ; mais depuis le 1er janvier 1900, une nouvelle loi est entrée en vigueur, celle du 13 juillet 1899.

Un point très intéressant de cette assurance maladie consiste dans ses rapports avec l'assurance-accidents. En effet, pendant les 13 premières semaines qui suivent un accident, ce n'est pas la mutualité patronale d'assurance contre les accidents, mais bien la caisse de maladie qui a la charge du blessé. Or, cette caisse-maladie est surtout une mutualité ouvrière ; ses cotisations se composent, en effet, pour les 2/3 d'un prélèvement fait sur le salaire de l'ouvrier, et pour 1/3 d'une subvention patronale. C'est donc, pour la plus grande partie, aux frais des ouvriers que vont être soignés pendant les 13 premières semaines les accidentés du travail. Mais, comme il est prouvé que 75 pour 100 des accidentés du travail se trouvent déjà guéris au bout de ces 13 premières semaines, on voit que les ouvriers eux-mêmes, par l'intermédiaire de leurs caisses-maladie, ont pour la plus grande partie les charges d'un très grand nombre d'accidents du travail, et notamment, des accidents légers. Par la surveillance qu'ils exercent entre eux pour éviter une dilapidation trop grande de leurs deniers versés à la caisse-maladie, les ouvriers s'empêchent mutuellement de commettre des abus (traitement et chômage prolongé, etc.), en fait d'accidents du travail. Ce rôle que l'on fait jouer à l'assurance-maladie dans l'assurance-accidents est donc de première importance ; il pare à bien des vices de fonctionnement inhérents à cette dernière assurance. Cette raison seule justifierait tout l'intérêt de cette étude.

De plus, l'assurance-maladie évite bien souvent la misère à l'ouvrier accidenté, car ses caisses ont moralement l'obligation de secourir jusqu'à la 26e semaine, (comme le vrai malade) le blessé qui est encore en traitement, ou qui n'a pas encore obtenu la liquidation de sa rente. En cas de litige, en effet, les expertises médicales se multiplient ; naturellement, l'assurance suspend le paiement de ses indemnités ; le règlement de la rente se fait attendre, et, quand l'assurance-accidents seule existe, le pauvre blessé souvent meurt de faim.

***

Nous allons étudier en détails l'organisation et le fonctionnement des assurances maladie et vieillesse, tels qu'ils sont réglés en Allemagne par la loi du 13 juillet 1899 sur l'assurance des invalides.

Avant tout, et pour fixer les idées, disons que les ressources de cette assurance sont fournies par : 1° les cotisations des assurés ; 2° les contributions des patrons ; 3° les droits d'entrée ; 4° les intérêts des sommes placées ; 5° les amendes pour infractions statutaires.

Cette assurance, d'une façon générale, garantit l'ouvrier contre les risques de maladie, et d'incapacité résultant de maladie — « la maladie comprenant toute altération de la santé ou plutôt un état anormal qui nécessite des soins médicaux, des secours pharmaceutiques, ou tout autre remède ». — l'incapacité de travail étant établie comme il sera dit plus loin.

Les assurés peuvent recevoir des Caisses d'assurance :

1° Des secours pécuniaires ;
2° Des soins médicaux ;
3° Des soins pharmaceutiques ;
4° Le traitement et l'entretien dans des hôpitaux privés ou publics ;
5° Des secours pendant la convalescence ;
6° Des secours aux femmes pendant la grossesse et les suites de couches ;
7° Une indemnité funéraire.

***

ORGANISATION DE L'ASSURANCE-MALADIE

Aux termes de la loi *doivent* être assurés, une fois leur seizième année accomplie :

1° Les personnes qui sont employées, en qualité de travailleurs, aides, ouvriers, apprentis ou domestiques, moyennant gages et salaires.

2° Les employés d'industrie, les contremaîtres, et les techniciens, les aides et les apprentis du commerce (non compris les aides et les apprentis employés dans les pharmacies), les autres fonctionnaires chez qui le fait de servir constitue la profession principale, tels les instituteurs et les précepteurs, à la condition, toutefois, qu'ils reçoivent des gages ou un salaire, et que leurs appointements annuels réguliers ne dépassent pas 2000 marks ;

3° Les personnes employées contre gages ou salaire par la navigation allemande en mer et à l'intérieur, les bateliers, à condition que leurs appointements annuels réguliers ne dépassent pas 2000 marks (*art.* 1) (1).

***

Les fonctionnaires de l'empire, des Etats confédérés (tels que clercs d'avoués, de notaire, employés des postes, télégraphes, etc), des organisations communales, de même que les instituteurs et les précepteurs des écoles et des établissements publics ne sont pas obligés à l'assurance tant qu'ils sont occupés à s'instruire en vue de leur profession future, ou bien si une pension leur est garantie qui soit égale au minimum de la rente-invalidité d'après les charges de la première classe des salaires.

Les fonctionnaires des caisses d'assurances, ou de certaines organisations connexes de ces caisses ne sont pas tenus à l'assurance, si une pension leur est garantie, dans les conditions énumérées au précédent paragraphe.

Il en est de même pour les personnes qui donnent des leçons contre dédommagement, à con-

(1) Les articles indiqués entre parenthèses au cours de ce travail, sont ceux de la loi allemande du 13 juillet 1899.

dition qu'elles le fassent pendant les études qu'elles poursuivent pour l'exercice de leur profession future, pour les personnes de l'état militaire employées comme travailleurs pendant leur service, pour les personnes enfin auxquelles est concédée une rente d'invalidité d'après les lois de l'Empire.

Enfin, ne sont pas soumises au devoir de s'assurer les personnes dont la capacité de travail est réduite d'une façon permanente à moins d'un tiers, par suite de l'âge, de la maladie, ou d'autres accidents. En d'autres termes cette disposition s'applique à celles qui ne sont plus capables, par une activité répondant à leurs forces et à leurs capacités mais ne correspondant plus à leur état professionnel antérieur, de gagner un tiers de ce que peuvent gagner physiquement et intellectuellement dans la même région des personnes saines, appartenant à la même classe et possédant la même instruction (*art.* 5).

***

Sont en outre soumises à ces dispositions toutes les personnes, sans distinction de nationalité, occupées sur le territoire allemand dans les conditions précédemment énumérées — contrat de travail — travail rétribué — si leur travail n'est pas limité à une durée de moins d'une semaine.

***

L'assurance maladie a pour but la concession de rentes dans les cas d'incapacité de travail ou de vieillesse.

Tout assuré, dont la capacité de travail se trouve réduite d'une manière durable à moins d'un tiers de sa valeur antérieure, reçoit une rente-invalidité, quel que soit son âge. Une incapacité de travail due à un accident ne donne droit à une rente-invalidité que si cette rente-invalidité se trouve être supérieure à la rente-accident, ou mieux à la rente qui lui serait allouée par la loi sur les accidents du travail.

Tout assuré qui a dépassé la 70e année reçoit une rente de vieillesse, même s'il n'existe pas chez lui d'incapacité de travail (*art.* 15).

***

Reçoit une rente-maladie *jusqu'à son rétablissement complet* l'assuré, *même* temporairement incapable de travailler, qui est demeuré invalide pendant un espace de temps non interrompu de 26 semaines. Cette rente (ou mieux ce secours) est dûe à partir du 3e jour qui suit le début de la maladie ; il est égal à la moitié du salaire quotidien moyen des ouvriers faisant partie de la caisse, ou des manouvriers de la commune, s'il s'agit d'une assurance communale.

Les femmes enceintes ou les accouchées (pendant 4 à 5 semaines), reçoivent un secours égal au demi-salaire, soit en moyenne 47 francs par accouchée (*art.* 16).

***

Si l'assuré a provoqué volontairement son incapacité de travail, il n'a pas droit à la rente-maladie. Le droit à la rente peut être suspendu en totalité ou en partie, si l'incapacité de travail est due à un délit, établi par le jugement d'un tribunal. Lorsqu'il y a invalidité volontaire la rente peut être accordée en totalité ou en partie à la famille de l'assuré, si celle-ci habite le pays, et si l'assuré employait jusqu'alors son salaire pour subvenir aux besoins de celle-ci (*art.* 17).

***

Quand une maladie de l'assuré peut déterminer une incapacité de travail qui lui donnerait droit à une rente-invalidité (ou à une rente-maladie, ce qui est la même chose) d'après les dispositions légales la caisse d'assurance est tenue de lui procurer, dans les limites jugées suffisantes, une médication susceptible d'éviter le dommage.

Les soins médicaux sont gratuits pour l'assuré. En principe, ils ne peuvent être donnés que par des médecins « autorisés », dont l'aptitude professionnelle a été reconnue ; en pratique la caisse peut faire appel, dans certains cas, à des praticiens non autorisés. La loi de 1892 autorise la caisse à désigner des médecins attitrés, auxquels doivent s'adresser tous les assurés ; elle peut refuser le paiement des soins médicaux donnés par un médecin, sauf le cas d'urgence ; s'il n'est pas parlé du libre choix médical dans les statuts, les assurés peuvent s'adresser au médecin de leur choix. (Cette obligation pour les assurés de s'adresser à des médecins désignés a pour corollaire la liberté d'appeler le praticien devant le comité).

Les médicaments, lunettes, et objets analogues sont délivrés gratuitement aux assurés dans les conditions spécifiées ci-dessus par les médecins.

En cas de traitement à l'hôpital, le logement, la nourriture, les vêtements, les soins médicaux et pharmaceutiques sont gratuits.

La caisse d'assurance peut, en effet, assurer cette médication, en faisant soigner l'intéressé, soit dans un hôpital, soit dans une maison de convalescence. Si le malade est marié ou s'il vit dans sa famille, s'il possède une habitation particulière, il faut lui demander son assentiment.

Quand la Caisse d'assurances procure cette médication, et quand l'assuré appartient aussi à une caisse de secours de l'Empire ou d'une Province, les obligations de la caisse de secours se confondent avec celles de la Caisse d'assurance depuis le commencement jusqu'à la fin du traitement. La Caisse de secours doit dédommager cette dernière au taux de l'indemnité journalière de maladie qu'elle accorde à l'assuré.

Pendant le traitement un secours doit être payé aux parents de l'assuré, que celui-ci entretenait à l'aide de son salaire d'ouvrier, si l'assuré n'appartient pas à la caisse de secours de l'Empire ou de la Province. Ce secours des parents comprend, en admettant que l'intéressé ait appartenu à la caisse-maladie de l'Empire ou d'une Province jusqu'à l'intervention de la caisse d'assurances, la moitié de l'indemnité de maladie qui lui aurait été allouée pendant la durée légale des secours de maladie ; sinon elle est d'un quart du salaire quotidien alloué aux ouvriers journaliers de la localité dans laquelle il travaillait ou bien dans laquelle il habitait en dernier lieu. (*art.* 18).

***

La Caisse d'assurances, qui fait donner un traitement, est autorisée à imputer les frais de médication à la Caisse de secours à laquelle le malade appartient ou appartenait en dernier lieu, et cela dans les limites que la Caisse d'assurances juge convenables. Si toutefois les dépenses occasionnées à la Caisse dépassent les prévisions, accordées par ses règlements ou ses statuts aux frais de traitement, la Caisse d'assurances doit supporter l'excédent de ces dépenses. Si la Caisse de secours n'était plus tenue au devoir du traitement, la Caisse d'assurances lui rembourse pour les frais prévus à l'article 6 de la loi sur les assurances maladie la moitié de l'indemnité maladie, et, en cas de séjour à l'hôpital ou dans une maison de convalescence, une fois et demie, cette indemnité

maladie, à moins que de plus grandes dépenses ne surviennent (*art.* 19).

***

Si la maladie pour laquelle le traitement a été institué se rapporte à un *accident*, qui doit être indemnisé d'après les lois impériales sur l'assurance-accidents, et si le traitement a empêché l'apparition de l'incapacité de travail, si elle a déchargé l'assurance-accidents de ses devoirs envers l'assuré en lui évitant de payer en totalité ou en partie l'indemnisation, c'est à cette assurance-accidents que la Caisse d'assurance a le droit de demander le remboursement des frais de traitement, dans les conditions prévues plus haut. Celui-ci ne peut toutefois pas être exigé avant le commencement de la 14e semaine à dater de l'accident (*art.* 21).

***

Si la maladie entraîne une incapacité de travail, l'assuré peut être privé totalement ou partiellement de la rente-invalidité, quand sans raisons légales ou suffisantes, il n'a pas voulu se soumettre aux dispositions précédemment énumérées (art. 18 et 19), et quand il est démontré que l'incapacité de travail est due à cette façon de procéder de sa part (*art.* 22).

***

Certaines personnes, sujettes à l'ivrognerie habituelle, peuvent se voir interdire par les autorités compétentes l'absorption de boissons spiritueuses dans les débits publics ; à celles-là est servie une rente en nature dans les communes pour lesquelles cette interdiction a été prononcée (*art.* 24).

***

Tout assuré porteur d'un titre de rente-invalidité, peut, après décision du Conseil d'administration de la Caisse d'assurance, faire abandon de sa rente pour être admis, en échange, dans une maison de retraite. Cette disposition peut être temporaire.

Il est permis aux Caisses d'assurance d'instituer elles-mêmes des maisons de retraites. Des asiles spéciaux devront être réservés aux tuberculeux, qui ont besoin de soins plus compliqués, et qui peuvent devenir une cause de contamination des autres invalides (*art.* 25).

***

Pour l'obtention d'une rente-invalidité ou vieillesse, il est nécessaire :

1° De faire constater l'incapacité de travail, ou l'âge prévu par la loi ;

2° D'avoir attendu un certain temps ;

3° D'avoir versé certaines quote-parts. (*art.* 28).

***

Le temps d'attente est soumis aux règles suivantes :

Pour la rente-invalidité, au moins 100 quote-parts d'assurances, 100 quote-parts hebdomadaires, quelquefois cinq cents quote-parts hebdomadaires.

Les quote-parts versées pour l'assurance volontaire ne peuvent compter pour une rente-invalidité que si un minimum de 100 quote-parts a été versé, quote-parts calculées soit pour l'assurance obligatoire, soit pour le droit à l'assurance volontaire (*art.* 29).

***

Versement des quote-parts.

Pour chaque semaine passée dans un métier d'ouvrier ou de serviteur entraînant le devoir de s'assurer, doit être payée une quote-part d'assurance (quote-part hebdomadaire). La quote-part hebdomadaire commence le lundi de chaque semaine du calendrier.

On compte comme quote-parts hebdomadaires, sans qu'il soit nécessaire de verser de quote-parts, les semaines entières pendant lesquelles les assurés :

1° Remplissent leurs devoirs militaires en paix et en guerre ;

2° Deviennent temporairement incapables de travailler par suite d'une maladie.

Toutefois ces considérations ne s'appliquent qu'aux personnes qui étaient assurées, non d'une façon temporaire avant l'apparition des circonstances susmentionnées.

La durée de la maladie n'entraîne pas ce bénéfice de quote-parts, si l'assuré s'est rendu volontairement malade, ou s'il a contracté sa maladie pendant qu'il commettait un délit établi par un jugement du tribunal, ou encore s'il l'a contractée, soit au cours de rixes criminelles, soit par l'ivrognerie.

Quand la maladie dure d'une manière ininterrompue pendant plus d'un an, ce bénéfice de quote-parts cesse.

La convalescence d'une maladie est comptée comme temps de maladie ; il en est de même pour les six semaines qui suivent un accouchement normal (*article* 30).

***

Les articles 26 à 30 de la loi du 13 juillet 1899 traitent en somme des *ressources de ces caisses d'assurance-maladie.* Ces ressources, pour les caisses locales, industrielles, professionnelles, etc. (1), se composent (en outre des amendes pour infractions statutaires, des intérêts des sommes placées) de droits d'entrée ; ceux-ci sont facultatifs, en ce sens que les caisses sont libres de les exiger de leurs assurés ; toutefois, quand leurs besoins budgétaires nécessitent le paiement de ces droits d'entrée, ceux-ci ne peuvent au maximum excéder six semaines de quote-parts.

Enfin, et surtout, les ressources de ces caisses-maladie comprennent les quote-parts ouvrières (dont il a déjà été question plus haut) et des quote-parts patronales.

Ainsi qu'on l'a vu, la loi ne fixe pas leur quotité, celle-ci dépend des besoins de chacune des caisses : le total des cotisations, tant ouvrières que patronales, doit pouvoir couvrir, avec les autres recettes, toutes les dépenses statutaires. La loi spécifie seulement que les quote-parts doivent être imputées pour les 2/3 aux ouvriers, pour 1/3 aux patrons.

Cependant la loi de 1892 a déterminé un maximum légal pour ces quote-parts. « Quand les caisses se fondent, dit-elle, son taux ne doit pas dépasser 3 % du salaire pour les ouvriers ; au total 4.50 % avec la contribution patronale ». De plus, elle prévoit que s'il est nécessaire, plus tard, pour faire face à l'allocation du minimum légal de secours, d'augmenter le taux de la quote-part, le maximum sera de 4 % pour les ouvriers, de 2 % pour les patrons.

La quote part moyenne versée par chaque assuré est de 15 fr. 25.

Pour l'assurance communale (2), au contraire de ce qui se passe pour les caisses, la loi a fixé d'une manière normale le taux de la quote-part à 1.50 % du salaire quotidien moyen des manouvriers de la commune, avec maximum de 3.

(1) Voir plus loin les détails concernant l'organisation de ces caisses.

(2) Voir plus loin la signification de ce terme.

mois après autorisations de l'autorité supérieure. Cette quote-part est toujours versée à raison de 2/3 pour l'ouvrier, et de 1/3 par le patron.

***

Pour certifier la maladie, il suffit de l'attestation du comité de surveillance de la Caisse-maladie ; il suffit aussi de celle d'une caisse de secours, légalement organisée, à laquelle a appartenu l'intéressé, mais pour le temps seulement qui excède celui pendant lequel la caisse intervient pour indemniser.

Pour les assurés n'appartenant pas à ces caisses de secours, il faut l'attestation des autorités de la commune. (*art.* 31).

***

La rente-invalidité commence le jour où apparaît l'incapacité de travailler. A défaut d'autres attestations, ce jour est celui où une proposition pour une rente a été déposée en faveur de l'assuré.

Quand on a attendu plus d'une année avant de déposer cette proposition, la rente n'est pas accordée. (*art.* 41).

***

Si un assuré est atteint d'incapacité permanente à la suite d'un accident, et si, d'après l'art. 15, il n'a pas droit à la rente-invalidité, on peut lui donner, sur sa demande, la moitié des quote-parts versées pour lui (*art.* 43).

***

Les droits que confère le devoir de s'assurer, prennent fin quand, pendant deux ans à partir du jour où l'assuré a cessé son travail (jour porté sur sa carte de quittance), celui-ci n'a pas versé au moins un total de 20 quote-parts hebdomadaires.

Sont comptées comme quote-parts hebdomadaires versées :

1° Les semaines passées dans les conditions prévues à l'article 30.

2° Les semaines pendant lesquelles l'intéressé a touché une rente-accidents pour une diminution de capacité de travail d'au moins 20 0/0, à condition que pendant ce temps il ne se soit pas employé à une profession légalement soumise au devoir d'assurance.

Ces droits reprennent dès que le sujet reprend une profession soumise au devoir d'assurance, et que 200 quote-parts hebdomadaires ont été versées. (*art.* 46).

***

Suppression de la rente-invalidité.

Elle est supprimée dès qu'il se produit chez l'intéressé un changement qui ne permet plus de le considérer comme incapable de travailler (*art.* 15 et 16).

Quand il y a lieu de supposer que le titulaire d'une rente-invalidité pourra, grâce à un traitement, recouvrer sa capacité de travail, il est permis à la Caisse d'assurance de recourir à ce traitement. Dans ces conditions les dispositions des art. 18, 19, 20, 21 deviennent applicables, sous la réserve que la rente-invalidité peut tenir lieu d'indemnité de secours. Si le titulaire de la rente se soustrait à ce traitement sans raisons valables et légales, la rente peut lui être retirée en totalité ou en partie, s'il est bien établi que ce traitement lui aurait rendu sa capacité de travail (*article* 47).

***

FONCTIONNEMENT DE L'ASSURANCE-MALADIE

L'assurance-maladie fonctionne, avec le concours des autorités administratives du pays, et de l'administration de la poste, au moyen des Caisses d'assurance et de leurs organes, des tribunaux d'arbitres, de l'Office impérial d'assurances, et des Offices Provinciaux d'assurances.

A. *Concours des autorités administratives du pays.*

En outre des obligations édictées plus haut, les autorités administratives subalternes sont essentiellement tenues aux devoirs qui suivent ; elles doivent :

1° Recevoir et préparer les rapports pour l'attribution de rentes-invalidité, ou de rentes-vieillesse, pour la restitution des cotisations, comme pour les études qui concernent l'attribution des rentes ;

2° Donner un avis pour la suppression des rentes (*art.* 47) ;

3° Donner un avis pour l'attribution des rentes ;

4° Fournir des renseignements aux Caisses d'assurance dans certains cas, où les assurés pourraient, grâce à un traitement, éviter l'incapacité de travail (art. 18), où les titulaires de rentes pourraient grâce à un traitement recouvrer leur capacité de travail (art. 47), où il serait nécessaire soit d'accorder, soit de supprimer une rente.

5° Donner des informations sur tous les événements intéressant l'assurance-invalidité (1) (*art.* 57).

***

Pour les rapports et les études visés à l'article 57, il y a lieu de ne négliger aucune sorte d'information capable de renseigner d'une manière définitive le conseil d'administration des caisses d'assurance sur les droits à l'assurance, sur la capacité de travail des postulants ou des rentiers.

Si un postulant ne fournit pas des certificats médicaux assez complets, assez probants pour la demande de rente-invalidité, il appartient aux autorités administratives d'ordonner une expertise médicale sur la santé du postulant, et sur son degré d'incapacité de travail.

A moins que la Caisse d'assurance n'ait fait des conventions spéciales avec les médecins de son ressort, les honoraires pour témoignages médicaux et pour expertises médicales sont réglés conformément à l'ordonnance sur les frais pour rapports et expertises juridiques. Loi du 9 mars 1892 ; ordonnance du 17 septembre 1876 ; loi du 24 mars 1873, et loi du 21 juin 1897 ; (appliquées au médecin par décret du 10 mai 1901).

Savoir ;

Pour une assignation..............	6 marks
Si l'assignation dure plus de 3 heures, par heure supplémentaire ..	1 mark 50
Pour tout autre rapport concernant l'état physique ou mental, non compris dans une assign. antér..	6 à 24 mks.

(La somme allouée varie entre 6 et 24 m. suivant les expertises spéciales, bactériologiques, chimiques, etc., nécessitées pour le rapport).

Pour un examen général, (sans expertises spéciales) relaté dans un certificat......................	3 marks

Les frais de déplacement sont également tarifés (*article* 58).

B. CAISSES D'ASSURANCE.

Sur l'ordre du gouvernement, les caisses d'assurance sont instituées pour une ou plusieurs com-

(1) Les termes « assurance-invalidité » et « assurance-maladie » sont synonymes.

munes, ou bien encore pour tout ou partie d'un Etat confédéré.

Ce sont en somme des groupements locaux et corporatifs, administrés par les intéressés, patrons et ouvriers.

Ces caisses d'assurance,ou caisses de maladie, doivent, dans le ressort de circonscriptions locales, ne comprendre, s'il y a possibilité, que les ouvriers d'une même branche d'industrie, ou bien les employés d'une même entreprise particulière, telle une fabrique.

Dans cet ordre d'idées on distingue :

1° Les *caisses locales,* qui sont les plus importantes ; elles sont instituées, par commune ou par arrondissement. Formées, si la chose est possible,par branche d'industrie,elles se composent:

a) des caisses de fabriques pour les ouvriers d'une même entreprise ;

b) des caisses d'entreprise de constructions, pour les travaux à personnel variable, et n'existant que pour la durée des chantiers ;

c) des caisses de corporation, pour les membres de cette corporation ;

d) des caisses de secours inscrites, assez analogues aux caisses de secours mutuels.

2° L'*assurance communale,* qui n'est pas à proprement parler une caisse de maladie ; les communes sont tenues de fournir des soins et des secours aux personnes, qui, soumises au devoir de s'assurer, ne peuvent être rattachées à aucune des caisses déjà nommées (*article* 65).

***

La caisse d'assurance est dirigée par un conseil d'administration, à moins que ses intérêts ne soient conférés, par la loi ou par ses statuts,à d'autres organisations (*article* 73).

***

Ce conseil d'administration a les caractères d'un tribunal public. Les affaires de la caisse d'assurance sont gérées par un ou plusieurs employés de la commune ou de l'Etat confédéré, pour lesquels elle a été instituée (*article* 74).

***

Pour chaque caisse d'assurance est formé un comité, composé d'au moins cinq délégués des patrons et cinq délégués des assurés, qui sont désignés à l'élection par les patrons et les assurés. Ce comité est adjoint aux autorités administratives subalternes, ainsi qu'aux assesseurs de « stations de rente » (*article* 76).

***

Pour les travaux, déterminés par les articles 57 et 58, qui sont imposés aux autorités administratives subalternes, le Conseil d'administration de la caisse d'assurance peut instituer des « *stations de rente* » pour tout ou partie du territoire affecté à chaque caisse d'assurance.

La « Station de rente » est l'organe de la caisse d'assurance ; elle possède les caractères d'un tribunal public (*article* 79).

***

Chaque « station de rente » se compose d'un président permanent, d'au moins un suppléant, et d'assesseurs.A ce personnel sont adjoints des employés en nombre suffisant (*art.* 81).

***

Quand on doit refuser une expertise ou un rapport, on adjoint à la « station de rente » un représentant de l'employeur,ainsi qu'un représentant de l'assuré (*art.* 84).

***

L'autorité centrale du pays peut accorder aux stations de rente situées sur le territoire du pays le droit de *statuer* (en place du droit de fournir un avis) sur les rapports qui tendent à accorder ou à retirer soit une rente-invalidité,soit une rente-vieillesse.

En pareils cas, les stations de rente sont tenues de renseigner l'autorité centrale sur leurs décisions (*art.* 86).

***

C. Tribunaux d'arbitrage.

Pour le territoire de chaque Caisse d'assurance, il est institué au moins un tribunal d'arbitrage (*art* 103).

***

Chaque tribunal d'arbitrage se compose d'un président permanent et d'assesseurs.

Le président est choisi parmi les employés de l'administration centrale de l'Etat confédéré où se trouve le siège du tribunal d'arbitrage. Chaque président est assisté d'au moins un suppléant, nommé dans les mêmes conditions.

Le nombre des assesseurs est déterminé par les statuts. Ceux-ci sont élus par le comité (*art.*76.) de la caisse d'assurance ; ils sont choisis en nombre égal parmi les patrons et les assurés (*art.* 104).

***

Le président convoque le tribunal d'arbitrage et dirige ses travaux. Ce tribunal est tenu de recueillir,après prestation de serment, les dépositions des témoins et des experts.

Pour prendre des décisions, il doit se composer d'au moins cinq membres, dont 2 patrons et 2 assurés.Ses décisions sont prises par vote ; elles doivent être communiquées aux parties au plus tard 3 semaines après leur proclamation (*art.*106.)

***

Les témoins et les experts sont payés conformément aux dispositions légales.

Office impérial d'assurances et offices provinciaux d'assurances.

Les caisses d'assurance sont soumises à la surveillance de l'Office Impérial d'assurances,qui contrôle l'observation des prescriptions légales et statutaires.

Toutes les décisions de cet O. I. A. sont définitives en ce qui concerne la question des assurances.

Les membres des conseils d'administration ainsi que ceux des autres organes des caisses d'assurance sont tenus de présenter leurs livres, comptes, papiers, ainsi que toutes les pièces devant être contrôlées, à toute réquisition de l'O. I. A. et de se soumettre aux vérifications de caisse.

L'O. I. A. peut leur infliger des amendes s'élevant jusqu'à 1000 marks (*art.* 108).

***

Les décisions de l'O. I. A. sont prises par un minimum de 4 membres, y compris le président, parmi lesquels se trouvent un représentant du patron, un représentant de l'assuré ; un juge leur est adjoint.

Ces dispositions sont applicables chaque fois qu'il s'agit :

1° D'une décision en cas de contestation des conclusions d'un organe des caisses d'assurance ;

2° D'une décision concernant des discussions budgétaires au moment du renouvellement d'un conseil d'administration de caisse d'assurance ;

3° De réclamations en dommages-intérêts contre des associations professionnelles.

4° De décisions sur des révisions contre les tribunaux d'arbitrage.
5° De décisions contre les témoins et les experts.

E. Procédure.

Détermination de la rente.

Le droit à la concession d'une rente exige la production de pièces justificatives, et en particulier de la dernière carte de quittance; celles-ci doivent être remises aux autorités administratives locales ou à la « station de rente », dont dépend la localité dans laquelle l'assuré a son domicile, ou exerce sa profession, ou bien dont dépend son dernier domicile, s'il a quitté le pays.

Les autorités administratives subalternes ou la « station de rente » doivent établir les pièces nécessaires au dossier de l'affaire, et expédier les discussions avec les rapports d'expertises et leur avis au Conseil d'administration de la caisse d'assurance, dont dépend son territoire. Celui-ci fixe le taux de la rente, ainsi que la date à laquelle celle-ci sera servie (*art.* 112).

***

La preuve qu'une incapacité de travail est due à un accident et doit être dédommagée d'après les lois sur les assurances-accidents ne légitime pas le rejet du droit à la rente-invalidité. Cette dernière doit, au contraire, être établie, si toutefois il y a lieu de penser qu'une rente-invalidité peut être accordée (*art.* 113).

***

Contre la décision qui refuse une rente-invalidité ou vieillesse, contre la décision qui fixe le taux et le début de la rente, l'intéressé peut faire appel au tribunal d'arbitrage. Cet appel n'a pas d'effet suspensif.

Le tribunal d'arbitrage du territoire dont dépend l'autorité administrative subalterne ou la « station de rente » doit être saisi dans le mois qui suit l'appel.

La décision est communiquée à l'intéressé ainsi qu'au conseil d'administration de la Caisse d'assurances (*art.* 114).

***

Lorsque le droit à la rente est reconnu, le tribunal d'arbitrage est tenu d'en fixer le taux et le début (*art.* 115).

***

Contre les décisions des tribunaux d'arbitrage, les deux parties ont le droit de demander la *révision.*

La révision demandée par un conseil d'administration possède un effet suspensif, autant qu'il s'agit de sommes payables pour une période de temps antérieure à la publication de la décision attaquée; dans les autres cas, la révision n'a pas d'effet suspensif.

C'est l'Office Impérial d'assurance qui est chargé de la révision.

Cette révision ne peut être demandée que pour inexécution, ou pour exécution inexacte des dispositions légales ; il en est de même pour des actes, qui ne sont pas suffisamment clairs, ou qui sont incomplets. (*art.* 116).

***

On ne peut présenter à nouveau un rapport, en faveur de l'attribution d'une rente-invalidité qui a été rejetée pour manque d'une incapacité permanente de travail, qu'un an après la décision définitive, si des dépositions dignes de foi établissent que dans l'intervalle se sont manifestées des causes entraînant l'incapacité permanente du demandeur. En dehors de ces circonstances, les autorités administratives subalternes ou les stations de rente doivent écarter toute demande.

Quelques données sur le fonctionnement de l'assurance-maladie.

Le rapport annuel sur l'assurance-maladie en Bavière annonce pour l'année 1906 un total de 1.392 664 personnes assurées. En 1906 le montant des rentes et secours alloués était de 7.811.655 marks (de 1891 à 1906 inclus il était de 64,4 millions de marks).

Au premier janvier 1907, le nombre des rentes ou secours en cours était de 94.012 ;

soit 82,291 rentes-invalidité ;
2.878 rentes-maladies (secours).
8.843 rentes-vieillesse.

De 1891 à 1899, l'assurance distribua des rentes-invalidité à 48.875 assurés, dont l'âge variait entre 20 et 69 ans. Voici quelles furent les causes de l'invalidité :

les affections pulmonaires dans 13.764 cas ; — (et parmi celles-ci la tuberculose pulmonaire chez 50 % environ des individus, soit 6.639) ;
les affections du cœur et des vaisseaux dans 6,188 cas ;
l'anémie, la débilité sénile dans 5.881 cas ;
le rhumatisme articulaire et la goutte dans 3.978 cas ;

En 1906, 797.851 marks furent dépensés pour frais de traitement, 124.569 marks pour hospitalisations.

Le montant des recettes s'élève pour l'année 1906 à 17.469,122 marks ; celui des dépenses à 10.492.153 marks ; les frais d'administration sont de 1.048,114 marks (soit 9,99 % des dépenses).

L'avoir total en 1906 était de 113.640,802 marks; il a presque triplé durant ces dix dernières années.

Pour *toute l'Allemagne*, les résultats obtenus par l'application de la loi sur l'assistance-maladie sont encore plus frappants. Non seulement cette assurance a pour but essentiel de secourir les malades, les invalides, les vieillards, mais encore elle veille sur l'hygiène des bien portants pour éviter le plus possible des chances de maladie.(C'est ainsi qu'en Bavière l'assurance-maladie avait dépensé, au 1er janvier 1907, la somme de 61.285.868 marks pour la construction d'hôpitaux, de maisons de convalescence, d'habitations ouvrières, d'ateliers salubres). Elle s'occupe également de combattre la tuberculose, l'alcoolisme, de vulgariser les principes d'hygiène générale, soit par des conférences, soit par la presse.

« D'une façon générale cette assurance, dit le Dr Merleau, a procuré l'amélioration de l'état sanitaire, comme le prouvent la baisse des décès, la diminution des cas de tuberculose ; elle a relevé la situation matérielle, sociale et morale de l'ouvrier. Et ce résultat s'explique très bien : actuellement l'assuré, quand il a versé sa cotisation, a le droit d'être soigné gratuitement, de recevoir un secours pécuniaire. Avant le vote de cette loi, le travailleur ne se décidait à se soigner qu'en cas de nécessité absolue, et le médecin arrivait souvent trop tard pour donner des soins efficaces ; actuellement, dès les premiers symptômes d'une maladie, l'assuré reçoit la visite du médecin et les soins nécessaires ; de la sorte l'aggravation de beaucoup de maladies est évitée, et, par là, les charges de la société diminuent. »

Mieux que toute phraséologie, les chiffres qui suivent montreront les progrès énormes de l'as-

surance-maladie sur tout le territoire de l'Allemagne de l'année 1900 à l'année 1905.

En 1900, sur 16 millions de salariés dix millions environ étaient assujettis à cette loi (ils étaient 4 millions en 1885) ou mieux sur 9.520.763 de membres assurés, il y avait 7.313.855 hommes. et 2.206.908 femmes.

Le montant des cotisations s'élevait à 166 millions, soit une moyenne annuelle de 15 fr. 28 par assuré.

Les dépenses se répartissent en :

Honoraires médicaux, 45 millions :

Moyenne par malade	11.98
Moyenne par assuré	4.50
Frais pharmaceutiques, 33 millions :	
Moyenne par malade	9.02
Moyenne par assuré	3.41
Secours pécuniaires et rentes :	
1° 88 millions aux assurés ;	
2° 2 millions aux familles.	
Moyenne par malade	23.87
Moyenne par journée de maladie	1.30
Moyenne par assuré	9.10
Moyenne par assuré { Pr sec. aux convalescents	1.00
Moyenne par assuré { Pr sec. aux femm. en couch..	1.00
Frais funéraires : 7 millions.	
Moyenne par assuré (1)	1.00

Soit une moyenne totale de dépenses : { de 44.87 par malade. { de 20.68 par assuré.

La durée moyenne de la maladie a été de :

17,6 jours pour les hommes, par malade, soit 6,85 par assuré, et de 20, 1 jours pour les femmes, par malade, soit 6.71 par assuré.

La proportion des malades pour 100 assurés a été de 38,6

Soit hommes.............. 40,2
femmes.............. 33.4

D'autre part, le rapport d'ensemble pour l'année *1906* sur le fonctionnement de l'assurance-maladie en Allemagne nous fait connaître qu'au 1er janvier 1907, il existait 23.214 caisses-maladie, avec 11.689.388 personnes assurées (soit une augmentation de 505.000 sur l'année précédente). Le nombre de cas de maladie avec incapacité de travail avait été en 1906, de 4.423,756 avec 87.444.605 jours de maladie, soit par membre assuré 0,38 cas de maladie et 7.48 jours de maladie.

Les recettes ordinaires se sont élevées à 293.305.160 marks, les dépenses ordinaires à 264.236.035 marks.

57.293.080 marks ont été consacrés aux honoraires médicaux ;

36.021,712 marks ont été consacrés aux frais pharmaceutiques et autres moyens de traitement.

L'avoir total des caisses-maladie de toute l'Allemagne s'élève, à l'heure actuelle à 230,2 millions de marks.

(1) L'indemnité funéraire est égale à vingt fois le montant du salaire quotidien de la classe à laquelle appartient le décédé.

REPORTAGE MÉDICAL

Société française d'hygiène. — Dans le but d'aider à l'amélioration de la situation morale et hygiénique des marins pêcheurs, la Société française d'hygiène a décidé, sur la proposition de son président honoraire. M. E. Cacheux, d'ouvrir pour l'année 1908 un concours sur la question suivante :

Enquête sur les habitations des marins pêcheurs d'une région déterminée, au choix des candidats. Le programme se composera de deux parties ;

1° Statistique de la natalité, de la mortalité et de la morbidité limitée aux maladies évitables : description de quelques maisons de marins pêcheurs avec leurs dépendances ; prix de revient d'une habitation, détails sur les services relatifs à la fourniture d'eau potable, à l'utilisation des eaux ménagères, à l'écoulement des eaux pluviales et usées ;

2° Marche à suivre pour améliorer les conditions hygiéniques des habitations, en assainissant les quartiers ou les communes qui se trouvent dans de mauvaises conditions hygiéniques, en créant de nouveaux quartiers dans les environs des villes maritimes encombrées, notamment dans celles qui sont encore fortifiées et dont le déclassement s'impose.

Plusieurs prix, dont une médaille d'or de 200 francs, offerte par M. Cacheux, seront affectés à ce concours.

Les mémoires devront être adressés avant le 31 décembre 1908, dernier délai, au siège social de la Société, à Paris, rue Serpente, 28.

Déontologie. — Le Syndicat général des médecins des stations balnéaires de France a étudié les règles de déontologie applicables aux médecins des villes d'eaux. Après discussion, les trois points suivants ont été admis :

1° Lorsqu'un médecin de ville d'eaux reçoit un malade qui lui est adressé par un médecin, il doit le lui renvoyer, la saison terminée, sans lui donner une prescription à suivre ultérieurement.

2° Si le malade vient, de lui-même, consulter le médecin de la ville d'eaux, celui-ci ne doit pas, après la saison, l'envoyer à un médecin de son choix, mais le renvoyer à son médecin traitant, et au besoin s'en enquérir ;

3° Enfin le médecin d'eaux ne doit pas chercher à revoir le malade en dehors de la *station thermale, ou,* si les circonstances font qu'il est appelé près de ce malade, il ne doit accepter cette consultation qu'à la demande du médecin traitant.

Faculté et Hôpitaux.

Le cours de gynécologie fait par M. Lœwy, chef de clinique, commencera le 8 juillet 1908 à 9 h. du matin et comprendra 12 leçons. Il aura lieu tous les matins à l'hôpital Broca dens le service du prof. Pozzi.

— Une série de cours de vacances auront lieu du 14 septembre au 3 octobre 1908, dans les laboratoires des cliniques médicales de Beaujon, de la Salpêtrière et des Enfants-Malades, et laboratoire de thérapeutique. Professeurs : MM. Debove, Raymond, Hutinel et Gilbert.

La première séance avra lieu le lundi 14 septembre, à 9 h. 1/2. à la clinique médicale de Beaujon.

Programme des cours : M. Paul Carnot : Maladies du tube digestif (9 séances). — Méthodes d'exploration de l'œsophage (cathétérisme, œsophagoscopie, radioscopie). — Syndrome œsophagien. Méthodes d'exploration de l'estomac, de l'intestin et du pancréas. — M. Castaigne : Maladies des reins et du foie (9 s.). — M. Henri Claude : Mal. nerveuses et mentales (9 s.). — M. Nobécourt : Mal. inf. (9 s.).

Le droit à verser pour cette série d'exercices est de 100 francs.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs Dugau, de Bergerac, (Dordogne) et Beuve, de Dammartin (Seine-et-Marne), membres du « Concours ».

Notre sympathique confrère Beuve, était administrateur de la Financière médicale.

Le Directeur-Gérant : **Dr H. JEANNE.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON 3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trentième année — N° 28 — Dimanche 12 JUILLET 1908

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

UN EXEMPLE

Le Dr Gille, *ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin de l'Hospice Brézin à Garches (S.-et-O.) et l'un des fondateurs du vaillant Syndicat de l'arrondissement de Versailles, vient de succomber le mardi 7 juillet, après quelques mois de douloureuse maladie ; ses obsèques ont eu lieu le vendredi* 10 *Juillet.*

Notre regretté confrère était depuis longtemps un de nos adhérents et faisait partie de l'Association Amicale des Médecins Français et des œuvres du Concours : sachant quels services rendent de telles associations de prévoyance, il aurait, après avoir pris conseil d'un des membres du Conseil Général de l'A. G., institué l'A G. sa légataire universelle et lui aurait laissé la nue propriété de sa fortune à charge, pour elle, d'employer les revenus de cette fortune, — quand elle en aura la jouissance — de préférence en faveur des membres des Caisses annexes de l'A. G., créées par le Concours Médical : *Association Amicale et Caisse des Retraites ; il a de plus stipulé qu'il fallait que les membres qui profiteraient de son legs fissent partie d'un Syndicat médical.*

Si cette information est exacte — et nous la tenons de source autorisée — notre regretté confrère a donné là un bel exemple de solidarié médicale : il a rendu un grand service à ses confrères en les incitant à adhérer aux Caisses de prévoyance et aux œuvres de défense professionnelle que sont les Syndicats.

Le Concours Médical *s'associe au Conseil Général de l'Association Générale, aux Bureaux de l'Amicale et de la Caisse de Retraites des Médecins Français, pour adresser à Madame et à Mademoiselle Gille, la mère et la sœur de notre généreux confrère, l'expression de sa respectueuse sympathie et de la gratitude du corps médical envers celui qu'elles pleurent.*

PROPOS DU JOUR

LA MAISON DES MÉDECINS

Paris, le 11 juin 1908.

Cher Monsieur Jeanne

Nous vous avons déjà exposé le principe de notre projet et nous avons rencontré chez vous, comme nous nous y attendions d'ailleurs, la certitude d'un appui.

Nous croyons que le moment est bon de lancer notre idée, et nous vous envoyons notre première feuille. Nous vous demandons de bien vouloir l'insérer dans le *Concours*, ou si cela vous est plus agréable, de faire un article. L'imprimé que nous vous envoyons est en effet destiné à la Presse.

Nous y exposons notre projet, nous avons cherché, dans ce papier trop bref, à expliquer les causes qui nous font agir. Nous avons donc voulu-

être compris d'abord avant d'être commentés. Nous serions heureux d'être publiquement patronnés par vous, par le *Concours*, pour que tout le monde sache bien que nous ne faisons pas double emploi avec les associations professionnelles déjà existantes, mais que nous faisons œuvre toute nouvelle, utile à tous, autant *aux groupements* qu'aux médecins isolés.

Nous n'aurons pas à nous occuper en effet de « défense professionnelle » proprement dite, ou des questions de prévoyance.

D'ailleurs, je n'insiste pas, sachant que vous avez sur ce sujet votre opinion faite.

Je vous ferai tenir tous les imprimés que nous publierons dans la suite et je vous tiendrai au courant de toute l'affaire, qui doit réussir à mon avis.

Je vous remercie, au nom de tout le Comité, et vous prie de croire, cher Monsieur Jeanne, à mes sentiments dévoués.

R. LAFONTAINE.

ASSOCIATION CORPORATIVE
DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE
DE PARIS
21, rue Hautefeuille, 21 (VI[e] arrt.)
TÉLÉPHONE : 824-40.

Projet d'agrandissement de l'Association des Etudiants en médecine de Paris

L'Association corporative des Etudiants en Médecine de Paris va devenir la Maison des médecins

L'Association Corporative est obligée de changer de local. Les appartements trop étroits qu'elle occupe actuellement ne peuvent plus loger ses adhérents.

Obligés de chercher pour nous une maison, nous avons pensé qu'il serait utile et prévoyant de la trouver plus grande, plus spacieuse et plus claire, plus parfaite, pour pouvoir abriter avec nous, nos aînés les praticiens qui restent nos camarades. Cela nous a paru désirable et, après études sérieuses, possible. Nous sommes aujourd'hui en mesure d'apporter un plan net, un projet précis. Ce projet c'est la création, à l'aide de la Corporative, de la Maison des Médecins.

Ce projet, les Praticiens voudront-ils le réaliser ?

Nous en avons la certitude. Nous allons le leur exposer dans ses grandes lignes. Nous leur demandons de réfléchir et d'agir pour eux. Nous leur disons : voici ce que nous avons fait, voici ce que nous voulons faire. Voici ce qu'est l'Association corporative, voici comment nous concevons la « Maison des médecins » — Voulez-vous la bâtir avec nous ?

Ce que nous avons fait : l'Association Corporative

L'*Association corporative des étudiants en médecine* fut fondée en 1902. Elle fut et est restée un groupement d'intérêts professionnels. Elle ne comprend que des étudiants en médecine, quelles que soient leurs opinions philosophiques, politiques ou religieuses. Son action s'est strictement exercée sur le terrain corporatif, c'est-à-dire d'intérêts communs et d'union. Groupement de travail, opposé aux manifestations sans but d'un sentimentalisme exagéré, l'Association corporative a été le premier symptôme d'un état d'esprit nouveau, faisant se grouper les étudiants sur le terrain des intérêts et de la solidarité professionnelle.

Sa croissance fut rapide ; l'A. C. groupe aujourd'hui (cotisants de l'année scolaire 1907-1908) 850 étudiants et vit sur un budget de 16,000 francs.

Elle est *libre, autonome, subventionnée* ni par l'Etat, ni par la commune. Elle vit des cotisations de ses membres actifs et honoraires.

Les avantages que recueillent ses adhérents sont considérables : locaux spacieux, salles de travail, de lecture, bibliothèque de 3.500 *volumes, services de remplacements, de cession de clientèle, enseignement complémentaire, conférences pratiques de droguier, d'obstétrique, d'internat, d'externat, etc., avantages commerciaux, etc.*

Au point de vue moral, l'*Association corporative* est connue de tous par la vigueur avec laquelle elle prend la défense des étudiants. Il suffit de rappeler son rôle dans la campagne engagée pour la Réforme des Etudes médicales, les efforts faits, les résultats déjà obtenus, la poussée d'enseignement qui partout s'organise, une vie nouvelle d'activité redonnée à la médecine, pour avoir une notion nette de la valeur de notre groupement.

N'est-ce pas la lutte engagée par l'A. C. qui contribue à entraîner les praticiens et à préparer ce mouvement d'opinion d'où est sorti le Congrès d'avril 1907 ?

Notre action a aidé le corps médical à reprendre confiance en lui. Notre action fut un ferment d'initiatives et notre expérience démontra la nécessité de l'organisation, de la méthode et de la volonté, la nécessité de l'effort autonome des individus en face l'inertie même bienveilllante de l'Etat.

Bref, il nous est permis de dire que, par son caractère purement économique, par son action purement professionnelle, l'A.C. marque une place dans la vie médicale de ces dernières années.

Chaque jour pendant ces années d'organisation et de lutte nous avons eu des rapports amicaux avec nos Maîtres de la Faculté et des Hôpitaux, avec les médecins isolés (remplacements, cessions de clientèles) avec les groupements professionnels.

Ces relations fréquentes, permanentes, fraternelles que nous entretenons avec les médecins, les amitiés cordiales que nous conservent nos anciens camarades déjà installés nous ont suggéré ce projet qui pourra rendre en même temps, qu'aux étudiants, les plus grands services à tous les médecins.

Ce que nous allons faire : La Maison des médecins.

Il s'agit de donner aux médecins, à tous les médecins les avantages qu'offre seulement aux étudiants l'*Association corporative*, de drainer pour eux, d'utiliser pour eux les ressources dont nous disposons, d'inciter les médecins à ne pas laisser faire à leurs frais des fortunes, alors que ces fortunes, ils pourraient en faire profiter la corporation médicale tout entière.

Un médecin veut-il, en effet, se faire remplacer, céder sa clientèle, acheter ou vendre, il est la proie des agences, et c'est sur les médecins qui s'installent comme sur ceux qui se retirent que les intermédiaires non médicaux, agents d'affaires, s'enrichissent. Et encore les agences donnent-elles le minimum de sécurité et de garanties.

Nous voudrions voir supprimer les intermédiaires. Nous sommes déjà en mesure de les remplacer par nos services qui fonctionnent à l'Association corporative. Nous voudrions réunir des forces commerciales, dont tous profiteraient. Un groupement nombreux et puissant possède en effet une grosse valeur commerciale. A l'Association corporative, les fabricants, les pharmaciens viennent chercher les fournisseurs, les acheteurs. Nous recueillons en publicité ces avantages ; et ces avantages que l'Association corporative of-

fre aux Etudiants, la *Maison des médecins* les offrira aux médecins et beaucoup plus considérables.

Dans notre projet, les Médecins de toute la France trouveront leur intérêt. Le médecin qui vient à Paris, ne sera plus isolé. Il saura où trouver tous les renseignements qui lui sont nécessaires. Viendra-t-il pour se mettre au courant ? Nulle part mieux que chez nous il trouvera de meilleurs renseignements sur les services à visiter, les livres à lire, les leçons à entendre. Voudra-t-il se documenter, notre bibliothèque sera à sa disposition, et notre service de bibliographie. Voudra-t-il se reposer, ou revoir les anciens camarades, il aura un pied-à-terre où pourra lui parvenir sa correspondance, où il sera sûr de rencontrer des amis, où il sera reçu avec la plus franche cordialité, où il sera chez lui.

Enfin, nous aurons aussi pour les divers groupements syndicaux une grosse utilité. Nous pourrons mettre à leur disposition des salles grandes et disposées pour les assemblées nombreuses.

Nous croyons inutile de nous étendre davantage sur les profits matériels que les étudiants et les médecins pourront tirer de la réalisation de notre projet, et la dépense pour eux sera minime. Beaucoup de nos frais seront couverts par l'apport de réclame, de puissance commerciale, que va nous procurer notre transformation. L'Association corporative sur un budget de 16.000 francs a environ 10.000 fr. de cotisations, le reste étant le produit des réclames. Nous avons calculé que 35 à 40.000 fr. suffiraient pour notre installation nouvelle. Si donc le quart des médecins français adhèrent à notre groupement et cotisent 5 fr. par an, c'est seulement 10.000 francs de plus que devra nous fournir la réclame. Et ce profit est certain mathématiquement.

Notre projet est donc très viable et d'une exécution facile pour nous, qui avons un passé, qui représentons une force, qui disposons déjà d'organismes constitués (cession de clientèles, remplacements, enseignement complémentaire) et qui n'auront qu'à développer ces services et à ajouter quelques services nouveaux (Bibliographie par exemple). La création de la *Maison des médecins* correspond à un besoin. Un médecin seul ne peut entreprendre ce projet, si ce n'est aux dépens des médecins ; un groupement syndical ne peut y songer, n'ayant ni le temps, ni la souplesse nécessaire. D'ailleurs, les syndicats médicaux, organismes de défense professionnelle, locale ou générale, ont un rôle suffisamment chargé. Leur force ne pourra que s'accroître avec les adhérents que nous leur amènerons.

Répondant à des besoins matériels et moraux, utiles à tous, aux étudiants comme aux médecins, aux syndicats, se cantonnant sur le terrain strictement économique et professionnel, c'est-à-dire ne pouvant que donner davantage encore de cohésion et de force au corps médical, telle sera la *Maison des médecins*. Nous sommes certains qu'elle sera bien accueillie par tous : par nos Maîtres, qui ont toujours très vivement soutenu l'Association corporative ; par les Praticiens qui ne nous ménagent par leur sympathie, par les étudiants qui nous connaissent.

Le Comité de l'A. C.

LA SEMAINE MÉDICALE

Le Radium contre les nævi vasculaires

MM. Wickham et Degrais, appliquant aux nævi-vasculaires, les recherches qu'ils ont déjà communiquées sur l'action du radium dans différentes affections de la peau, ont obtenu de remarquables résultats sur ces nævi au point de vue de la décoloration et de la réduction.

Voici les procédés divers qu'ils ont employés :

1° Applications très courtes mais fréquemment répétées ; tel le procédé du «feu croisé» qui consiste à appliquer à la fois plusieurs appareils un temps inférieur à celui qui déterminerait une irritation de surface. Pendant ce temps, les rayons très pénétrants se croisent dans la profondeur et y multiplient leur action selon le nombre des appareils appliqués.

2° Applications de très longue durée en interposant des écrans plus ou moins épais afin de filtrer les rayons et de n'agir qu'avec des doses globales très faibles.

Ces diverses applications peuvent se faire soit avec des appareils à vernis, soit avec des toiles radifères qui ont l'avantage de se mouler sur les régions.

Des exemples de l'action élective du radium ont été spécialement signalés par les auteurs lors de leur communication à l'Académie de Médecine le 8 octobre 1907. Les traitements sans réaction ont de sérieux avantages, mais ils sont peu pratiques en raison de leur lenteur. Il est préférable dans bien des cas de procéder en partie par réactions, celles-ci pouvant être très légères.

Le sérum de cheval comme pansement des brûlures.

M. le Dr Raymond Petit préconise un nouveau mode de pansement pour les brûlures au moyen du sérum de cheval.

La technique qu'il recommande est la suivante :

On commence par nettoyer les parties voisines de la brûlure, en les lavant minutieusement à l'eau bouillie, au savon et à la brosse. On ouvre ensuite aseptiquement les phlyctènes, en respectant l'épiderme soulevé, et on arrose toute la région avec de l'eau oxygénée dédoublée, puis avec de l'eau stérilisée et salée à 10 %.

Ceci étant fait, on recouvre les parties brûlées de compresses faites de plusieurs épaisseurs de gaze stérilisée, trempée dans du sérum chauffé de cheval. On met par-dessus deux ou trois compresses imbibées d'eau salée stérilisée tiède, puis un morceau de taffetas chiffon et un pansement ouaté peu serré. Ce pansement est renouvelé, au début, toutes les vingt-quatre heures, plus tard, tous les deux jours. On a soin, à chaque pansement, d'irriguer la brûlure avec de l'eau stérilisée, tiède.

Plus tard, si, après la chute des escarres, l'épiderme macère sous le pansement humide, on supprime le taffetas chiffon et on enduit le pourtour de la plaie d'un peu de vaseline stérilisée. Plus tard encore, quand la surface granuleuse est bien nivelée, on remplace le sérum liquide par du sérum desséché dont on saupoudre la plaie en la recouvrant ensuite d'un pansement à l'eau salée stérilisée, sans le taffetas chiffon.

Les effets de ce pansement sont très remarquables, du moins ils apparaissent tels dans les dix observations sur lesquelles est basé le mémoire de M. Raymond Petit. Dans tous ces cas la réparation, l'élimination des tissus mortifiés est hâtée, et la cicatrisation de la plaie s'effectue rapidement, presque sans aucune cicatrice apparente dans les brûlures du second degré.

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Pathogénie et traitement de l'artério-sclérose.

L'artério-sclérose, disait il y a un an M. Huchard, à la tribune de l'Académie de médecine, dérive de l'hypertension artérielle, cette hypertension constituant le phénomène initial, la phase de pré-sclérose. Pour lutter contre elle, il convient d'instituer une médication et un régime hypotenseurs.

Les idées aujourd'hui présentées par M. LANCEREAUX, à la même tribune académique, sur la pathogénie et le traitement de l'artério-sclérose sont notablement différentes.

M. Lancereaux se propose d'abord de réfuter certaines opinions courantes susceptibles d'induire en erreur le médecin et le malade.

1re erreur : l'artério-sclérose est une *maladie de la vieillesse*. C'est là une inexactitude. L'artério-sclérose est une affection de la période moyenne de la vie ; elle n'apparaît plus à partir de soixante à soixante-cinq ans, et, en tous cas, elle subit alors une sorte de temps d'arrêt qui la rend moins dangereuse. Les personnes qui y succombent à un âge avancé en sont toujours atteintes depuis un grand nombre d'années. Cette lésion artérielle survient, en général, entre quarante et cinquante ans (quelquefois plus tôt) et elle entraîne fréquemment, alors, la mort entre cinquante et soixante-cinq ans. Son évolution est plus rapide chez l'individu jeune que chez le vieillard : elle cesse habituellement de s'accroître vers 60 ans. Tellement qu'il est possible de poser comme axiome que l'*artério-sclérose est d'autant moins redoutable qu'elle sévit sur des sujets plus âgés*.

2e erreur : l'artério-sclérose provient de l'*abus prolongé des boissons alcooliques*. L'alcoolisme détermine d'autres accidents, mais non l'artério-sclérose.

M. Lancereaux n'admet pas, non plus, l'action de l'abus du tabac, ni celle de la toxémie alimentaire dans la pathogénie de l'artério-sclérose. Il met en doute, également, le rôle que l'on a fait jouer aux maladies infectieuses, à la syphilis (l'artérite syphilitique a des caractères tout différents de ceux de l'artério-sclérose : elle est circonscrite à un territoire vasculaire, et se localise à la tunique externe des vaisseaux, alors que l'artério-sclérose est généralisée et intéresse la tunique interne).

Pour l'auteur, l'artério-sclérose relève, non de causes toxiques ou infectieuses, mais de deux grandes maladies : la *goutte* et le *saturnisme*. Elle doit être considérée comme un trouble trophique, sous la dépendance du système nerveux, comme les autres manifestations goutteuses.

Conclusion thérapeutique : pour lutter contre l'artério-sclérose, il faut s'adresser tout d'abord au désordre nerveux qui est à son origine. Il y a lieu de chercher à modifier, dès le jeune âge (par un traitement hydrothérapique) le système nerveux des individus héréditairement prédisposés à l'artério-sclérose.

Les agents les plus efficaces pour combattre la lésion artérielle sont l'iodure de potassium et l'iodothyrine. L'iodure sera administré à la fin des repas, dans de l'eau sucrée, à la dose de 1 à 3 grammes par vingt-quatre heures, et son emploi sera continué des mois et des années.

Il est nécessaire d'appliquer ce traitement de bonne heure. On se souviendra de l'âge où survient généralement l'artério-sclérose. On examinera le cœur, la tension artérielle, l'état des urines : un cœur hypertrophié avec tension artérielle élevée, de la polyurie nocturne, des urines de densité diminuée, sont des signes qui, réunis, mettent en évidence l'artério sclérose.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Sporotrichoses expérimentales.

MM. de BEURMANN, GOUGEROT et VAUCHER ont inoculé à des rats du sporotrichum Beurmanni, dans le but d'étudier expérimentalement les sporotrichoses. Ils ont pu obtenir toute une série de lésions, de localisations sporotrichosiques sur le péricarde, l'endocarde, les reins, les ovaires, les testicules, les méninges, les os, les articulations, etc. Ces faits doivent inciter à rechercher la sporotrichose dans maintes affections viscérales de l'homme, notamment dans les pneumopathies, encéphalopathies, névropathies, ostéo-arthropathies, etc.

Diagnostic expérimental des sporotrichoses.

Le rat, disent MM. de Beurmann et Gougerot, animal très sensible à l'inoculation sporotrichosique, peut être utilisé pour trancher un diagnostic embarrassant de sporotrichose. Si l'on injecte dans le péritoine d'un rat mâle des produits suspects, il se produit dès le dixième jour une orchite caractéristique et l'animal ne tarde pas à mourir de sporotrichose généralisée au bout d'un temps variable. Mais, à la vérité, cette épreuve est un procédé de luxe ou d'exception, et, habituellement, la culture du sporotrichum, plus simple et plus rapide, reste le procédé de diagnostic le meilleur.

Sporotrichoses du tibia.

Les cas de sporotrichose observés chez l'homme se multiplient et les localisations du sporotrichum paraissent également de plus en plus nombreuses. On connaissait les sporotrichoses de la peau, des muqueuses, des muscles. MM. SICARD, BITH et GOUGEROT, d'une part, M. FAGE, d'autre part, viennent de présenter 2 cas de sporotrichose ostéo-périostée du tibia simulant la syphilis périostée gommeuse de cet os. La sporotrichose, on le voit, étend ainsi son domaine et l'étendra sans doute encore, comme peuvent le faire supposer les recherches expérimentales sur le rat.

Insuffisance mitrale traumatique.

MM. CLAISSE et SOCQUET rapportent l'observation d'un sujet, parfaitement sain, qui fut atteint d'insuffisance mitrale brusquement, à l'occasion d'un effort anormal et d'une pression thoracique violente. Il agonisa cinq mois, et, à l'autopsie on trouva une rupture de pilier droit de la mitrale, sans lésion aucune des valvules.

Ce cas est un exemple type de lésion valvulaire du cœur due exclusivement au traumatisme. Il concorde avec le résultat des expériences relatées par Barié dans son mémoire classique. Il offre un intérêt non seulement pathologique mais encore et surtout médico-légal, en matière d'accidents du travail.

Appendicite chronique, chez les enfants.

M. COMBY fait un intéressant exposé de l'appendicite chronique chez les enfants.

L'appendicite aiguë, dit-il, n'est qu'un épisode de l'appendicite chronique. Quand on est amené à penser à l'appendicite par un de ces incidents (douleur locale, nausée, vomissements) qui la traduisent avec plus ou moins d'éclat, elle existe déjà depuis longtemps, ayant progressé sourdement, au milieu de la symptomatologie la plus vague et la plus trompeuse. Il y a encore trop de praticiens qui hésitent et attendent la crise aiguë pour ouvrir les yeux. Or, celle-ci est assez souvent mortelle, en tous cas d'un pronostic incertain, alors que l'appendicite chronique est presque toujours curable.

Comment se montre, en clinique infantile, cette appendicite chronique ?

Ses causes échappent dans bien des cas. On relève cependant, chez les petits malades, la fréquence des amygdalites, des végétations adénoïdes, des adénites cervicales, des gastro-entérites, de l'entérite muco-membraneuse, des maladies infectieuses (grippe, fièvre typhoïde, rougeole....), des abus alimentaires.

L'âge mérite quelque considération. Très rare dans la toute première enfance, l'appendicite chronique est commune à partir de cinq ans, à dix ans, à douze ans, à quinze ans. Elle se prolonge, d'ailleurs, jusqu'à l'âge adulte.

Le tableau symptomatique est des plus complexes et des plus variables. Les enfants atteints de cette affection sont souvent pâles, amaigris. D'autres au contraire, gardent les joues colorées, ont de l'embonpoint et un état général satisfaisant. Le facies est donc inconstant et trompeur.

Ce qu'il faut mettre au premier rang, c'est l'ensemble des troubles digestifs. Le malade a habituellement peu d'appétit ou, quelquefois, un appétit exagéré. La digestion est ordinairement lente, pénible, et cet état dyspeptique coïncide presque toujours avec de la constipation. On a noté, également, des embarras gastriques répétés, des poussées d'infection gastro-intestinale, fébriles ou non, accompagnées quelquefois d'urticaire, d'ictère catarrhal.

A côté de ces troubles digestifs, en somme assez vagues, peuvent se montrer des vomissements paroxystiques ou cycliques, offrant bien le caractère de crise.

Les appareils autres que l'appareil digestif peuvent participer, dans une mesure plus faible, à la scène morbide. Certains de ces sujets sont pâles, offrent des arrêts de développement, des troubles nerveux.

Les signes locaux éclaireront ce tableau symptomatique quelque peu confus. Le ventre est généralement souple, peu ballonné, non douloureux à un examen superficiel. En insistant doucement, on verra que la moitié gauche est insensible à la palpation, même profonde. Mais en palpant le flanc droit, la région de Mac Burney, comprise entre l'ombilic et l'épine iliaque antéro-supérieure droite, soit avec tous les doigts de la main enfoncés profondément, soit avec un doigt placé sur le milieu de la ligne ombilico-iliaque, on provoquera une douleur plus ou moins vive qui ne se retrouvera pas ailleurs : on a mis le doigt sur la lésion. Quelquefois, on sent rouler sous les pulpes digitales une sorte de cordon dur qui semble être l'appendice gonflé et douloureux. D'autres fois, c'est une masse moins bien définie. Enfin, il peut y avoir une défense réelle du muscle droit, très appréciable par comparaison avec la sensation que donne le côté gauche.

Au point de vue du pronostic, l'appendicite chronique, sans avoir de danger immédiat, laisse planer la menace d'accidents aigus, soudains et redoutables. Comme traitement, l'intervention chirurgicale s'impose dans la plupart des cas.

P. L.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital Necker : M. le Prof. agrégé A. Gosset.

Quelques considérations sur l'appendicite.

Je vais vous présenter un malade atteint d'appendicite, dont l'histoire est intéressante au point de vue des indications opératoires.

Il s'agit d'un homme de 27 ans, hospitalisé depuis quinze jours dans le service. Deux mois avant son affection actuelle, ce malade avait eu, déjà, une première crise d'appendicite, crise qui avait débuté par des douleurs abdominales généralisées. Il est curieux de voir le début de l'appendicite se faire par des douleurs abdominales généralisées. Et cependant, sachez-le bien, c'est là pour ainsi dire la règle. De ce que les phénomènes douloureux ne sont pas localisés à la fosse iliaque droite, ne concluez pas que l'appendice n'est pas en cause. La plupart du *temps*, à la phase tout à fait initiale de la maladie, la douleur au point de Mac Burney fait défaut ; les douleurs se montrent généralisées à la totalité du ventre, plus prédominantes quelquefois, chez les enfants, à la région ombilicale. C'est seulement au bout de quelques heures ou même plus tard que l'on trouve le maximum douloureux dans la fosse iliaque droite.

Donc, notre malade fut atteint d'une première crise d'appendicite il y a deux mois. Il n'avait jamais eu, auparavant, de maladie. Il n'avait pas eu en particulier, dans son enfance, d'amygdalites, d'adénoïdites ; fréquemment on retrouve, dans les antécédents de ces sujets, de l'hypertrophie des amygdales, des végétations adénoïdes, opérées ou non. Quoi qu'il en soit, au cours de cette première attaque, le malade s'administra une purgation ; puis il reprit son travail.

Il y a quinze jours, une deuxième crise éclata. Le patient se réveilla le matin, avec des douleurs abdominales violentes. La crise précédente avait été peu importante ; celle-ci a été beaucoup plus intense.

Lorsqu'une appendicite offre un début modéré, progressif, on peut dire, souvent avec raison, qu'elle sera légère. Au contraire, quand le début est aigu, en « coup de pistolet », on doit penser à une atteinte sérieuse, à une perforation.

Le début fut donc violent, avec des vomissements. Je reviens sur cette succession de deux crises, la première légère, la seconde intense. Ce mode évolutif est la règle. Il est rare que la première attaque d'appendicite soit très aiguë, avec péritonite. Presque toujours, c'est un avertissement. Interrogez avec soin les malades atteints de grande crise. Ils accuseront habituellement dans leurs antécédents des petites crises.

Comment examiner un sujet atteint d'appendicite ? Il ne faut pas aller droit à l'appendice mais, au contraire, ménager la susceptibilité du patient. Vous explorerez d'abord le reste de l'abdomen et vous ne viendrez qu'après à l'appendice. Mettez la main à plat sur le ventre, au niveau de la fosse iliaque gauche. Rassurez votre malade. Vous ne trouvez, je suppose, aucune défense de la paroi, preuve que la lésion est localisée à droite et laisse intact le côté gauche. Demandez si l'exploration ne réveille pas de douleur du côté opposé. Ce symptôme — la douleur provoquée à droite par l'exploration de la fosse ilia-

que gauche — est fréquent : il constitue un bon signe d'appendicite. Examinez ensuite l'épigastre, la région hépatique, la fosse iliaque droite.

Regardez, chez notre malade, l'abdomen. Il existe, entre les deux côtés, une différence énorme. Et cependant le sujet est au traitement, à la diète, à la glace, depuis deux semaines. L'appendicite ne se refroidit pas. Au début, nous avons constaté, dans la fosse iliaque droite, une induration de la grosseur d'une orange. Aujourd'hui, nous trouvons un plastron dur, énorme, très étendu, rénitent, non fluctuant. Si l'on joint à ces signes la courbe de température, qui offre des pointes ascensionnelles, on conclut que la lésion marche vers la suppuration. Le patient a fait une perforation (le début brusque l'indique), le péritoine a été touché de suite (ce que montrent les vomissements) ; l'infection a pu se limiter et il y a eu suppuration.

La simple exploration du ventre n'est pas suffisante dans tous les cas. Supposez que, en présence de symptômes d'appendicite, vous ne trouviez rien dans la fosse iliaque, allez-vous dire qu'il n'y a pas d'appendicite ? Non, il est deux régions qu'il est nécessaire d'explorer encore, la région lombaire et le petit bassin. Il peut y avoir appendicite rétro-cœcale lombaire. Vous trouvez alors : en avant, de la sonorité (côlique), et des douleurs au niveau de la région lombaire. Il peut y avoir, également, appendicite pelvienne : elle se traduit par des phénomènes vésicaux (fréquence des mictions, douleur en urinant) et des signes constatés au toucher rectal.

Notre malade a fait, en définitive, une crise d'appendicite à début brusque, avec perforation, peut-être avec calcul stercoral, et il offre maintenant un vaste plastron abdominal. Il faudra inciser, évacuer le pus, drainer, enlever si possible l'appendice — on a pensé, à tort, que l'appendice se gangrenait en pareil cas : en réalité, il persiste — ou l'enlever plus tard, s'il est difficilement accessible au cours de la première intervention.

Quelle conduite tenir, d'une manière générale, en face d'un cas d'appendicite ? La question est très controversée. Les chirurgiens sont bien placés pour en juger, puisqu'ils voient les mauvais cas.

Il faut attacher une grande importance au mode de début de la maladie. Si le début est brusque, avec douleurs intenses et vomissements, prenez garde.

Je vous suppose appelé dans les premières 24 heures. Vous trouvez, par exemple, une hyperthermie modérée, 38°, 38°5, un pouls à 110, 120. Rien d'inquiétant. Vous examinez l'abdomen et vous constatez, dans la fosse iliaque droite, un peu de défense de la paroi. Vous dites : appendicite. Que faire ? Les avis sont partagés. Pour quelques-uns, la conduite est très simple : on refroidit toujours. Mais c'est une formule trop facile. L'idéal, dans ces premières 24 heures, serait d'opérer toujours.

L'appendice est alors libre, facile à enlever. Cet idéal comporte une restriction, qui est la suivante : vous voyez des gens qui présentent une appendicite légère en apparence, des douleurs peu aiguës dans la fosse iliaque, et qui meurent néanmoins rapidement, succombant à l'intoxication, à des phénomènes hépatiques et cardiaques. L'opération serait évidemment inefficace dans ces conditions. D'ailleurs, cette opération idéale, des premières 24 heures, s'offre rarement au chirurgien, appelé ordinairement plus tard.

Que faire une fois les premières 24 heures passées. Voici, à titre d'exemple, trois cas que j'ai opérés dans le courant de la semaine dernière.

Le premier cas concerne une fillette atteinte de douleurs abdominales, vomissements, douleur au point de Mac Burney, fièvre légère, pouls à 140, cyanose des extrémités. Les signes abdominaux étaient peu marqués, mais nous avions avec une température basse un pouls élevé. J'ai opéré immédiatement, 30 heures après le début, et j'ai trouvé un appendice présentant une plaque de sphacèle. C'était une perforation en imminence, qui allait se faire. L'état a continué à être inquiétant pendant quelques jours, puis la jeune fille a guéri.

J'ai vu ensuite un enfant de 10 ans, auprès duquel je fus appelé le troisième jour — le mauvais jour, pour le chirurgien. Il avait fait un début à grand fracas, 39° de température, pouls à 120. Le 3e jour, la température tombe, avec un pouls à 140, des phénomènes abdominaux intenses, une péritonite généralisée. J'opérai. L'enfant succomba.

Dans le troisième cas, il s'agit d'une jeune fille chez laquelle on ne trouvait presque rien du côté du ventre. Le pouls était à 140, la température à 38°. Le lendemain, la température avait baissé, sans changement du pouls. A 4 heures de l'après-midi, à la suite de l'ingestion d'une petite quantité d'eau, apparaissent de la douleur abdominale, du ténesme vésical. La figure est grippée, le pouls à 150, le ventre absolument souple : c'est seulement par le toucher rectal que l'on découvre quelque chose. J'opérai. L'appendice parut peu atteint. La petite malade guérit.

La conduite à tenir reste assez embarrassante.

Lorsque, dès le début, vous proposez l'opération, on ne l'accepte généralement pas. Vous devez appliquer, alors, un traitement médical, la diète absolue (un verre à liqueur d'eau toutes les heures), de la glace sur le ventre, de l'opium. Pas de purgation.

Au bout de 24 heures, ou la température et le pouls restent parallèles, ou bien il y a dissociation, pouls fréquent et température non en rapport. Dans ce dernier cas, n'hésitez pas : ces appendicites — ce sont celles à début brusque, en général — ne se refroidissent pas. Au contraire, si le pouls n'augmente pas, vous pouvez attendre.

Il est un point sur lequel j'appelle, en dernier lieu, votre attention. Ce sont les phénomènes chroniques du côté de l'appendice. Vous verrez des enfants qui ont des troubles intestinaux, des caprices de l'appétit (ils se mettent à table avec un fort appétit et rapidement ils n'ont plus faim), des accidents divers, attribuables à l'appendice. Il faut connaître ces faits et savoir en rechercher l'origine.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

PRATIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE
DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

VIII

B. 15. — Répétition de la pose de petits appareils plâtrés ou silicatés au-dessous du genou et du coude.

Nous arrivons à la fin de cet article B, dont la tarification est uniformément fixée au prix de deux visites ou consultations.

Ces appareils plâtrés que nous ferons pour une fracture du péroné, ou des deux os de la jambe, ou des deux os de l'avant-bras, nous seront comptés au tarif vraiment trop peu rémuné-

rateur de deux visites. Ainsi donc, faire une piqûre de morphine nous est compté 7 fr. 50 (prix fort et maximum) et refaire un plâtre de jambe ou de bras ne nous vaudra pas plus. C'est dérisoire, en vérité. Ce n'est donc rien de faire un plâtre !

Je défie le plus malin de s'en tirer en moins de trois bons quarts d'heure et encore le plâtre ne sera pas sec ; il faudra aussi qu'on ait tout préparé et que nous ne cherchions rien ; il faudra également que l'ancien plâtre soit enlevé.

Il convient, en effet, de remarquer que la pose du premier appareil plâtré se confond avec l'honoraire de la réduction de la fracture qui en a été l'occasion.

Quand on songe à l'importance que présentent les soins des fractures, on est étrangement surpris de trouver au tarif des appréciations aussi maigres.

Espérons que les assureurs, qui ont le même intérêt que les patrons à ce que les fractures soient bien traitées, seront les premiers à solliciter un relèvement qui ne serait que justifié.

L'appareil plâtré me retiendra seul, car franchement le silicate est peu pratique et on l'abandonne de plus en plus. Je ne verrais l'utilité du silicate que pour un cas de résection avec pseudarthrose et cet appareil serait destiné à remplacer un appareil orthopédique qu'accordent généralement les compagnies. Ce serait aussi un appareil de marche amovible. Mais là encore ce n'est pas pratique.

D'abord, le silicate est délicat à faire ; il demande un certain tour de main que nous avons oublié pour la plupart, en admettant même qu'on nous eût montré la manière de nous y prendre.

Il faut en outre près de 24 heures pour avoir une solidité suffisante. La surveillance du membre pendant ce temps est nécessaire, sans cela une mauvaise position ou un faux mouvement rendent l'appareil d'un usage défectueux. A l'hôpital ou dans les familles aisées, cette surveillance peut s'exercer, mais à la campagne et chez un ouvrier, ce sera difficile. Nous pouvons au surplus faire en plâtre tout ce que nous ferions en silicate, la pose est rapide, la solidité immédiate et la durée de confection bien moindre.

C'est donc au plâtre que vont toutes nos faveurs.

On trouve maintenant chez la plupart de nos fournisseurs d'objets de pansements des appareils tout préparés pour les diverses fractures. C'est, paraît-il, très commode. Je manque d'expérience à ce sujet et je suis resté fidèle à l'appareil plâtré fait par l'opérateur lui-même.

On peut se procurer de la tarlatane apprêtée ; on ne dépassera pas dix à douze épaisseurs. C'est plus que suffisant. L'appareil taillé sera ensuite plongé dans le plâtre gâché.

On vend en boîtes de fer blanc scellées du plâtre à modeler et nous devons toujours avoir notre provision au complet. C'est peu coûteux et vraiment pratique d'avoir sous la main tout ce qui est nécessaire pour une fracture.

Il ne paraît pas utile de reproduire ici tout ce qui est écrit dans nos manuels, et la taille du modèle, la quantité de plâtre à employer, ne seraient que des redites.

Je veux cependant insister sur la bande plâtrée que quelques maisons tiennent et peuvent fournir mais que nous pouvons faire nous-mêmes et qui nous donne des appareils parfaits. A la jambe et à l'avant-bras c'est toujours aux bandes que j'ai recours. On prend une bande de tarlatane de 8 à 10 centimètres de largeur et de 5 à 6 mètres de longueur. On met dans une cuvette du plâtre à modeler et on roule la bande en ayant soin de frotter la trame dans le plâtre de manière qu'en se roulant la bande en retienne une certaine quantité. Les bandes sont placées dans une boîte de fer blanc et peuvent se conserver ainsi pendant des semaines.

Si le membre est abondamment pourvu de poils, on peut le raser ou l'enduire de vaseline ou d'huile ; on peut aussi mettre un bas de coton en ayant soin de le bien tendre, une bande de jersey écru très commun est également très commode. Ceci pour isoler le plâtre de la peau.

Dans de l'eau légèrement tiède, on ajoute une demi-cuillerée à café de gros sel, pas plus, et on plonge la bande de façon qu'elle baigne entièrement.

Très rapidement elle est imprégnée, on l'exprime légèrement et pendant qu'on l'emploie on en met une autre à tremper. On fait courir la bande sans serrer ; pour les renversés, on revient en arrière et on fait un pli qu'on lisse avec le pouce ou la main gauche et on tâche de ne point faire d'inégalité trop grande dans les épaisseurs.

Quatre bandes maximum *font à la jambe un* appareil solide ; il en faut un peu moins pour le bras.

On a fait la réduction avant d'appliquer les bandes et on a eu soin de faire une bonne traction en mettant le plâtre. Il faut cependant vérifier et dès qu'on a reconnu l'appareil suffisant, on s'assure de la direction et de la bonne place des fragments, ce qui se sent très bien sous le plâtre. L'opérateur ne quitte le membre qu'au moment où le plâtre est pris.

Par précaution et dans la crainte d'une gêne de circulation, je conseille de faire avant la dessiccation complète un trait avec un couteau auquel on donne un peu de morfil. Sur la face antérieure de la jambe on tracera deux incisions de telle sorte que, le morceau enlevé, l'appareil devienne une sorte de gouttière moulée.

De cette façon, on surveillera la fracture et la jambe, on écartera ou on resserrera le plâtre suivant les besoins.

On agira de la même façon pour le bras.

Si on veut faire du luxe, on prendra un peu de savon et on lustrera avec ce savon la surface plâtrée. On aura du stuc qui ne s'effritera pas dans le lit et l'appareil ainsi fait aura très bonne mine. Comme il est désagréable d'avoir du plâtre aux mains, et dans les ongles, on fera bien de s'enduire, avant de commencer, avec une bonne couche de vaseline ou de gratter un savon avec les ongles. L'opération terminée on se fera verser sur les mains un peu d'alcool ou d'eau de Cologne et le plâtre s'en ira très aisément. En somme, le moyen que j'indique met à la portée du praticien la possibilité de confectionner un plâtre sans embarras, car rien n'est plus simple que d'avoir une boîte de bandes toujours prêtes à être employées.

Le reproche fait à ces plâtres fermés, c'est le manque de surveillance et la possibilité d'un gonflement entraînant de la douleur et pouvant même aller jusqu'à la gangrène.

Par suite de la combinaison que j'indique, ces inconvénients ne sont pas à redouter.

D'ailleurs si on me faisait d'autres objections je crois que j'y répondrais aisément, car je parle de par mon expérience qui date de plus de 12 ans.

B. 16. — Injection de sérum physiologique.

Ceci clôt notre série de deux visites ou consultations.

Nous savons tous les résultats merveilleux, la résurrection véritable, qu'on obtient avec le

sérum dans les cas de grandes hémorrhagies ou d'intoxication.

Il n'y a pas à insister.

L'eau de mer est actuellement en faveur. On a certainement trop vanté cette ressource thérapeutique, mais on ne peut contester des résultats satisfaisants.

(*A suivre.*) Dr Ch. LEVASSORT.

THÉRAPEUTIQUE

Diagnostic et traitement du thrombus puerpéral,

Par le Dr FAGETTE.

Le thrombus puerpéral est un épanchement sanguin qui se développe dans le tissu cellulaire entourant la vulve et le vagin. On l'observe parfois pendant la grossesse, mais il se présente surtout après l'accouchement. A ce moment en effet, la compression exercée par la tête fœtale ou le délivre sur les vaisseaux traumatisés n'existe plus, et l'épanchement se produit.

Le diagnostic de cet hématome est relativement, facile : Il s'agit d'une récente accouchée qui, bientôt après la délivrance, est prise de douleurs vives au niveau de la vulve et du vagin. Cette douleur a des irradiations pelviennes et il existe, en même temps, des crampes, des fourmillements aux membres inférieurs. Les malades accusent encore un symptôme important qu'il faut bien connaître. C'est un besoin de pousser, accompagné de ténesme anal et vésical. Enfin, quand le thrombus est volumineux, on constate les signes habituels de toute hémorragie un peu abondante, sans que, pour cela, l'hématome soit rompu.

Si la tumeur est vulvaire, siégeant sur une grande lèvre, l'inspection suffit à la faire reconnaître. Quand le thrombus est vaginal, aucun signe extérieur n'appelle sur lui l'attention. On pratique alors le toucher *rigoureusement* aseptique, et, sur l'un des côtés du vagin, on sent une tuméfaction plus ou moins volumineuse, aux limites mal définies, arrondie, fluctuante, sans battements.

Quel doit être le traitement de cette affection puerpérale ? D'abord, il ne faut pas inciser, il faut compter sur la résolution du thrombus et l'attendre, en sachant que cette résolution peut être longue. Mais pendant cette expectative, il est nécessaire de redoubler les soins antiseptiques. La solution d'anios à 2 0[0, si utile en obstétrique pour la toilette des accouchées et le traitement des infections, nous sert encore dans le cas de thrombus. La production d'oxygène naissant permanente et régulière qu'elle développe au contact des tissus, fournit sans causticité, une puissance antiseptique considérable. De plus elle n'est pas toxique, et l'on peut, sans inconvénients, prolonger et renouveler autant qu'il est nécessaire les injections d'anios.

Trois cas peuvent se présenter quand il s'agit de traiter l'hématome vagino-vulvaire.

1° La tumeur est superficielle (vulvaire) :

2° La tumeur est profonde (vaginale) ;

3° Elle est rompue, ou bien *considérable*, ou bien infectée.

Dans le premier cas, des lavages avec la solution d'anios à 2 0[0 suffiront, en prenant la précaution de protéger la tumeur par une gaze aseptique. Dans le second cas, il faut faire des injections vaginales, trois fois par jour, avec beaucoup de douceur et le minimum de pression.

Le 3e cas représente les trois indications où il faut intervenir chirurgicalement. Quand l'hématome est rompu, il peut survenir de graves hémorrhagies, et l'infection est à craindre. Quand il est *considérable* les douleurs peuvent être « tellement vives qu'elles empêchent tout repos », Enfin quand il est infecté, il faut éliminer ce foyer dangereux, véritable phlegmon.

Après les injections et les lavages antiseptiques on place sur la tumeur des compresses d'anios, puis, la désinfection étant complète, on pratique une incision de 3 à 4 ctm. à la partie la plus déclive de la tumeur. On évacue tout le contenu, puis on lave la poche avec la solution chaude à 2 0[0. Quand la suppuration est développée, avec nécrose de la paroi, il faut *largement* ouvrir et gratter la poche à sa partie interne avec une curette mousse. On lave ensuite abondamment, parfois on laisse un drain, et on saupoudre avec l'anios pulvérisé. Par dessus, un tamponnement compressif facilite la résorption.

Grâce aux propriétés antiseptiques et cicatrisantes de l'anios, nous obtenons rapidement une guérison complète et sans inconvénient, car cette substance n'est pas toxique, et n'exerce aucune causticité sur les parois plus ou moins mortifiées. Tout autre antiseptique serait dangereux, et n'amènerait pas comme le trioxychlorométhyle de vanadium une restauration aussi rapide des tissus.

ETUDES ET PROJETS

Les Syndicats Médicaux.
Leur Fonctionnement. — Leur Organisation.
Leur Influence. — Leur Rôle.

Par le Dr P. VIROULAUD,
de Villebois-la-Valette (Charente).

(*Suite.*)

B. *Coopération pécuniaire.*

Si le Syndicat des médecins de Saint-Mandé marque une évolution intéressante vers la démocratisation des syndicats médicaux, il est surtout utile de constater qu'il fait faire un pas considérable à la question des cotisations dans les Syndicats.

Nombre de Syndicats médicaux se contentent de versements annuels de 3, 4, 5 francs. Que peuvent faire ces groupements avec de si minces ressources. C'est tout au plus si les cotisations couvrent les frais ordinaires. Témoin ce compte-rendu de l'Assemblée générale du syndicat du Gers en date du 7 janvier 1906 :

« *La cotisation de 3 francs par membre ayant été à peine suffisante pour payer les frais d'impression des travaux du Syndicat et pour l'affranchissement des lettres et circulaires, le Dr Daguzan* a proposé d'envoyer, à l'avenir, sous simple bande tout ce qui concernait le syndicat, que le simple titre de *Syndicat médical du Gers* suffirait pour préserver du panier ces imprimés, et que de ce fait une notable économie serait réalisée. (*Adopté à l'unanimité.*)

« Le *président* a fait remarquer qu'il serait utile, pour que les décisions du Syndicat aient un poids, que toutes nos idées et que tous nos vœux soient soutenus par l'*Union des syndicats* dont nous devrions faire partie, mais qu'il ne faisait pas encore cette proposition parce que le chiffre de la cotisation était trop faible, *qu'il fallait payer 2 francs par membre pour faire partie de l'Union des syndicats, et que ce supplément de cotisation pourrait éloigner quelques membres de notre groupement, ce qu'il fallait éviter à tout prix.*

La Reine de Vals

Une des principales indications de la Reine de Vals est, sans doute, la **diarrhée infantile**, sous quelque forme qu'elle se présente ; on aurait tort pourtant de croire que cette indication soit exclusive.

L'eau de la Reine est l'eau digestive la plus parfaite et la mieux appropriée aux **estomacs fatigués**.

***

Dans nombre de cas, l'estomac se montre d'une intolérance excessive : tous les aliments, toutes les boissons sont rejetés, l'usage du vin surtout est impossible. — L'eau de la Reine est alors formellement indiquée : par sa réaction alcaline, elle empêche la fermentation lactique des liquides ingérés, tandis que le gaz carbonique qu'elle renferme agit comme anesthésique sur la muqueuse stomacale.

Dans la **dyspepsie acescente**, son action ne se borne pas d'ailleurs à la neutralisation chimique des liquides acides contenus dans l'estomac, elle provoque la réaction de l'estomac sur lui-même : les digestions difficiles, languissantes et parfois douloureuses, s'opèrent avec plus de facilité, et l'on voit le malade qui ne connaissait plus le sentiment de la faim reprendre son appétit.

Dans les **gastralgies névrosiques** et, d'une *manière générale, toutes les fois* qu'il y a **douleur** et **intolérance**, l'eau de la Reine est l'adjuvant naturel de toute médication.

***

L'eau de la Reine n'est pas moins indiquée dans les maladies des **organes digestifs** caractérisées par un état de **faiblesse**, de **langueur** ou d'**atonie** : elle donne un surcroît d'activité et d'énergie à toutes les grandes fonctions de l'économie et principalement à l'absorption et à la circulation.

Elle convient aux personnes qui, sans être autrement malades, se plaignent d'un **sentiment de plénitude** après les repas et de **lenteur de la digestion**, le tout s'accompagnant de **migraines**, d'**étourdissement** ou de **vertige**.

***

Chez les **arthritiques**, il n'est pas rare de voir les **troubles digestifs** alterner avec les autres manifestations du rhumatisme : l'eau de la Reine est alors particulièrement indiquée. Son usage est certainement l'un des meilleurs moyens qui puissent mettre fin à un état qui a tendance à se prolonger d'une manière interminable.

Elle convient d'une manière générale aux **arthritiques** et à tous les dyspeptiques chez lesquels les troubles digestifs sont liés à une forme quelconque de la **diathèse urique**.

***

Les troubles dans le fonctionnement du **foie** et les phénomènes dyspeptiques qu'ils entraînent sont modifiés de la manière la plus heureuse par l'eau de la Reine. Son usage doit alors être prolongé pendant un certain temps — on n'a pas à craindre avec elle la cachexie alcaline comme avec les eaux fortes — c'est qu'alors il faut rechercher non pas une de ces perturbations générales de l'organisme que l'antique médecine désignait du nom de crises, mais au contraire une action lente et progressive ; grâce à l'usage de la Reine, l'appétit augmente d'abord légèrement, le sommeil suit, les forces reviennent, les urines et les selles se régularisent, puis enfin la guérison s'affirme. Ces symptômes coïncident avec une dilution légère des matières bilieuses épaissies, avec une sollicitation plus fréquente, et plus énergique sans doute, de l'intestin, qui, à son tour, sollicite les canaux biliaires.

De même, dans les **affections hépatiques** bien caractérisées, l'usage de la Reine permettra de continuer le traitement commencé avec les eaux alcalines fortes, sans qu'il y ait à craindre les inconvénients inhérents à l'usage prolongé de ces dernières.

***

Dans les cas de **maladies infectieuses**, de **grippe**, de **fièvre typhoïde**, il y a insuffisance rénale manifeste, alors au contraire que l'économie est surchargée de toxines et d'éléments de dénutrition dont il est nécessaire de hâter l'élimination. *L'eau de la Reine, grâce à sa composition*, exerce alors un véritable lavage du sang et augmente la diurèse en même temps qu'elle entrave la pullulation microbienne.

***

Dans les **convalescences des maladies aiguës**, on voit souvent la muqueuse buccale exfoliée : la langue, rouge à la pointe et aux bords, est le siège d'une sensation de brûlure permanente et fort pénible pour les malades ; — l'usage de la Reine a, dans ce cas, une action topique des plus heureuses : elle modifie l'état de sécheresse de la muqueuse et entrave la végétation des microphytes qu'on rencontre si souvent dans cet état.

***

Par les exigences de la vie mondaine, nombre de personnes ont l'**estomac fatigué** — l'eau de la Reine leur conviendra merveilleusement comme **eau de table**, que l'état de l'estomac soit lié à un état diathésique ou qu'il soit la conséquence d'un simple surmenage.

La minéralisation de la Reine n'est pas telle, en effet, qu'elle doive être réservée à un usage exclusivement médical : elle ne s'oppose en aucune façon à l'usage habituel *même à titre* simplement hygiénique — c'est dire qu'elle peut être utilisée avantageusement **en temps d'épidémie**, et toutes les fois que les eaux destinées à l'alimentation sont peu sûres, comme cela se rencontre sur bien des plages et en beaucoup trop de villes.

Faut-il ajouter que la Reine est fort agréable à boire, que sa saveur est fraîche et pétillante, que sa conservation est parfaite grâce aux soins avec lesquels elle est embouteillée, et qu'elle est toujours identique à elle-même grâce à la perfection de son captage ?

***

La Reine a été une des premières adoptions du Concours médical : une expérimentation d'un quart de siècle n'a fait que confirmer sa valeur diététique et thérapeutique, et la faveur dont elle jouit près du Corps médical n'a fait que s'accroître d'année en année, suivant la progression qu'elle mérite.

La **Reine de Vals** se trouve chez tous les marchands d'eaux minérales, dans toutes les pharmacies. On peut se la procurer d'ailleurs dans tous les dépôts de la Compagnie Fermière de Vichy, ou s'adresser directement à l'Administrateur délégué de la Société propriétaire, **M. CHAMPETIER**, à Vals-les-Bains (Ardèche).

Correspondance hebdomadaire
(*Suite*).

2° N'ayant point connaissance des termes des lettres échangées entre vous et la Compagnie, nous ne pouvons savoir si celle-ci a pris à votre égard des engagements directs qui vous permettent de la citer avec chance de succès. Nous vous conseillons donc de vous adresser au patron dont la responsabilité ne fait pas de doute, puisque c'est la loi qui l'établit. D'ailleurs, pratiquement, vous avez même garantie.

3° C'est le juge de paix du lieu où est survenu l'accident qui est compétent.

Dr H., à C., à *Concours*. — En ma qualité d'abonné au journal le *Concours médical* » je vous prie de me renseigner par la voie du journal sur les questions suivantes :

1° Je soigne, en même temps que mon confrère le docteur X..., les ouvriers de l'usine depuis environ *deux* ans, ces ouvriers font partie depuis ce temps-là, d'une Société de Secours Mutuels.

Or, mon confrère et moi avons refusé de traiter ces ouvriers à forfait, et nous sommes mis d'accord pour donner nos soins au tarif à la visite et à la consultation. Tout marcha comme sur des roulettes jusqu'à ces derniers jours, où je fus appelé par le patron de l'usine qui me proposa un fixe à forfait annuel, sans en faire part à mon confrère le docteur X..... Or, je répondis que j'étais lié avec ce dernier pour ne pas accepter de traitement fixe et que je ne pouvais pas, par conséquent, agir en hypocrite, et du moins sans lui en parler, ce que je fis aussitôt.

Sur ces entrefaites, Messieurs Z me menacèrent de faire venir un troisième médecin dans le pays, ce qui était déjà très convenable pour les docteurs présents. Mais le troisième médecin n'ayant pas été trouvé, on eut recours à un subterfuge.

Depuis le 1er juillet, *sans qu'il y ait eu aucun engagement de pris entre le Docteur X... et la Société susdite, sans même que j'en aie été averti autrement que par les ouvriers*, le patron de l'usine sus-nommée envoie tous ses ouvriers chez M. le docteur X..., mon confrère, en leur disant que s'ils veulent venir chez moi, ils seraient obligés de payer.

Or, je vois dans ce procédé une méchanceté flagrante et je vous demande si ce patron est en droit de détourner une clientèle qui date de 2 années pour l'envoyer chez mon confrère, qui

Suite page X.

« Plusieurs membres de l'assemblée ayant, malgré cela, demandé l'élévation du chiffre de la cotisation, cette proposition a été mise aux voix et rejetée. »

« Ce syndicat nouveau-né semble disposé à une grande activité et s'est préparé à la lutte sur toutes les questions actuelles. C'est très bien, mais quelle part pourra-t-il prendre aux démarches onéreuses ?

« Soutiendra-t-il avec ses seules ressources cette succession de procès onéreux après laquelle disparaît, sous une jurisprudence nouvelle, un grave préjudice judiciaire porté à toute la profession médicale ? Il n'y peut même pas songer.

« Les syndicats ouvriers riraient de nous, s'ils savaient notre parcimonie poussée jusque-là.

« Eh bien ! supposons que chaque syndicat, réorganisé sous le régime que nous préconisons, réclame à ses membres une cotisation de 30 fr. se décomposant ainsi :

Pour le syndicat lui-même (frais de banquet compris).................... 10 fr.
Pour cotisation à l'Union des syndicats. 2 fr.
Pour la cotisation au « Sou médical »... 18 fr.

« N'aperçoit-on pas de suite quels services considérables les syndicats ainsi trempés et groupés seraient appelés à rendre sur le terrain qui est bien le leur, la défense vigoureuse, incessante de nos intérêts à tous ?

« Nous savons, comme tous nos confrères, la valeur de l'argent. Or, nous ne craignons pas d'affirmer ici, *avec les* 1000 *membres du « Sou médical » actuel* que, quand il s'agit de s'assurer contre tous les risques professionnels, de se faire des protecteurs et des amis partout, verser une prime de 30 fr., c'est faire mieux qu'un placement de père de famille, c'est spéculer à coup sûr.

« Et nous concluons carrément de cette longue étude :

« *L'avenir des syndicats n'est que là, à ce prix, suivant cette méthode ; et cet avenir, c'est demain, si nous le* VOULONS. (1) ».

Et le Dr Diverneresse va plus loin encore (2).

« Et maintenant, dit-il, le syndicat médical de Saint-Mandé est-il le dernier mot du syndicalisme médical, en réalise-t-il l'idéal ? Nous répondons non, pas encore complètement.

« Pour que cet idéal soit à peu près atteint, il faudrait qu'en plus de cette prime de vingt-sept francs tout médecin syndiqué verse encore au trésorier de son syndicat :

« 1° Une prime d'environ 110 fr. pour la retraite ;

« 2° Une prime d'environ 59 francs pour assurances contre la maladie ;

« 3° Une prime d'environ 40 fr. pour contre-assurance de la retraite, ce qui permettrait, en cas de mort du médecin, de rembourser à sa veuve toutes les primes versées par le confrère qui mourrait avant l'âge de la retraite.

« C'est qu'en effet lorsque l'on parle à un jeune médecin de payer une prime pour s'assurer une retraite pour ses vieux jours, il vous répond : en payant cette prime, je fais acte d'égoïsme, car pour m'assurer une retraite, je prive chaque année ma femme et mes enfants d'une somme qui leur serait utile et qui sera perdue pour eux.

« Il est facile de répondre à cette objection en lui faisant remarquer :

« Que l'argent de ces primes ne sera pas perdu pour sa famille puisqu'en payant une légère prime (20 fr.) de contre-assurance, sa veuve rentrera en possession de toutes les primes qui auront été versées, si le médecin meurt avant l'âge de la retraite.

« Si le médecin, au contraire, arrive à l'âge de la retraite et qu'il en jouisse, non seulement les primes versées ne profiteront pas exclusivement au médecin, mais elles profiteront doublement à son épouse qui les partagera avec lui et aussi à ses enfants. En effet si le médecin ayant une retraite de 1.200 fr. dont il a besoin pour vivre, et pour laquelle il a payé 149 fr. pendant 35 ans (soit un total de 5.220 f.) ne s'était pas assuré cette retraite, il serait obligé d'immobiliser 40.000 francs environ pour avoir un revenu de 1.200 fr. équivalent à la retraite qui l'aide à vivre. Tandis que s'il a sa retraite de 1,200, il peut distribuer à ses enfants pour les doter ou les faciliter, la somme de 40.000 francs qu'il aurait dû conserver pour avoir les 1.200 de revenus dont il a besoin pour vivre sans exercer sa profession.

« Tout cela est fort beau, direz-vous, mais vous demanderez au médecin de verser annuellement pour toutes ces œuvres de défense et de prévoyance l'énorme somme de 236 fr. et beaucoup de médecins ne peuvent pas le faire.

« Je répondrai : si, tous peuvent le faire s'ils voulaient ne pas faire la charité aux mutualistes qui ont aujourd'hui 1/2 milliard de réserves, et si, pour assurer la sécurité de leur famille et de leurs vieux jours, *ils sacrifiaient moins à leur vanité, en s'abstenant de faire de la médecine gratuite, en échange de vains rubans multicolores et bien démodés aujourd'hui aux yeux même des campagnards.*

« Oui chaque médecin devrait verser au trésorier de son syndicat la somme de 236 francs. Le trésorier se chargerait de l'inscrire d'office au Sou médical, à l'Amicale maladie, à la Caisse de retraite du Concours médical. Alors le syndicat pourrait les défendre contre tous ses ennemis : Mutualités, Cies d'assurances, maire, préfet, maladie, vieillesse.

« Le Syndicat médical de Saint-Mandé tient jusqu'à ce jour le record dans cette voie.

« Quel est le syndicat qui va lui enlever la coupe ? »

Organisation du Syndicalisme médical.

Les Syndicats locaux ont leur raison d'être pour maintenir les tarifs rémunérateurs dans les sociétés locales, dans la clientèle ordinaire, pour combattre l'exercice illégal, etc., etc. Mais devant l'extension considérable des collectivités et leur organisation en fédérations, en présence du vote et de l'application des lois sociales intéressant l'exercice de la médecine, les Syndicats médicaux doivent recourir à une fédération véritable, faite de toutes les forces agrégées, ainsi efficacement opposables aux empiètements généraux des plus puissantes collectivités et de l'Etat.

Voit-on, par exemple, le syndicat isolé d'un arrondissement, d'un département obtenant à lui tout seul la modification d'un texte de loi ?

« Le syndicat *local*, dit le Dr Jeanne, a sa raison d'être devant les *services municipaux* ; le groupement *départemental* s'impose pour les relations avec les *Conseils généraux* et les *Préfectures*, subdivisible, s'il y a lieu, par arrondissements à cause de la différence de richesse de ceux-ci dans un même département ; enfin, le groupement *central*, parisien, c'est-à-dire l'Union actuelle, est indispensable en présence du pouvoir *exécutif* et *législatif*.

Mais, pour établir la cohésion entre le petit Syndicat et l'Union centrale, il faut, croyons-nous, tout au moins à titre de propagande, des intermédiaires sous forme de Fédérations régionales. Et à ce sujet, le *Journal des Praticiens*. de M. le docteur HUCHARD disait : « L'Union des médecins est restée jusqu'aujourd'hui une quan-

(1) *Concours Médical*, 10 mars 1907.
(2) *Concours Médical*, 22 septembre 1907, page 672.

tité négligeable. Elle ne le sera plus le jour où des liens serrés s'établiront entre un président central et des comités régionaux ».

De même le Dr Lambin, dont la compétence en la matière est bien connue, parlant de la question, disait :

« Nos syndicats, aujourd'hui quantités négligeables, ne seront forts que le jour où cette organisation sera effective, le jour où des liens serrés s'établiront entre les fédérations régionales, entre celles-ci et le Président central. Alors ce sera fa force par l'union. »

Quant à l'organisation proprement dite de ces Fédérations générales, nous ne saurions mieux faire que de laisser la parole à M. le docteur Bolliet de Lyon, le véritable initiateur de ce mouvement fédéral, en reproduisant le remarquable rapport qu'il présenta au Comité directeur de l'Union de Sud-Est, à la réunion du 13 mai 1906.

Après avoir cité les opinions de divers médecins sur la création de l'Union régionale, il critique ainsi l'action inefficace d'une seule union centrale :

« Nous allons établir par des documents officiels que le nombre des syndicats adhérents actuellement à l'Union des syndicats médicaux de France est moins élevé qu'au premier jour de sa création. Pour cela, nous sommes obligés de faire connaître, au préalable, l'état de l'Union de France en 1884. Dans le *Concours médical*, du 2 novembre 1901, page 522, M. le Dr Gassot, dit : « Les associations syndicales étaient entrées dans les mœurs médicales quand, en 1884, fut promulguée la loi sur les syndicats professionnels, la période d'enfantement était passée, les syndicats médicaux vivaient et prospéraient, la loi consacrait leur existence et l'avenir s'annonçait sous de belles couleurs ; il ne leur restait plus qu'à se fédérer en constituant une Union des syndicats médicaux de France. C'est ce qu'ils firent le 27 juillet 1884.

« Ici s'arrête la première partie de l'histoire des syndicats médicaux ; ils sont alors au nombre de plus de 150, *la moitié d'entre eux a adhéré à l'Union* . »

« Dans son remarquable article, sur le rôle et l'histoire des syndicats médicaux, inséré dans le *Bulletin de l'Union* du 5 septembre 1905, page 2, M. le Dr Noir dit : « L'origine des syndicats médicaux actuels remonte à 1879 ; Cézilly venait de fonder le *Concours médical* et d'y ouvrir une chronique professionnelle ; on y recherchait les causes qui faisaient que la profession médicale n'était pas lucrative. Un médecin du Havre, le Dr Margueritte, dans une courte lettre du 28 octobre 1879, émettait en trois lignes l'idée de réunir les médecins en syndicats. Cézilly le priait de développer son idée ; il s'ensuivit toute une correspondance où nombre de praticiens prenaient à partie le Dr Margueritte et traitaient son projet d'utopie.

« Sept syndicats cependant s'organisèrent en 1880 et le premier fut celui de Montaigu, en Vendée, dont le fondateur fut le Dr Mignen.

« Sous l'impulsion énergique de Cézilly, les syndicats médicaux se multiplièrent ; il en existait 29 en 1882, 74 en 1884, époque où ils se réunirent en une fédération qui porta le nom d'Union des syndicats médicaux de France : à cette date fut votée la loi sur les syndicats professionnels. En 1885, 81 syndicats médicaux existaient, quand un arrêt de la Cour de cassation, approuvant un jugement de Domfront, leur enleva le droit d'existence légale. Ce fut un coup rude porté à ces nouvelles organisations prospères. Mais en 1892, l'article 13 de la loi sur la médecine leur rendit le droit de vivre. Dès lors, la propagande syndicale recommença : 40 syndicats s'organisèrent en 1893. L'application de la loi sur l'Assistance médicale gratuite survint et fit sentir aux médecins le besoin de se concerter ; le nombre des syndicats atteignit 100 en 1895, puis 111 en 1896.

« En 1902, l'*Annuaire officiel des syndicats* indique 131 syndicats médicaux, et combien en existe-t-il qui n'ont pas fait de déclarations légales ? Combien de nouveaux se sont-ils fondés au sujet de l'application de la loi sur les accidents du travail. Il n'y a guère actuellement en France qu'une dizaine de départements qui en sont dépourvus. Ces associations, restreintes à un tout petit cercle à leur origine, se sont étendues de plus en plus. Nombreux sont les syndicats départementaux et *aujourd'hui nous assistons même à la création de grandes Fédérations régionales qui donneront, il n'en faut pas douter, une vie plus active aux sociétés déjà existantes.* »

« Ainsi donc, nous savons qu'au moment de sa fondation, en 1885, l'Union avait environ 74 syndicats adhérents.

« Combien en a-t-elle en 1905, c'est-à-dire après 11 ans d'existence ? L'*Annuaire* publié dans le *Bulletin de l'Union* du 20 septembre, 5 octobre, 20 octobre, 5 novembre 1905, va nous renseigner à ce sujet. Nous en avons fait une étude sérieuse et nous avons trouvé qu'il y a 4 syndicats de 5 à 10 membres ; 13 syndicats de 10 à 20 membres ; 15 syndicats de 20 à 30 membres ; 9 syndicats de 30 à 40 membres ; 4 syndicats de 40 à 50 membres ; 3 syndicats de 50 à 60 membres ; 5 syndicats de 60 à 70 membres ; 4 syndicats de 70 à 80 membres ; 5 syndicats de 80 à 90 membres ; 1 syndicat de 106 membres ; 1 syndicat de 132 membres ; 1 syndicat de 191 membres ; 1 syndicat de 197 membres ; 1 syndicat de 1,015 membres. — Total : 67 syndicats, y compris les deux syndicats coloniaux d'Alger et d'Oran.

« A propos de la rédaction de l'*Annuaire*, nous ferons remarquer que le Syndicat de la Vallée du Rhône, qui comprend des adhérents dans les départements de l'Ardèche, de la Drôme, de l'Isère, du Rhône, est compté à tort quatre fois, c'est-à-dire comme formant des syndicats séparés dans les quatre départements. Dans notre statistique nous ne l'avons compté qu'une fois.

« Ajoutons que l'*Annuaire* désigne 7 syndicats comme étant en voie de formation ou de réorganisation, adhérents à l'Union. Même en tenant compte de ces 7 syndicats, il n'y aurait, en 1905, que : 67 + 7 = 74 syndicats adhérents à l'Union c'est-à-dire le même nombre qu'en 1884.

« Quant au total des syndiqués adhérents à l'Union, il a été évalué pour 1884, à 3.500 environ, avec 74 syndicats. En 1900, l'*Annuaire* officiel indique 3,177 adhérents, avec 60 syndicats. En 1905, il mentionne 4,025 adhérents, avec 67 syndicats. Mais ce chiffre de 4,025 adhérents paraît fictif, car le Compte rendu financier publié dans le *Bulletin de l'Union* (5 décembre 1905, page 573) spécifie que le montant des cotisations ne s'est élevé qu'à 6.064 fr., et si on divise cette somme par deux, c'est-à-dire par le chiffre de la cotisation, on ne compte effectivement que 3,032 adhérents à l'Union pour 1905, ce qui représente la sixième partie du Corps médical.

« Quelle est la valeur, au point de vue de la défense professionnelle, des 67 syndicats adhérents à l'Union ? La réponse nous sera fournie par un document officiel. En 1904, à propos des modifications que le Parlement devait apporter à l'article 4 de la loi sur les accidents du travail, l'Union avait demandé à tous les syndicats de France de lui envoyer leurs tarifs. Le *Bulletin de l'Union* du 5 octobre 1906 fait connaître la liste des

syndicats qui ont répondu à cet appel. Il n'y en a que 45 en tout. Mais de ce nombre il faut défalquer 15 syndicats ou fédérations qui n'adhèrent pas à l'Union, à savoir ; la Fédération du Nord et du Pas-de-Calais, l'Union du Sud-Est, la Société médicale de Besançon, les Syndicats de Bourg, de Corbeil, de l'Eure, des Hautes-Alpes, les Médecins de Malakoff (Seine), le Syndicat du Morvan, les Syndicats de Ploermel, du Puy-de-Dôme, de Rambouillet, du Rhône, de Trévoux, le Syndicat des médecins de Versailles.

« Par conséquent, s'il n'y a eu, parmi les 67 syndicats adhérant à l'Union, que 30 syndicats qui aient donné signe de vie sur la question si importante des accidents du travail il est permis de supposer que les 37 autres, qui sont restés silencieux, manquent absolument de vitalité et n'existent pour ainsi dire que nominativement, hypothèse d'ailleurs justifiée, au moins en partie, par le fait que 939 membres inscrits sur l'*Annuaire* n'ont pas payé leur cotisation de 1905. Les délégués de l'Union n'ayant pu mettre, en somme, sous les yeux des membres de la Commission ministérielle des accidents du travail que 45 tarifs syndicaux, nombre à peu près égal à celui des Compagnies-accidents, on comprend très bien que les délégués « avaient beau masquer les défauts de leur cuirasse, ils n'ont pas échappé aux yeux attentifs qui les recherchaient. »

« Il serait puéril de se dissimuler que le recrutement plutôt stationnaire d'une Union qui englobe toute la France dans sa sphère d'action est de nature à suggérer des réflexions aux confrères qui examinent la situation sans parti pris et qui désirent qu'elle s'améliore.

« Le langage syndical ne comportant pas « l'abus de la gaze et de l'ornementation », nous n'hésitons pas à dire que la non-adhésion à l'Union de plus de la moitié des syndicats actuels, que l'inertie ou la disparition d'un certain nombre de syndicats, que l'absence de syndicats dans beaucoup de régions nous semblent provenir en grande partie d'un défaut d'unité et de méthode dans l'organisation et le groupement des syndicats médicaux.

(*A suivre.*)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Le Congrès de Lille

Mon cher Rédacteur en chef,

Eh bien, moi aussi, j'ai voulu, après le Congrès de Lille, faire la petite excursion Bruxelles-Ostende-Londres. Vous me demandez mes impressions, les voici :

Personnellement, j'ai été enchanté et du Congrès et du voyage, mais ce n'est pas là certainement ce que j'ai à vous répondre : ce que vous voulez savoir, c'est l'impression générale que j'ai pu rapporter, c'est mon sentiment sur le voyage en corps dont nos Confrères de Lille avaient pris l'initiative avec l'idée que ce voyage terminerait joyeusement la tâche un peu aride des congressistes.

Or, le résultat ne me paraît pas avoir atteint tout à fait le but que nos amis s'étaient proposé.

Ce n'est pas que je veuille peu ou prou incriminer qui que ce soit : faire voyager 350 personnes n'est pas une petite affaire et, quand il s'agit de médecins qui ne s'inscrivent qu'au dernier moment, la tâche devient vraiment écrasante. Et puis, faut-il le dire ? le personnel voyageant n'était pas précisément le même que le personnel délibérant au Congrès : outre les dames qui, fort nombreuses, ont pris part à l'excursion, il était facile de voir que nombre de figures étaient nouvelles.

Evidemment, pour beaucoup, la dite excursion avait été le but unique du rendez-vous à Lille, et, pour ceux-là, ce qu'il pouvait y avoir de confraternel dans l'organisation passait certainement inaperçu.

Pouvait-il ne pas survenir quelques petits accrocs ? Evidemment non; mais alors que la plupart en prenaient amicalement leur parti vis-à-vis des organisateurs débordés, quelques-uns ont cru devoir protester d'une manière un peu excessive. Notez qu'il s'agissait d'un voyage dans des pays qui n'ont pas nos habitudes de France, que les groupements se trouvaient disloqués à chaque arrivée dans une ville nouvelle et que, malgré tous les efforts de l'agence à qui avait été confiée l'organisation de ce voyage ultra rapide, le temps matériel faisait le plus souvent défaut pour corriger quelques petites erreurs.

La vérité, on ne saurait trop le dire, c'est que tous ont fait ce qu'ils ont pu pour que chacun fût satisfait. S'ils n'y avaient pas réussi complètement, ce serait la condamnation, pour l'avenir, d'excursions de ce genre.

Nous devons à nos confrères Lillois cette justice qu'ils se sont donné un mal effroyable, qu'ils ont tout fait pour réussir et qu'en somme ils ont réussi dans la mesure du possible.

Quelques mois de recul, et, j'en suis certain, les rares accès de mauvaise humeur qui ont pu se produire feront place au souvenir agréable des quelques heures passées, en famille médicale, par un temps merveilleux, une mer délicieuse, au milieu de surprises chaque jour renouvelées.

Ceci dit, je reviens aux choses plus sérieuses.

Il m'a semblé que nous n'avions pas encore toute l'expérience voulue en matière de Congrès et qu'il conviendrait, en vue des Congrès futurs, d'étudier une organisation meilleure de nos travaux afin de rendre les discussions plus précises et moins longues, de mieux coordonner les questions, de mieux préciser les votes.

Ce sera l'œuvre de la commission permanente que le Congrès laisse après lui ; mais j'estime que nos confrères devraient dès maintenant nous faire part de leurs idées à ce sujet, nous présenter leurs observations, nous soumettre les réformes qui leur paraissent nécessaires.

On a parlé de séances de commissions le matin, de séances plénières le soir seulement ; il me semble que cette organisation répondrait à certains desiderata. Je la signale à titre d'exemple.

Le *Concours*, j'en suis certain, accueillera volontiers toutes les communications qui lui seront faites, et la Commission permanente, dès sa première réunion, pourrait être utilement saisie de propositions déjà mûries et discutées.

On discutera longtemps sans doute les résolutions votées par le Congrès : ce qui me paraît être devoir immédiatement relevé, c'est la bonne grâce avec laquelle les champions d'idées différentes se sont prêtés à des transactions qui ont atténué les divergences et concilié la presque unanimité des votes, c'est d'un bon augure pour l'avenir des relations confraternelles aussi bien que des aspirations du corps médical. A se voir, à s'entendre, on s'aperçoit que tout rapprochement n'est pas impossible et on s'en trouve heureusement surpris.

Ce résultat, fût-il le seul qu'on pût attendre des Congrès des praticiens, serait déjà fort appréciable, nous en avons eu la preuve à Lille comme nous l'avions eue, l'an dernier, à Paris. Mais nous sommes en droit de penser que les questions soulevées par les représentants autorisés de près de dix mille praticiens ne peuvent être considérées comme indéfiniment négligeables.

Le *Corps médical s'agite* ; quelque *insolite* que la chose puisse paraître, cette agitation ne sera pas stérile et portera ses fruits.

Un vieux praticien.

CHRONIQUE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Et Diverneresse continue la chasse aux abus

A Monsieur le Ministre de la Justice,

Monsieur le Ministre,

Un de mes clients, Monsieur Roux (Alfred), domicilié au Bourget, 19, avenue Pasteur, s'est présenté au Greffe du Palais de Justice de Paris le jeudi 4 Juin 1908, à dix heures du matin, dans les circonstances suivantes :

Le vingt novembre 1906, devant Monsieur le Président des conciliations, cet ouvrier s'était arrangé avec l'assureur de son patron ainsi que l'indique l'expert, Monsieur le Docteur Brouardel, dans son rapport du 31 mars 1908. Aux termes de cette conciliation, la compagnie aurait racheté pour cinq cents francs les 25 fr. de rente qu'elle reconnaissait devoir à Monsieur Roux, l'ouvrier blessé, et qui avait été fixée à 1 % représentant l'incapacité de 2 % admise par Monsieur le Président de la conciliation.

La copie de cette ordonnance de conciliation aurait dû être, conformément à l'article 16 de la loi, adressée au blessé, ce qui n'a jamais été fait, sans doute, par suite d'une négligence ou d'une faute du greffe du tribunal.

Le blessé a fait un procès en révision. Monsieur le Docteur Brouardel, commis comme expert, estime à 6 % l'incapacité actuelle, mais il ajoute qu'il n'a trouvé aucune pièce indiquant quel était le taux de l'incapacité au moment de la conciliation, et qu'il ne peut dire s'il y a eu aggravation. S'appuyant sur cette déclaration de l'expert, un jugement de la 4e chambre du Tribunal civil de la Seine en date du 11 mai 1908, déboute le blessé parce qu'il ne peut faire la preuve qu'il y a eu aggravation.

Or, le procès-verbal de conciliation du 20 novembre 1906 était précisément la pièce qui pouvait d'une manière irréfutable établir qu'il y avait en 1906 2 % d'incapacité et, comme le 31 mars 1908, Monsieur l'expert Brouardel estimait à 6 % l'incapacité actuelle, il y a donc bien 4 % d'aggravation.

On peut se demander comment il se fait que l'expert, l'avocat du blessé, et surtout le tribunal, n'aient pas demandé au greffe la production de cette pièce qui devait entraîner la conviction des juges, et établir irréfutablement le bien fondé de la réclamation du blessé.

Quoi qu'il en soit, c'est parce que le blessé n'était pas en possession de la copie du procès-verbal de conciliation qu'il a perdu son procès de révision en première instance.

On comprend combien il est important pour lui de pouvoir produire cette pièce, afin d'obtenir l'assistance judiciaire pour faire appel du jugement du 31 mars 1908.

Or, Monsieur Roux était venu me demander un certificat d'aggravation pour obtenir l'assistance judiciaire en appel ; je lui ai tout d'abord réclamé copie du procès-verbal de conciliation établissant qu'il n'avait que 2 % en 1906. Comme il ne l'avait pas, ainsi que je viens de le signaler, je lui ai dit d'aller le demander au greffe du tribunal.

Il s'y est donc rendu le jeudi 4 juin 1908, à 10 heures ; le greffier lui a refusé cette pièce en lui disant qu'il ne la donnerait qu'à la demande de son avoué, avec indication des motifs.

Il paraît surprenant qu'au Tribunal civil un citoyen Français ne puisse pas obtenir copie d'une pièce qu'il aurait dû avoir en sa possession depuis longtemps.

Mais, non seulement l'employé du greffe lui a refusé cette copie, mais à ce que dit l'ouvrier, cet employé aurait été impoli avec lui. Il n'y a pas que les ouvriers qui aient à se plaindre du manque d'urbanité d'un grand nombre de fonctionnaires de tous ordres dans les tribunaux judiciaires.

On a pu sensiblement améliorer la politesse de certains sous-officiers dans les casernes, nous espérons, Monsieur le Ministre, que vous serez assez heureux pour réaliser un pareil progrès dans les Palais de Justice.

Je viens vous prier, Monsieur le Ministre, de bien vouloir donner les ordres nécessaires pour que Monsieur Roux puisse obtenir la copie du procès-verbal de conciliation, qui m'est absolument indispensable pour établir le certificat en aggravation que Monsieur Roux me demande et dont il a besoin pour essayer d'obtenir l'assistance judiciaire pour son instance en appel. Cet ouvrier doit avoir 75 fr. de rente au lieu de 25 fr. Or, pour un ouvrier, 50 fr. de rente est une chose importante contrairement à ce que pense Monsieur le Président du Tribunal.

Veuillez agréer, Monsieur le Ministre, l'hommage de mon profond respect.

Dr DIVERNERESSE.

Sous le titre « *Carrières brisées* » notre distingué et dévoué collègue de la Commission du Tarif accidents, M. Quillent, écrivait, en juin dernier, dans l'*Humanité* les justes observations ci-dessous :

Nous avons eu maintes occasions de signaler la parcimonie des juges envers les travailleurs victimes d'accidents du travail, quand leur droit à l'indemnité ne peut être absolument contesté. Lorsque l'amputation d'un membre ne permet pas à nos savants experts de conclure à la simulation d'une infirmité, tous leurs efforts tendent à démontrer que l'ouvrier privé d'un bras complètement sera dans l'avenir encore apte à produire un travail rémunérateur, dans une proportion qu'ils se risquent à estimer parfois jusqu'à 40 p. 100.

Quel travail peut désormais accomplir un travailleur à qui reste un seul bras ? Peut-on poser pareille question.

« Mais, messieurs, dira l'avocat de l'adversaire, s'adressant aux juges, qui sont heureux quand les représentants des assureurs réussissent à les éclairer, mon honorable confrère vient de prétendre que son client est maintenant incapable de gagner sa vie ; je proteste.

« Nous avons tous connu dans les fêtes l'homme-tronc, qui privé de ses deux membres supérieurs faisait des recettes que peu d'ouvriers valides dédaigneraient.

« Et, sans aller si loin, ne voyons-nous pas chaque jour sur notre passage des estropiés de

la catégorie du demandeur qui récoltent largement de quoi subvenir à leurs besoins.

« Dans tel ou tel bureau d'administration, on trouve des *unibrassistes,* si cette expression m'est permise, qui sont parvenus à des situations brillantes.

« Nous avons eu, messieurs, dans un cabinet qui présidait à nos destinées, il y a quelques années, un ministre manchot à l'agriculture, qui, commme vous le savez, est encore moins bien partagée de ce côté.

« Qu'on ne vienne donc pas nous dire qu'il n'y a pas de débouché pour les ouvriers auxquels il reste encore un bras. Qu'on n'essaye pas de tenter de vous apitoyer, messieurs, pour surprendre un jugement qui allouerait à X une indemnité d'incapacité absolue, une rente égale aux deux tiers de son salaire annuel. X peut encore travailler. »

« La cause est entendue, maître, 60 % d'incapacité. 30 % de rente. Dix-huit sous par jour. » Et à une autre affaire.

Mais, il s'agit maintenant d'un maréchal des logis de dragons. Un jour, venant en permission dans sa famille, il est victime d'un accident de chemin de fer.

« Le malheureux fut atteint si grièvement, nous dit le journal qui rendait compte ces jours-ci du résultat du procès, qu'il a dû briser sa carrière militaire, qui s'annonçait brillante, car il était sur le point d'entrer à l'école de Saumur, et qu'aujourd'hui, il a *pour ainsi dire* perdu l'usage de ses jambes. »

Après plaidoirie de Me Bonnet, le tribunal de la Seine, que présidait M. Le Berquier, considérant « que la carrière militaire à laquelle Z se destinait lui est définitivement fermée, et que celui-ci ne peut plus s'occuper qu'à des travaux de bureau » a arbitré le *quantum* des dommages-intérêts ainsi : 66,000 francs de capital et une rente viagère de 3,600 francs.

Quelle différence de traitement. A un ouvrier manuel, dépourvu d'instruction, privé d'un bras, les juges allouent chichement une rente de 400 à 600 francs, avec la conviction qu'ils ont été très larges. A ce sous-officier qui a « pour ainsi dire » perdu l'usage de ses jambes et qui ne pourra plus faire que « des travaux de bureau », les juges du même pays, au nom de la justice, égale pour tous, accordent 3,600 francs de rente — dix fois plus qu'à l'ouvrier sans moyens d'existence — et en plus, 66,000 francs de capital.

Il y a quelques jours, le tribunal de la Seine, sous la présidence de M. Guelfucci, a alloué 30,000 de dommages-intérêts, nous apprend la *Chronique des Tribunaux,* à M. le docteur Girard, qui, à la suite d'une morsure de cheval, a subi une longue incapacité de travail. En pareil cas, un ouvrier, plongé dans la misère avec les siens, eût obtenu quelques centaines de francs, à moins que les juges aient décidé que c'était par sa faute, ce qui paraît plus normal.

Les ouvriers peuvent-ils être estimés autant que les bourgeois dans une société qui se respecte ? Et surtout, après ces constatations, ne vous avisez pas de parler de la « classe ouvrière » ; cela blesse les sentiments égalitaires du chef de notre gouvernement. Il n'y a plus de classes. Nonobstant cette affirmation téméraire, il est juste que la viande soit appréciée à sa juste valeur : la patte d'un vulgaire terrassier ne peut être décemment comparée au membre correspondant — il n'est pas question de collaborateur — appartenant à un homme qui occupe une position respectable.

André Morizet nous a fait connaître ici l'avis d'un expert, le docteur Foucart, qui, appelé à vérifier une note d'honoraires médicaux, en matière d'accident du travail, disait dans son rapport (1) : « Le traitement du blessé a été conforme à celui que l'on prescrit en pareil cas ». Mais il ajoutait : « Le médecin traitant n'a peut-être pas pris en considération la condition sociale du blessé... »

Pour les juges de notre république égalitaire, la « condition sociale » de l'individu à juger passe avant toute chose. De même que pour un expert, le traitement de la viande à travail doit différer de celui qui convient aux gens « chic », pour les jugeurs, l'importance de la réparation du préjudice subi est mesurée selon le degré de l'échelle sociale qu'occupe la victime.

Nous n'en devons pas moins vénérer Thémis, ses balances faussées et ses dignes experts.

E. Quillent.

Un « attendu » ému

Un vieil avocat du barreau parisien, Me Charles P... — inscrit au tableau depuis plus de quarante années — a été, il y a deux ans, victime d'un fort grave accident de voiture.

Le 17 juillet 1900, M. P. rentrait à son domicile rue de Rennes, quand un omnibus de la Compagnie générale renversa M. P. — L'avocat parisien eut le col du fémur droit brisé et il réclamait hier, devant la première chambre du tribunal que présidait M. Behenne, des dommages-intérêts qu'il fixait : dix *mille francs de rente viagère annuelle* et vingt mille francs au capital.

Le Tribunal a rendu un long jugement d'où quelques attendus sont à extraire :

« Attendu, dit tout d'abord le jugement, que les conséquences de la blessure ont été particulièrement graves pour P. ; que son âge avancé, qui a naturellement mis obstacle à une consolidation plus rapide et plus complète de la blessure, importe peu au point de vue de la détermination des dommages-intérêts auxquels il a droit ;

« Que le principe de la faute une fois reconnu, le juge doit constater la nature et l'importance du préjudice, tel qu'il a été souffert, et en assurer la complète et juste réparation... »

Le jugement se termine par cette phrase juridiquement émue ;

« Attendu qu'en dehors des vives souffrances qu'il a éprouvées, des dépenses de toute nature auxquelles il a dû faire face, de la profonde atteinte portée à sa santé générale, P. est à tout jamais infirme ; que son état exige des soins matériels assidus et constants autour de lui ; qu'il ne peut plus marcher qu'à l'aide de cannes ou d'un bras qui le soutient ; que sa vie ordinaire se trouve par la suite modifiée et amoindrie ; *que les relations confraternelles et mondaines qui faisaient le charme de sa retraite sont profondément atteintes* et que les derniers jours de son existence sont menacés de se terminer dans un isolement relatif et dans la mélancolie... »

Le Tribunal a condamné la Compagnie générale des omnibus à payer à l'avocat parisien une rente annuelle et viagère de six mille francs et une somme en capital de cinq mille francs avec intérêts du jour de la demande.

---

(1) Déposé au Greffe de la Justice de Paix de Marly-le-Roi, le 20 janvier 1908 — *Concours médical,* 29 mars 1908, page 229.

CHRONIQUE MÉDICO-MUTUALISTE

Organisation du service médical de la Caisse de secours de l'usine à gaz de Gennevilliers.

Texte du traité

Entre le Dr Cayla, 31, avenue de Neuilly, à Neuilly, président de l'*Association amicale des médecins de la Banlieue-Ouest.*

Et M. Masse, président de la Caisse de secours et de prévoyance de l'Usine à Gaz de Gennevilliers.

Il a été convenu ce qui suit ;

1° La Caisse de secours et de prévoyance laisse à chacun de ses membres la liberté absolue de choisir son médecin.

2° Elle s'engage, vis-à-vis du médecin choisi par le sociétaire, au paiement des visites et consultations jusqu'au prix de trois francs pour les visites, de trois francs pour les consultations dans les communes résidence du sociétaire dans lesquelles ce prix minimum est fixé, deux francs dans les autres communes.

3° Elle s'engage à payer, en sus de la visite ou consultation, le prix des petites interventions (ventouses, pointes de feu, etc.) suivant le mode adopté dans le tarif du Ministère du Commerce, dit tarif Dubief, c'est-à-dire par l'allocation du prix d'une ou plusieurs visites ou consultations en sus de la visite ou consultation ordinaire.

4° Si les honoraires dus au médecin excèdent ce prix, la différence est à la charge du sociétaire.

(Le tarif des honoraires dans la région étant de trois francs la visite pour les ouvriers et petits employés peu aisés ou chargés de famille, quatre francs pour les employés aisés et ouvriers aisés, cinq francs pour les employés supérieurs.)

5° Les honoraires pour les visites demandées le matin, de six à huit heures, et le soir de sept à neuf heures, seront réglés par la caisse au tarif de quatre francs : les visites de nuit au tarif de dix francs, prix ouvrier.

6° Chaque sociétaire aura à sa disposition un carnet à souches, dont le texte sera établi d'accord entre les parties.

A chaque visite ou consultation, il remettra au médecin ce carnet à souches, celui-ci en détachera une des feuilles, et devra spécifier sur la feuille ou sur la souche s'il y a visite ou consultation simple, visite du matin ou du soir, visite de nuit, intervention et quelle est cette intervention, et apposer sa signature sur la souche restant entre les mains du sociétaire.

A la fin de chaque trimestre, semestre ou année, chaque médecin adressera sa note d'honoraires à la Caisse de secours et de prévoyance et celle-ci fera régler cette note au domicile du médecin.

Les médecins, membres de la Société amicale de la Banlieue-Ouest ainsi que les médecins signataires de la décision prise le 13 mars 1908, consentent, dans le but de venir en aide à la Caisse de secours et de prévoyance, une réduction de 10 % sur le total de leurs notes. La liste des médecins sera remise à la Caisse de secours et de prévoyance par les soins de la Commission médicale.

7° La Caisse de secours et de prévoyance, pour éviter les abus dans la durée de l'incapacité de maladie, aura deux médecins contrôleurs au moins, un sur la rive droite de la Seine, l'autre sur la rive gauche.

Ceux-ci seront choisis par la Société parmi les membres de la Banlieue-Ouest. Ils seront nommés pour une année.

Le contrôleur n'a pas à connaître ni à apprécier le diagnostic et le traitement du médecin traitant. Son rôle se borne à constater si le malade peut reprendre son service ou combien de jours peut durer son incapacité de maladie.

Les honoraires des médecins contrôleurs seront de cinq francs par visite.

8° Une commission d'arbitrage, formée de trois mutualistes et de trois médecins, membres de la Banlieue-Ouest et élus par elle, sera établie pour régler les différends ou contestations pouvant survenir entre la Société, les sociétaires et les médecins, concernant le service médical.

Les médecins contrôleurs ne peuvent faire partie de cette Commission, ils lui seront adjoints à titre consultatif.

Les décisions de cette Commission d'arbitrage ne seront obligatoires que pour les médecins de la Banlieue-Ouest. La Caisse de secours et de prévoyance pourra demander aux autres médecins d'accepter l'arbitrage de cette Commission.

Les fonctions de commissaire seront gratuites.

9° La Compagnie du Gaz E. C. F. M. réservant à l'usine un local spécial dans lequel seront placés les blessés ou malades en attendant le médecin, qui sera toujours celui réclamé par le blessé ou le malade, le médecin pourra, dans ce local, lui donner les soins d'urgence avant son transport à domicile ou à l'hôpital.

L'Association amicale nommera une Commission, (qui pourra être composée de membres de la Commission d'arbitrage) chargée d'installer cette infirmerie, d'indiquer les objets de pansement et médicaments nécessaires et d'en surveiller régulièrement le fonctionnement

Cette Commission se réunira régulièrement tous les trois mois à l'usine et s'adjoindra toujours les médecins contrôleurs, qui, venant chaque semaine à l'usine, devront seconder cette Commission dans la surveillance de l'infirmerie et veiller à son bon entretien.

Les fonctions de commissaire sont gratuites.

10° Une ou plusieurs fois par semaine, l'un des médecins contrôleurs désignés par la société viendra à l'infirmerie à l'heure fixée d'accord entre les parties, et examinera les ouvriers qui lui seront présentés soit pour constater s'ils sont en état d'être admis dans la société ou de continuer leur travail, soit enfin pour constater si, étant malades, ils doivent être renvoyés à leur médecin habituel.

Les honoraires pour les consultations à l'usine sont fixés à deux francs pour chacun des ouvriers examinés.

Les noms de ces ouvriers visités à l'usine seront inscrits sur un registre spécial avec le résultat de la visite. Ce registre devra être présenté à la Commission médicale à chacune de ses réunions.

Les présentes conventions sont valables pour un an à dater du 15 mai 1908. Elles se renouvelleront par tacite reconduction et pourront être dénoncées par l'une des parties par l'envoi d'une lettre recommandée au moins trois mois avant la date fixée pour l'expiration du présent traité.

Fait en double à Paris, le 7 mai 1908.

Lu et approuvé

Le président de la Caisse de Secours et de Prévoyance,

Signé : Masse.

Le Président de l'Association Amicale des médecins de la Banlieue-Ouest :

Signé : Cayla.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

La ligue pour le bien des étudiants.

Il vient de se fonder avec le patronage et le concours de M. le Directeur de l'Enseignement supérieur et de M. le Vice-Recteur, de MM. les Doyens et les Directeurs des établissements d'enseignement supérieur, une nouvelle et puissante organisation dont le but est l'amélioration de l'existence matérielle des Etudiants (logement, alimentation, etc.). Nous avons demandé au promoteur M. Jean Lagorgette, de nous en exposer le programme. M. Lagorgette, docteur en droit, docteur ès sciences politiques et économiques, auteur d'ouvrages très appréciés sur le *Rôle de la guerre* et sur le *Fondement du droit et de la morale*, s'est consacré tout entier à cette œuvre humanitaire ; grâce à son dévouement et à son zèle, nous sommes assurés que le but poursuivi sera bientôt réalisé.

Voici les noms de quelques-unes des personnes qui ont prêté leur appui pour la constitution de la *Ligue pour le bien des Etudiants*.

Comité d'honneur : M. Bayet, directeur de l'Enseignement supérieur et M. Liard, vice-recteur de l'Université, présidents.

MM. Lyon-Caen, Landouzy, Appell, Croiset, doyens des Facultés : M. Lavisse, directeur de l'Ecole normale supérieure.

Comité de patronage. — Directeurs d'établissements, de l'Académie française : E. Faguet, président de la *Schola ludorum*, professeur à la Faculté des lettres.

De l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine : Perrier, Muséum, docteur Roux, Institut Pasteur.

De l'Académie des sciences morales et politiques : Boutroux ; Fondation Thiers : Anat. Leroy-Beaulieu ; Ecole des sciences pol. : Levasseur ; Collège de France : Gab. Monod ; Ecole des Hautes Etudes : Villey, doyen de la Fac. de droit de Caen.

Docteur Delbet, Collège des sc. sociales ; Mabilleau, Musée social, Fédération de la Mutualité ; Stapfer, doyen de la Fac. de théologie.

— Professeurs. De l'Académie des Inscriptions et Belles-Lettres : Viollet, Ecole des Chartes, bibliothécaire de l'Université.

De l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine : Dr Arsonval, Collège de France et Hautes-Etudes.

De l'Académie des sciences morales et politiques : Espinas, Fac. des lettres ; Cheysson et de Foville, Ecole des sc. polit. ; Chuquet, Collège de France ; Renault, Faculté de droit et Ecole des sc. polit. ; Th. Ribot, Collège de France.

De l'Académie de médecine : Dr Chantemesse, Dr G. Hayem et Dr Ch. Richet, Faculté de médecine.

Cauwès, Gide, Jay et Truchy, Faculté de droit.

Grimbert et Perrot, Ecole de pharmacie.

— De l'Académie française : Deschanel, comte d'Haussonville, A. Ribot, J. Lemaître.

De l'Académie des sciences mor. et pol. : G. Picot, secrétaire perpétuel.

F. Buisson, prés. d'honneur de la Ligue de l'Enseignement, professeur hon. à la Fac. des lettres : R. Poincaré, prés. des Amis de l'Université.

Baillif, président du Touring-Club.

L'accoutumance empêche qu'il soit tout à fait superflu de rappeler aux étudiants ce qu'il y a de défectueux dans leur mode d'existence, ce qui les met à cet égard en état d'infériorité, par rapport aux Anglais, et surtout aux Américains, et qui devrait leur inspirer un peu de honte.

Le mal. — Absence de renseignements, insalubrité, malpropreté, incommodité, mauvais goût (dans les deux sens du mot.) — Ne possédant même pas un service de renseignements et réduits à parcourir les rues à la recherche du traditionnel écriteau et à gravir d'innombrables étages, ils laissent au hasard le choix de leur gîte et de leur table. D'ailleurs, la plupart de ceux qui leur sont offerts se valent et valent peu. Les chambres garnies se caractérisent le plus souvent par le défaut d'espace, d'air et de lumière, par le mauvais état des murs, des meubles et des objets de toilette, par la saleté des water-closets, par la défectuosité du service, par l'élévation des prix notamment en ce qui concerne les accessoires. Sans doute les logements non meublés permettent une installation plus confortable, mais il n'en est que plus utile de signaler aux étudiants qui imaginent difficile la « mise dans ses meubles » les avantages de ce procédé et les moyens d'y recourir à de bonnes conditions. Les pensions ne plaisent pas à beaucoup ou paraissent trop chères. Quant aux restaurants, on choisit celui qu'on croit le moins mauvais, à prix égal, et on y reste, malgré le relâchement, par crainte, de tomber de mal en pis.

Les causes. — La véritable cause n'est pas le désir d'être « libre » ou de réserver son argent pour d'autres plaisirs, car les étudiants pourraient conserver la même liberté et le même argent de poche, tout en obtenant un logement et une nourriture meilleurs. C'est surtout leur insouciance. D'autre part, ceux qui aspirent à mieux sont bien forcés de subir la loi de l'hôte, car il leur est difficile de loger ailleurs qu'au Quartier où beaucoup de maisons sont médiocres où ils ne savent comment trouver les meilleures et où celles-ci ont des tarifs élevés. L'augmentation de la population universitaire facilite la stagnation des services, en même temps elle augmente les profits des fournisseurs. Ceux-ci restent donc naturellement indifférents aux réclamations individuelles impuissantes.

Les remèdes. — Rien n'a été tenté contre cet état de choses. La Ligue pour le bien des Etudiants (amélioration des conditions d'existence : logement, alimentation, etc.) a pour but et pour avantages :

1° De faciliter les recherches en disant à l'étudiant : « En ce moment même où vous cherchez un gîte et une table il y en a de disponibles à tel endroit, à telles conditions, à tel autre endroit, à telles autres conditions. »

2° De permettre un choix en connaissance de cause quant aux modes généraux d'installation et aux établissements, et d'éviter, par là, la gêne d'installations provisoires, répétées.

3° Quant à l'installation, de faire réaliser les améliorations postulées par l'état décrit ci-dessus : désaffectation des taudis et des objets souillés, appropriation des locaux, du matériel et des produits (hygiène, propreté, confort, bon goût), ; adoption des perfectionnements (tout-à-l'égoût, bains, etc) ; désinfection et nettoyage, exécution du service, mise des prix en rapport avec le service.

Moyens d'action. — 1° Renseignements généraux sur les modes d'installation, etc.

2° Renseignements particuliers sur les qualités, les conditions et la disponibilité actuelle ou à terme. L'attitude de la Ligue prend l'une des formes suivantes (avec des faveurs proportionnées) : recommandation, simple affiliation, admission à insertions, silence, sans mise à l'index. Cette gradation est juste et opportune ; elle choque moins qu'une division en bons et mauvais et encourage aux améliorations progressives.

3° Indication et exécution des règles et usages ; bons offices, conseils, assistance.

4° Examen et mesures pour les laboratoires, les comités d'hygiène, l'administration, etc.

Procédés de constatation : Déclaration par les clients et leurs hôtes, enquêtes par les délégués, analyses.

Procédés pratiques d'action : 1° Conférences, affiches, tracts

2° Offices de renseignements oraux, écrits et imprimés.

3° Bulletin périodique, indiquant les logements, pensions, etc., disponibles, et paraissant à intervalles assez proches, en octobre et novembre.

4° Local avec fiches mobiles.

5° Consultations juridiques et médicales ; indications et encouragement des maisons de repos et de villégiature, sanatoriums ; sports et culture physique.

6° Panonceaux, diplômes, plaques indiquant, aux carrefours, les maisons recommandées.

Moyens financiers. — Dépenses : un bureau, un employé, des imprimés. Les ressources de la publicité sont proportionnées à ses frais.

Recettes : adhérents à partir de 10 centimes ; membres, à partir de 1 fr., membres honoraires, à partir de 5 fr. ; — perpétuels, à partir de 100 fr. — ; donateurs, 250 fr. ; — bienfaiteurs, 2500 fr.

Principe d'organisation et justifications. — Ce sont là des intérêts légitimes, définis, importants (sur 30.000 étudiants à Paris, les 25.000 intéressés dépensent 45 millions par an) ; ils sont assez communs à tous et exigent un programme assez ample et assez spécial pour justifier la fondation d'un groupement particulier, qui unit les efforts de chaque Association (afin d'en éviter la faiblesse, la répétition, le coût disproportionné et la contradiction). Ces Associations sont représentées dans le Conseil par leur président ou son délégué ; la Ligue y possède un nombre égal de représentants.

L'œuvre n'a aucun caractère religieux, politique ou social, et en particulier coopératiste. Il s'agit, non d'exécuter le service, mais de le faire exécuter mieux qu'il ne l'est. Quant à l'efficacité, elle est prouvée par celle du Touring-Club, et dans leur domaine restreint, des A. confessionnelles d'étudiants, dont la recommandation est sollicitée au-delà même de leurs besoins. Il ne reste plus aux étudiants, pour assurer le succès, c'est-à-dire leur propre santé et leur bien-être, qu'à s'affilier à la Ligue pour la plus modique des cotisations et à demander de profiter de nos services.

La Ligue pour le bien des Etudiants a son siège, 25, rue d'Ulm (Panthéon). M. Jean Lagorgette vient d'être nommé président. Il a publié une brochure (*les conditions d'existence de l'Etudiant*, 38 p., 0 fr. 50 Giard et Brière, éditeurs, 16, rue Soufflot), où sont exposés tous les aspects de la question, et qui sera déposée au siège de l'A.

Les étudiants qui accepteraient de remplir les fonctions, peu absorbantes, de délégués, sont priés de donner leur nom au président de l'A. ou au président de la Ligue.

(*L'Université de Paris.*)

TRIBUNE DES CORRESPONDANTS

L'exercice irrégulier de la médecine civile par les médecins militaires.

Dans les premiers numéros du *Concours médical* de 1908, j'ai lu la plainte de deux confrères au sujet des agissements d'un jeune aide-major ; afin de grossir le dossier de l'exercice de la médecine civile par les médecins militaires, je viens vous signaler un cas curieux jugé sévèrement par la presse comtoise.

En janvier 1908, devant le Conseil de guerre du corps d'armée comparaissait un capitaine, accusé de voies de fait envers un inférieur. Parmi les témoins, se trouvait le Dr P., aide-major de 2e classe à L. (ses noms, prénoms, et qualité furent cités dans les journaux : il n'y aurait donc aucune indiscrétion à les relater ici).

Ce jeune médecin, afin de venir en aide au capitaine, avait fait des démarches, en ville, afin d'étouffer l'affaire.

« *Le Président.* — Vous avez donc beaucoup de « relations à L., pour que le capitaine.... se soit « ainsi adressé à vous ?

« — *Réponse.* — Oui, comme je suis médecin, « J'AI MES CLIENTS, et j'entretiens de bonnes re- « lations avec ceux-ci » (*Petit Comtois*, du 23 jan- « vier 1908).

Voilà au moins une déclaration catégorique.

M. Puget, rédacteur en chef du *Petit Comtois*, « l'apprécie sévèrement en ces termes :

« L'aimable docteur, paraît-il, avait été choisi « pour cette mission, *parce qu'il a des clients* dans « la ville de L., et qu'il entretient avec ceux-ci les « meilleures relations. Nous avions cru jusqu'ici « qu'il était formellement interdit aux docteurs « militaires d'exercer la médecine dans la société « civile. Il faut croire que nous nous trompions, « du moment que M. l'aide-major P. déclare, « devant un conseil de guerre, qu'il a des clients « à L. Qu'en pense, toutefois, M. le général com- « mandant le corps d'armée ? » (*Petit Comtois*, même numéro, 2e page 1re col).

Va-t-il féliciter ce jeune aide-major d'entretenir de si bonnes relations avec l'élément civil, ou va-t-il le rappeler à l'ordre et lui faire comprendre que, s'il a des instants de loisir, il doit les consacrer à approfondir certaines questions de médecine militaire et non à faire concurrence à ses collègues de L. ?

Si une sanction est intervenue — ce dont nous ne doutons pas — nous serions reconnaissants envers ces derniers de vouloir bien nous en informer par la voie du journal.

Dr PIZE.
Correspondant du *Concours médical* pour le Doubs.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Poursuites pour non-déclaration de maladie contagieuse.

Acquittement.

Devant le tribunal de Remiremont a récemment comparu un de nos confrères poursuivi pour n'avoir pas fait la déclaration de maladie contagieuse. Le tribunal a ainsi jugé :

« Attendu qu'il appert des termes de l'article 15 de la loi du 30 novembre 1892, aussi bien que des termes de l'article 5 de la loi du 15 février 1902 que la déclaration d'une maladie épidémique n'est obligatoire pour le médecin que lorsque son diagnostic est établi ;

« Attendu qu'il résulte formellement des termes employés par le législateur, de la discussion de l'article 5 de la loi du 15 février 1902 devant le Sénat (séance du 20 décembre 1900, *Journal officiel*, page 997), qu'il ne suffit pas que le médecin puisse soupçonner une maladie contagieuse pour être astreint à une déclaration, mais qu'il faut que son diagnostic soit certain ;

« Attendu que le fait par un médecin de pratiquer une injection de sérum ne permet pas de conclure que ce médecin a établi le diagnos-

tie de la diphtérie ; qu'il appert de la déclaration du médecin légiste, qui se trouve consignée au dossier de la procédure, que souvent cette opération ne constitue qu'une mesure préventive ;

« Attendu que les renseignements ou explications donnés par un médecin à l'entourage d'un malade ne sauraient être considérés comme l'expression exacte du diagnostic établi par ce médecin ;

« Attendu qu'en l'espèce, on ne saurait s'appuyer sur cet unique fait que le médecin aurait dit au père que son enfant avait une laryngite diphtérique pour en conclure qu'il avait établi le diagnostic du croup, alors surtout qu'il semble scientifiquement démontré qu'une pareille indication ne peut être donnée qu'après un examen bactériologique ;

« Attendu que le médecin n'avait pu procéder à cet examen, puisqu'il voyait l'enfant pour la première fois ;

« Qu'il n'y a dans ce propos qu'une simple présomption combattue par des présomptions contraires, et insuffisante par elle-même pour justifier une condamnation dans une matière où le doute doit toujours être interprété en faveur du prévenu ;

« Par ces motifs.

« Acquitte, etc. »

(*Le Courrier Médical.*)

CORRESPONDANCE

Le service de l'Assistance en Indo-Chine

Mon cher Confrère,

Un de nos confrères, habitant Paris, m'a écrit pour avoir quelques renseignements concernant l'Assistance en Indo-Chine.

J'ai égaré sa lettre et tiens pourtant à lui répondre comme je l'ai fait pour beaucoup d'autres.

Voudriez-vous passer une note dans le *Concours* disant que le Docteur de Paris (qui vient de faire un remplacement dans les Ardennes, d'où il m'a écrit) trouvera ma réponse aux bureaux du journal ? (1).

Ici, certes, nous ne sommes pas malheureux, mais l'Assistance est à ses débuts et nous n'avons pas « la vie large » que l'on croit en France.

Un ménage dépense sa solde de stagiaire ; il est vrai que plus tard la situation est meilleure et qu'il y a la retraite.

Mais on a du mal, et plus d'un confrère ne supporterait pas les grandes tournées à cheval et en charrettes à buffles dans la brousse par 45° de chaleur.

Veuillez croire à mes meilleurs sentiments confraternels.

Dr P.

Réponse à transmettre par le Journal.

Mon cher Confrère,

En réponse à votre honorée, je vous donne les renseignements concernant les diverses questions que vous me posez.

1° Le médecin de l'Assistance fait d'abord un stage de 2 ans (à 7000 fr,) dont il est dispensé s'il a *exercé* les fonctions et s'il possède le titre d'interne des hôpitaux, titre conquis au concours dans une *faculté* de France,.

Vous devez donc le stage.

2° Vous ne pourriez faire valoir de services antérieurs pour abréger ce stage ; notre Amicale a fait le possible pour le faire supprimer et nous n'avons rien pu obtenir, — c'est vous dire qu'il ne faut rien attendre de ce côté.

3° Les *meilleurs* postes sont et seront encore longtemps occupés par les médecins militaires, parce que on case les civils *là où il n'y a pas de troupes*, et, ici comme en France, tous les postes importants du Tonkin et de Cochinchine, toutes les villes des autres pays ont des troupes ; donc il ne reste pour le civil que la brousse d'Annam, du Cambodge et du Laos, et quelques villes (?) très secondaires.

Tous les chefs de service sont militaires.

4° Les indemnités, frais de tournée, etc., en sont fixes.

1200 fr. par an pour le stagiaire
1800 fr. — le titulaire.

Donc votre solde à la colonie sera pendant les 2 premières années de 7000 + 1200 = 8200; dès la 3e année de 9000 + 1800 = 10800.

5° Ne comptez pas trop sur les pistons.

Et, si vous pouvez gagner 8000 fr. à Paris ne venez pas en colonie, à moins que, comme moi, vous n'envisagiez *avant tout* la retraite convenable après 20 ou 25 ans de service, et l'assurance qu'en cas d'accident ou de décès les enfants ne seront pas sans rien.

6° Ici vous n'avez rien de ce que vous avez d'agréable en France, et vous avez bien des inconvénients qui n'existent pas en France.

7° Il existe certainement des postes où on fait de la clientèle supplémentaire ; mais ces postes-là sont rares et pris par les militaires.

L'indigène — que nous médecins sommes appelés à apprivoiser — sait que nous lui devons nos soins gratuitement, on *le lui répète sur tous les tons ; il* en est de même pour le fonctionnaire et sa famille.

Seule la médecine légale est payée (!) je viens précisément d'avoir un différend avec le procureur général pour une note de 43 francs qu'il trouvait *exagérée* et voulait ramener à 20 fr. pour :

1° Plaie de l'abdomen par arme à feu, laparotomie, suture de l'intestin ;

2° Plaie avec fracture comminutive et compliquée de l'avant-bras droit. Réduction, bandage ;

3° Contusions multiples.

Jugez.

Et la médecine légale rapporte très peu.

8° Tous les postes consulaires sont *de droit* et de fait occupés par des militaires. Tous les hôpitaux sont militaires, sauf 2 ou 3, et alors il s'agit d'entreprises privées où existent plus ou moins de coteries (par exemple l'hôpital Drouhet, de Saïgon).

Si la solde nette, la retraite et le ...... pain sur la planche vous plaisent, et que vous ne craigniez pas la solitude, la chaleur et les inconvénients d'un climat auquel on n'est pas fait, même en Algérie (ici c'est la chaleur humide), où on a les moustiques comme camarades toute la journée et la nuit, et où on mène une vie de pauvre campagnard tout en payant très cher serviteurs et objets de première nécessité, alors qu'on ne se fait pas faute de vous vendre des rossignols, si tout cela vous indiffère, venez.

Vos serviteurs vous coûtent 100 fr. par mois obligatoirement.

Je me mets à votre disposition si vous désiriez d'autres détails soit pour le genre de vie, soit pour le voyage.

Faites-moi le plaisir de m'adresser à l'occasion quelques cartes postales si toutefois cela ne vous ennuie pas.

Veuillez agréer ma poignée de main confraternelle.

Dr P.

(1) Nous avons pensé que la publication de la lettre de notre confrère, tout en atteignant le but visé par lui, serait susceptible d'intéresser nos lecteurs. N. D. L. R.

Pas de forfait déguisé dans le tarif accidents.

Messieurs et honorés confrères,

Le compte rendu succinct publié par le *Concours médical* du 12 avril 1908, sur ce qui s'est passé, dans le sein de la commission du tarif-accidents, n'est pas de nature à rassurer complètement le corps médical. Outre la difficulté presque insurmontable de déterminer d'une façon équitable les différentes catégories d'accidents, nous ne voyons pas trop comment on pourra évaluer dans ce système l'indemnité kilométrique. Il ne faut pas oublier que c'est cette évaluation, injuste et fantaisiste dans l'ancien tarif, qui a soulevé contre lui le plus de réprobation parmi les praticiens de campagne. Nous attirons donc spécialement l'attention de nos délégués sur ce point et comptons sur eux pour défendre au sein de la sous-commission les intérêts des praticiens de province.

Veuillez agréer, Messieurs et honorés confrères, l'assurance de nos plus dévoués sentiments.

Pour les 70 médecins syndiqués de l'Aude.

Le secrétaire général,

Dr Gros.

REPORTAGE MÉDICAL

Encore un concours à la portée des confrères parisiens. — L'idée en revient au conseiller municipal du quartier auquel appartiennent nos bureaux, mais nos confrères voudront bien croire que nous ne l'avons pas suggéré.

Donc, M. Camille Rousset vient d'obtenir le renvoi à la IVe Commission de la proposition suivante:

« Art. 1er. — Désormais les médecins-inspecteurs des écoles de la Ville de Paris seront choisis par la voie du concours.

« Art. 2. — Des délégués des médecins-inspecteurs des écoles seront appelés à faire partie de la Commission chargée de l'étude et de l'acceptation du mobilier scolaire de la Ville.

« Art. 3. — Pour que l'établissement de la fiche individuelle scolaire soit faite dans les meilleures conditions, les honoraires des médecins-inspecteurs seront relevés.

« Art. 4. — Pour faire face aux dépenses nouvelles, l'Administration est invitée à s'assurer le concours financier de l'Etat et à réaliser diverses économies dans les multiples services scolaires, de façon à maintenir, dans les limites actuelles, les crédits pour l'enseignement ».

Projet de loi ayant pour but de donner l'autonomie aux facultés et aux écoles de médecine. — Voici le texte de la proposition de loi qui vient d'être déposée par M. Jean Durand, député de l'Aude :

« Art. 1er. — A dater du 1er janvier qui suivra la promulgation de la présente loi, il sera fait recette, au budget de chaque Faculté ou Ecole de médecine, des droits d'étude, d'inscription, de bibliothèque, de travaux pratiques, d'examens et de certificats acquittés par les étudiants, conformément aux règlements: des legs, des dons, subventions de l'Etat, des villes, associations ou individus.

Les ressources provenant de ces recettes ne pourront être affectées qu'aux objets suivants : dépenses de laboratoires, bibliothèques et collections, construction et entretien des bâtiments, création de nouveaux enseignements ; paiement des professeurs, œuvres dans l'intérêt des étudiants.

La somme annuelle inscrite au budget de l'Instruction publique comme subventions aux Facultés et Ecoles de médecine sera inscrite au même budget pendant dix années.

Les droits de diplôme ou de visa seront seuls perçus au profit du Trésor.

« Art. 2. — Les professeurs ordinaires des Facultés et Ecoles de médecine sont nommés par le ministre de l'Instruction publique, sur la désignation de leurs pairs réunis en conseil de la Faculté.

La Faculté est administrée par le conseil des professeurs, qui nomme le doyen et les professeurs secondaires.

Le doyen représente la Faculté dans ses rapports avec l'Etat.

L'inspection des pharmacies. — *Loi du 2 juillet portant modification des articles 29, 30 et 31 de la loi du 21 germinal an XI sur l'organisation des écoles de pharmacie.* — Le Sénat et la Chambre des députés ont adopté.

Le président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Article unique. — Les dispositions des articles 29, 30 et 31 de la loi du 21 germinal an XI sur l'organisation des écoles de pharmacie sont abrogées et remplacées par les dispositions ci-après :

Art. 29. — En vue d'assurer l'application des lois et règlements en vigueur sur l'exercice de la pharmacie et sur la répression des fraudes en matière médicamenteuse, notamment de vérifier la bonne qualité des produits et de rechercher la fabrication et le débit sans autorisation légale des préparations ou compositions médicinales, il sera procédé, au moins une fois l'an, à l'inspection des officines des pharmaciens, des dépôts de médicaments tenus par les médecins et les vétérinaires, des magasins de droguistes, herboristes et épiciers, des coiffeurs et parfumeurs, des dépôts d'eaux minérales naturelles, des fabriques et des dépôts d'eaux minérales artificielles, généralement de tous les lieux où sont fabriqués, entreposés ou mis en vente des produits médicamenteux ou hygiéniques.

Les pharmaciens, droguistes et tous détenteurs de produits médicamenteux ou hygiéniques seront tenus de présenter les drogues et compositions qu'ils auront dans leurs magasins, officines, laboratoires et leurs dépendances.

Art. 30. — Un règlement d'administration publique désignera les autorités qualifiées pour effectuer les inspections et visites spéciales prévues à l'article 29 ci-dessus et précisera les pouvoirs qui leur seront conférés par ledit article.

L'inspection des officines de pharmaciens et des dépôts de médicaments tenus par les médecins et les vétérinaires ne pourra être confiée qu'à des agents pourvus du diplôme de pharmacien.

Art. 31. — Un règlement d'administration publique déterminera les règles de procédure applicables aux substances médicamenteuses et hygiéniques en ce qui concerne les prélèvements d'échantillons, les analyses, expertises et saisies nécessaires à l'exécution de la loi du 1er août 1905 sur la répression des fraudes.

Faculté et Hôpitaux.

Un cours de gynécologie fait par M. Bender, chef de clinique adjoint, commencera dans le service du Professeur Pozzi, à l'hôpital Broca, le mercredi 22 juillet 1908, à 9 h. du matin. Ce cours comprendra également 12 leçons et aura lieu tous les matins à 9 h.

Le droit à verser est fixé à 50 francs pour chaque cours. Les bulletins de versement seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet no 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à 3 h.

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trentième année N° 29 Dimanche 19 JUILLET 1908

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

ASSOCIATION AMICALE MALADIE

Séance du conseil d'administration du 7 juillet 1908

Présents : MM. Maurat, Lepage, Gassot, Mignon et Jeanne.

M. le Dr Mignon, secrétaire général, donne connaissance de la correspondance et signale notamment un chiffre inusité de demandes de cures thermales. Il informe qu'avant de soumettre au conseil, en septembre, les indemnités y relatives, il exercera un contrôle sérieux sur la légitimité de ces demandes.

M. Mignon ajoute :

Messieurs,

J'ai le plaisir de vous faire constater que l'activité du recrutement de notre société ne se ralentit pas. J'ai toujours à répondre à de nombreuses demandes : 100 dossiers ont été envoyés le trimestre dernier et 40 adhésions nouvelles sont venues grossir nos rangs.

En revanche nous avons beaucoup de malades, 84 sociétaires vont toucher une indemnité, à une époque de l'année où généralement la morbidité médicale est en baisse. C'est dire quels services nous sommes capables de rendre et je ne saurais résister au plaisir de vous lire la lettre suivante d'un de ceux que nous avons aidé dans sa dernière maladie.

Cher et honoré confrère,

Comme vous le dit M. Lusson, j'espère pouvoir, en traînant la jambe, reprendre peu à peu ma clientèle. Quelle terrible chose que la phlébite surtout pour nous, médecins de campagne, qui avons tant à marcher. Combien je dois de reconnaissance à « l'Amicale », et quelle bonne idée j'ai eue le jour où j'en ai fait partie. Tous les jeunes médecins devraient s'y inscrire sans exception. J'espère que, dans ma région, mon exemple portera des fruits. Ce sera un devoir pour moi de m'y employer de mon mieux.

Veuillez, cher confère, avec mes sincères remerciements, agréer mes meilleurs sentiments confraternels.

Dr V. Morinière.

Je n'ajouterai rien à ces mots ; ils sont assez éloquents par eux-mêmes.

Puissent-ils tomber sous les yeux des trop nombreux confrères imprévoyants, qui oublient ou ignorent l'*Amicale* ; puissent-ils les décider, enfin, à venir à nous et assurer ainsi la tranquillité de leur esprit et la sécurité de leur budget aux jours sombres de la maladie !

Le Conseil procède à l'attribution des indemnités, 2e trimestre 1908 :

5	3 mois	300	»
17	11 jours	110	»
35	14 jours	360	»
49	1 mois chr. 100 / 27 jours chr 90	190	»
51	35 jours	350	»
62	3 mois	300	»
80	3 mois	300	»
83	30 jours	300	»
102	19 jours	190	»
112	18 jours	180	»
137	3 mois	300	»
147	3 mois	300	»
154	1 mois	100	»
165	26 jours	260	»
173	3 mois	300	»
179	3 mois	300	»
180	19 jours	190	»
186	3 mois	300	»
215	2 mois chr. 200 / 20 jours chr. 66 65	266	65
221	11 jours	110	»
224	5 jours	50	»
230	10 jours	100	»
238	3 mois	300	»
249	40 jours	400	»
274	40 jours	400	»
332	3 mois	300	»
334	3 mois	300	»
341	3 mois	300	»
346	3 mois	300	»
372	3 mois	300	»
373	3 mois	300	»
380	29 jours	290	»
392	34 jours	340	»
421	3 mois	300	»
509	3 mois	300	»
511	6 jours	60	»
520	20 jours	200	»
555	25 jours	250	»
561	13 jours	130	»
595	33 jours	330	»
634	31 jours	310	»
636	12 jours	120	»
650	45 jours	450	»
666	22 jours	220	»
680	60 jours à 10 fr. : 600 / 23 jours chr. : 76 fr. 60	676	60
709	28 jours	280	»
716	Cure thermale	100	»
750	60 jours à 10 fr. : 600 / 1 mois et 8 jours chr. : 126 fr. 55	726	55
751	22 jours	220	»
785	9 jours	90	»
808	14 jours	140	»
819	35 jours	350	»
836	25 jours	250	»
855	6 jours	60	»
862	10 jours	100	»
863	26 jours	260	»
864	11 jours	110	»
869	12 jours	120	»
870	14 jours	140	»
904	60 jours à 10 fr. : 600 fr. / 1 mois et 18 jours chr. 159 fr. 95	759	95
933	29 jours	290	»
938	6 jours	60	»
943	18 jours	180	»
957	3 mois	300	»
976	9 jours	90	»
1039	12 jours	120	»
1067	32 jours	320	»
1084	16 jours	160	»
1089	5 jours	50	»
1105	26 jours	260	»
1128	6 jours	60	»
1137	6 jours	60	»
1144	17 jours	170	»
1154	3 mois	300	»
1179	29 jours	290	»
1187	11 jours	110	»
1212	4 jours	40	»
1216	10 jours	100	»
1225	3 mois	300	»
1232	37 jours	370	»
1261	2 jours	20	»
1272	33 jours	330	»
1275	3 mois	300	»
1283	6 jours à 10 fr. : 60 / 16 jours chr. : 53 fr. 30	113	30
1304	1 jour à 10 fr. 2 mois et 21 jours chr	279	95
1305	10 jours	100	»
1403	14 jours	140	»
	Total	20493	»

Admissions nouvelles

Combinaison A

MM.

Quintrie-Lamotte, à Bordeaux (Gironde).
Creutzer, à le Crotoy (Somme).
Pillon, à Vézelay (Yonne).
Méjasson, à Ars-en-Ré (Charente-Inférieure).
Bouchard, à Libourne (Gironde).
Goldlewski, à Orange (Vaucluse).
Nicolas, à St-Affrique (Aveyron).
Laval, à Libourne (Gironde).
Brunet, à St-Paul-les-Dax (Landes).
Duret, à Châtillon-en-Bazois (Nièvre).
Tronchon, à Treffort (Ain).
Lenchantin de Gubernatis, à Nice (Alpes-Marit.).
Leplat, à Calais (Pas-de-Calais).
Ricard, à Cette (Hérault).
Busson, à Lagy (Saône-et-Loire).
Duran, à Gif (Seine-et-Oise).
Malfuson, à Sancerre (Cher).
Gamblin, à Fruges (Pas-de-Calais).
Maillon, à Feurs (Loire).
Sarradon, à Gallargues (Gard).
Couffon, à Saint-Quentin-en-Mauges (Maine-et-Loire).
Lafourcade, à Beaune (Côte-d'Or).
Julien, à Tourcoing (Nord).
Billon, à Marseille (Bouches-du-Rhône).
Domergue, à Michelet (Alger).
Hau, à Villefranche-sur-Saône (Rhône).
Gailleton, à Thoissey (Ain).
Grorichard, à Dôle (Jura).
Dollard, à Cette (Hérault).
Blain, à Bernay (Eure).
Coyola, à Ambarès (Gironde).

Combinaison C

MM.

Gellé, à Provins (Seine-et-Marne).
Derocque, à Rouen (Seine-Inférieure).
Perrotte, à Croisy-sur-Andelle (Seine-Inférieure).
Roi, à Surgères (Charente-Inférieure).
Matignon, à Montpazier (Dordogne).
Recours, à Fumel (Lot-et-Garonne).
Bérillon, à Paris.
Savatier, à Cossé-le-Vivien (Mayenne).

Combinaison D

MM.

Arnoux (Saint-Martin-de-Valamas).
Camescasse (Saint-Arnoult).
Gilbert, à Brégy (Oise).
Lepage (Paris).
Maksud (Bonneval).

Le Conseil ajourne une demande pour A, une pour C, une pour D. Il enregistre avec une satisfaction toute particulière les cinq admissions à la combinaison D, qui vient de naître.

Le Président donne lecture d'une lettre dans laquelle le Comité de l'œuvre de la Maison du Médecin demande à l'Association Amicale de lui prêter son appui moral.

Le Conseil estime que la Maison du Médecin pourra venir adoucir la situation des malades chroniques de l'Amicale et qu'à ce titre elle a droit à toute sa sympathie. Le secrétaire général répondra en ce sens au Comité de la Maison du Médecin.

Le secrétaire des séances, Dr JEANNE. — *Le Président,* Dr MAURAT.

LA SEMAINE MÉDICALE

La prophylaxie du tétanos.

La très documentée communication de M. le Dr VAILLARD, à l'Académie sur la prophylaxie du tétanos par les injections systématiques de sérum antitétanique a fait l'objet de discussions assez prolongées et assez peu bienveillantes parfois de la part des chirurgiens, M. le Dr Reynier entre autres. On a été jusqu'à nier la valeur de ce sérum chez les animaux. Après les chiffres déjà fournis par Nocard, M. Vaillard a donné ceux de Labat portant sur 705 solipèdes blessés ou opérés sans aucune infection, puis une statistique de Vallée, d'Alfort, dans laquelle, pour 13.124 cas d'injection préventive, aucun cas de tétanos n'a été constaté.

M. Vaillard, qui considère comme sans valeur les objections faites à la méthode chez les animaux, estime que chez l'homme les preuves invoquées sont peu convaincantes. Il a fait une longue critique des cas dans lesquels le tétanos est apparu malgré l'injection, les réduisant à leur juste valeur. Il a fait aussi la critique des cas dans lesquels la méthode est mal employée.

Il a montré comment le sérum est sans action bactéricide proprement dite : il est antitoxique. Tant que dure son action antitoxique, il agit ; mais tant que des spores peuvent germer dans l'individu, l'action du sérum *doit être renouvelée*, et souvent ce cas n'a pas été prévu.

La communication de M. Vaillard est un exposé très complet et très lucide de la critique des doutes émis sur le sérum.

Sa conclusion, c'est que le sérum doit intervenir aussitôt que possible après le traumatisme. La dose de la première injection doit varier avec la nature ou la gravité de la plaie.

Pour les plaies peu profondes, régulières, 10 centimètres cubes suffisent habituellement.

Pour les plaies contuses plus graves et souillées, il est indiqué d'injecter d'emblée 20 ou 30 centimètres cubes de sérum.

Les traumatismes graves suivis de suppurations prolongées devront donner lieu à la répétition de l'injection.

Le renouvellement hebdomadaire de l'injection paraît la meilleure solution ; les injections secondaires peuvent n'être que de 10 ou 15 centimètres cubes.

L'emploi du sérum sec doit être rejeté,

L'injection ne doit dispenser d'aucun des soins antiseptiques de la plaie.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, qui a vu, dans sa longue pratique, des cas de tétanos particulièrement terrifiants et ayant éclaté malgré toutes les précautions antiseptiques, se range de l'avis de M. Vaillard et le soutient de sa haute autorité. Il fait d'abord ressortir l'immense utilité du sérum chez les animaux : « Tout récemment dit-il, M. Cagny, de Senlis, vétérinaire des plus distingués, me signalait le cas de fermes dans lesquelles la gadoue étant employée comme engrais les blessures des pieds des chevaux par des tessons de bouteilles étaient constamment suivies de tétanos. Depuis les injections systématiques, le tétanos a à peu près disparu de ces fermes. Ici, on ne peut invoquer ni l'antisepsie de la blessure, ni le fait de l'injection antérieure au traumatisme, car beaucoup de traumatismes sont ignorés pendant bien des heures et souvent pendant plusieurs jours.

» Les faits sont tellement multipliés qu'il est inutile d'insister. La fréquence du tétanos chez le cheval et les autres animaux est telle, du reste, que ces injections systématiques prennent le caractère d'une véritable expérimentation physiologique. »

Beaucoup d'auteurs consentent à accepter la prophylaxie antitétanique chez le cheval, mais ils refusent de l'admettre pour l'homme. C'est évidemment peu logique, et l'on ne saurait arguer de la rareté relative du tétanos pour priver l'homme de ce moyen de protection inoffensif et pleinement efficace.

Voici, d'ailleurs, les conclusions que pose dans un article très persuasif M. Lucas-Championnière :

« Si rare que soit le tétanos de l'homme, ses germes étant partout, sa menace est permanente sans que nous puissions savoir exactement quelles sont les conditions qui favorisent son développement.

« Les précautions antiseptiques les plus puissantes qui en diminuent la fréquence ne mettent pas absolument à l'abri. Nous devons sans doute étudier scientifiquement les défauts ou les conditions d'insuffisance du sérum, mais nous avons le devoir d'en poursuivre l'application.

« Je ne me pardonnerais pas, en présence d'une plaie anfractueuse ou souillée, ou d'une plaie soignée au voisinage d'un tétanique, d'en négliger l'emploi.

« Il faut regretter les soupçons inutilement jetés sur cette méthode. Les contestations sans preuves sérieuses sont ici aussi dangereuses que celles que l'on a opposées inutilement à la vaccine.

« La prophylaxie autitétanique par le sérum reste un devoir pour le chirurgien et un droit pour le blessé. »

Laryngoscopie directe et aéro-cautérisation.

A l'une des dernières séances de la Société de l'Internat, M. le Dr DOYEN a présenté un nouvel instrument pour la laryngoscopie directe, construit par M. Gentile.

C'est un tube échancré que l'on introduit d'abord dans l'œsophage, avec un mandrin.

On enlève le mandrin, on place la lampe sur une tige à coulisse et on découvre l'orifice du larynx.

On peut alors introduire facilement un tube plus étroit pour la trachéoscopie et la bronchoscopie.

M. Doyen a présenté aussi un instrument très portatif, construit par M. Gaiffe. Cet instrument, relié d'une part à une soufflerie, d'autre part à un courant électrique continu de 110 volts, émet un courant d'air surchauffé à 300, 400 ou 600 degrés, suivant la puissance de l'appareil.

Cet aéro-cautère répond à des usages multiples : traitement des plaies septiques, des ulcérations cancéreuses, etc.

Le point intéressant est que l'on a déterminé la limite de la résistance des cellules saines et des cellules pathologiques.

Les premières ne s'altèrent profondément qu'à partir de 60° centigrades tandis que la plupart des cellules pathologiques, notamment les cellules cancéreuses, perdent toute virulence entre 55 et 58°.

Le redressement de la gibbosité du mal de Pott.

D'après M. le Dr RENÉ HAYES (Thèse de Paris, 1908), le redressement violent du mal de Pott semble entièrement abandonné.

Le traitement par le redressement lent, actuellement préconisé, appliqué aux cas favorables de gibbosités naissantes, est susceptible de donne de bons résultats comme tout traitement longr temps et rigoureusement suivi.

Le redressement d'une gibbosité confirmée reste souvent un objet difficilement réalisable en lui-même et toujours un bon résultat d'une durée éphémère. La rareté des observations probantes, publiées au milieu des miliers de cas traités, en est la preuve.

L'évolution du mal de Pott reste donc soumise actuellement aux lois bien déterminées par les auteurs classiques et l'écueil de tout traitement reste toujours sa longueur désespérante.

On ne peut concevoir une amélioration du pronostic actuel que grâce à la possibilité d'influer sur le processus tuberculeux lui-même. C'est donc du laboratoire que nous viendra un jour, il faut l'espérer, la guérison rapide du foyer tuberculeux qui préservera le malade de l'ulcération compressive et des difformités qui en sont la suite.

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

La tuberculose chez les blanchisseurs.

M. LANDOUZY signale, à nouveau, la fréquence de la tuberculose chez les blanchisseurs. A l'hôpital Laënnec, où sont soignés de nombreux blanchisseurs de Puteaux, Boulogne-Billancourt et Issy-les-Moulineaux, la mortalité par tuberculose des malades venus de ces endroits est très élevée.

Le métier de blanchisseur, dit M. Landouzy, conduit facilement à l'infection bacillaire. Le logement contaminé du malade, d'autre part, devient un foyer de contagion ouvert à tout venant : ce foyer, non enrayé par la désinfection, reste un centre permanent tuberculisant.

M. LANCEREAUX fait observer qu'il est d'autres éléments dont il faut tenir compte pour expliquer la fréquence de la tuberculose des blanchisseurs, l'alcoolisme en particulier. Les excès de boissons sont très communs dans cette profession et les abus d'alcool constituent une condition favorisante de premier ordre en matière de germination tuberculeuse.

Quant à la désinfection des logements des phtisiques et à la déclaration obligatoire de la tuberculose, demandées par M. Landouzy, M. LEREBOULLET insiste pour que cette déclaration soit imposée au chef de famille et non au médecin, conformément au vœu de toutes les associations professionnelles.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

L'anémie pernicieuse aplastique.

Ehrlich, en Allemagne, Vaquez et Aubertin, en France, ont proposé de classer les anémies pernicieuses en deux groupes : les anémies orthoplastiques et les anémies aplastiques. Dans les premières, les tissus régénérateurs du sang luttent contre la cause anémiante ; dans les secondes, les organes hématopoïétiques ne luttent pas, n'ont pas de réaction myéloïde (anémie par anhématopoïèse, de Hayem). Les anémies orthoplastiques sont relativement fréquentes ; les anémies aplastiques sont très rares. MM. CAUSSADE et SCHAEFFER, MM. de MASSARY et WEIL viennent d'en signaler deux nouveaux cas qui ramènent l'attention sur ce type, encore insuffisamment défini d'anémie.

Pour M. VAQUEZ, l'anémie *aplastique* constitue une entité morbide réelle, caractérisée par les phénomènes suivants : diminution progressive, rapide et sans rémission, du nombre des globules rouges, ceux-ci conservant leurs caractères physiques ; disparition de l'activité médullaire, la moelle osseuse ayant subi la dégénérescence graisseuse et tout le tissu myéloïde étant frappé de stérilité.

M. Marcel LABBÉ considère, au contraire, la création de cette forme spéciale d'anémie pernicieuse comme toute artificielle. A son avis, l'anémie par anhématopoïèse ou par asthénie médullaire n'existe pas. L'état de la moelle osseuse n'a qu'une importance secondaire en l'espèce. Il y a, entre les formes plastiques et les formes aplastiques, tous les termes de passage. D'ailleurs, ajoute-t-il, ce sont là pures discussions d'hématologistes, qui n'offrent pas grand intérêt pour le clinicien, car la variété hématologique d'une anémie pernicieuse ne paraît pas être en rapport avec la nature de cette anémie : l'évolution, pour être moins rapidemeut mortelle dans les cas qui s'accompagnent d'une réaction de la moelle, n'en est pas moins presque constamment fatale. Le pronostic favorable déduit de la réaction sanguine est presque toujours déçu.

Le véritable intérêt est dans la recherche de la cause des anémies pernicieuses : une anémie d'origine cancéreuse est fatale, une anémie hémorragique ou botriocéphalique peut guérir à condition qu'on traite, non point le syndrome hématique seul, mais aussi son étiologie.

Diagnostic et traitement d'une double valvule intra-trachéale par la trachéoscopie

M. Guisez présente l'observation d'une femme chez laquelle la trachéoscopie permit de diagnostiquer l'existence d'une double valvule intra-trachéale. La malade se plaignait depuis son enfance de gêne respiratoire. Depuis trois ans, elle avait de temps à autre de véritables accès de suffocation, attribués à des causes diverses (asthme, tuberculose). La constatation d'un tirage très net, accompagné de cornage, fit penser à une sténose trachéale : la trachéoscopie confirma et précisa ce diagnostic en montrant une double valvule sur la paroi postérieure de la trachée. La section des valvules, suivie de dilatation par voie endoscopique, amena la guérison. Il s'agissait probablement d'une lésion congénitale.

Mort subite au cours de la ponction lombaire

MM. Sergent et Grenet rapportent l'histoire d'un sujet jeune qui présenta pendant un mois une série d'accidents se reproduisant sous forme de crises et dont les traits saillants furent : la douleur occipitale, la raideur de la nuque, le hoquet, l'obnubilation intellectuelle. Deux ponctions lombaires semblèrent démontrer l'existence d'une hémorrhagie méningée. La troisième ponction lombaire détermina une syncope et fut suivie de mort au bout de deux heures. L'autopsie révéla l'existence d'un double anévrysme cérébelleux dont la rupture avait causé une inondation ventriculaire.

La mort subite ou rapide à la suite de la ponction lombaire est un accident rare et dû le plus souvent à une faute de technique, en particulier à l'évacuation d'une quantité excessive de liquide. D'autres fois, on a pu incriminer un changement brusque de pression, provoqué par l'aspiration rapide du liquide avec une seringue. Il semble enfin que les accidents se produisent surtout quand le malade est ponctionné dans la position assise, et à l'occasion d'une première ponction. Dans le cas de MM. Sergent et Grenet, aucune de ces fautes ne peut être invoquée. Le changement de pression déterminé par la ponction occasionna probablement soit le déplacement d'un caillot obturant une fissure ancienne de l'anévrysme, soit la rupture plus étendue du sac anévrysmal, d'où l'inondation ventriculaire mortelle.

M. Sicard estime qu'on peut se mettre à l'abri de tout accident post-opératoire, lorsqu'on pratique la ponction lombaire dans les cas de néoplasie cérébrale, d'hémorragie cérébrale ou d'hémorragie méningée, en se conformant à la technique suivante :

1° Si la ponction n'est pas immédiatement urgente, laisser le malade avant l'intervention au repos au lit pendant deux jours, la tête normalement appuyée sur un traversin bas ;

2° Ne ponctionner jamais en position assise mais en décubitus latéral avec déclivité, la tête devant être légèrement plus basse que les pieds (sorte de Tredenlenburg que l'on obtient facilement à l'aide de coussins disposés sous le siège) ;

3° Se servir, de préférence, d'une aiguille fine de 8 à 9 dixièmes de millimètre, afin de réduire au minimum la blessure méningée ;

4° Ne retirer que 4 à 8 centimètres cubes de liquide, sans aspiration ;

5° Après la ponction, maintenir l'attitude déclive pendant douze à dix-huit heures environ, et la position horizontale *stricte* pendant trois jours au moins, la tête sur un traversin bas.

Abcès amibien du foie. Phagédénisme cutané amibien.

MM. Ménétrier et Touraine ont suivi récemment un malade atteint d'abcès amibien du foie qui, au niveau de la plaie opératoire, a présenté secondairement une vaste ulcération d'allure phagédénique paraissant liée à la pullulation locale des amibes. La pullulation des amibes s'est accompagnée d'une exaltation de leur virulence, peut-être provoquée par l'aérobisation brusque de ces micro-organismes et par l'influence des infections secondaires.

Différents antiseptiques furent employés pour guérir l'ulcération, sans résultat : le malade mourut.

M. Chauffard croit que, dans un cas de ce genre, il y aurait intérêt à essayer l'action parasiticide très spéciale des sels de quinine sur les amibes dysentériques. Chez un malade de M. Quénu, atteint d'abcès dysentérique du foie, l'ouverture de l'abcès ne paraissait pas avoir enrayé la marche envahissante du processus. Une sorte de phagédénisme intra-hépatique s'était produit et des fragments de tissu hépatique nécrosé étaient éliminés. M. Chauffard conseilla de pratiquer des lavages avec une solution de chlorhydrate de quinine à 1 p. 200, et la guérison fut rapidement obtenue.

M. Vincent a constaté expérimentalement l'action élective des sels de quinine sur l'*entamœba histolytica*. Sous le microscope, les amibes vivantes sont détruites par les solutions faibles de chlorhydrate neutre de quinine. Toutefois, dans le traitement des dysentéries amibiennes, les lavements quininés ne semblent pas donner de résultats supérieurs à ceux des autres médications locales.

P. L.

CHIRURGIE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

La réduction des fractures.

A Messieurs les experts, plus encore qu'aux médecins traitants des blessés du travail, nous recommandons la lecture de l'article ci-dessous publié par « La Clinique » *du* 3 *juillet* 1908. — *De même, à ceux de nos confrères qui cherchent, par referendum des chirurgiens, à établir, au nom de la Commission du Tarif accidents, le* coût moyen *d'une fracture par fixation de la durée d'incapacité de travail et du nombre des actes médicaux qu'elle entraîne, nous demandons, ayant pris connaissance de ce que dit M. Tuffier après M. Lucas-Championnière et autres praticiens observateurs, s'ils ne poursuivent pas une chimère, et si, dans la cacophonie des réponses, il ne faudra pas torturer atrocement les chiffres pour en faire sortir une moyenne qui jurera* 90 *fois sur* 100 *avec la réalité des faits.*

P. H.

HOPITAL BEAUJON

La réduction des fractures

Par M. le Dr Tuffier,

Professeur agrégé à la Faculté,
Chirurgien de l'hôpital Beaujon.

La réduction des fractures est une des questions les plus importantes de la thérapeutique chirurgicale. On comprend l'intérêt primordial qu'il y a, au point de vue individuel, aussi bien qu'au point de vue so-

cial, à remettre un membre blessé dans son intégrité fonctionnelle.

Aussi s'est-on toujours occupé de traiter les fractures le mieux possible, et rien cependant n'est plus difficile.

La mise en contact des deux fragments de l'os fracturé n'est pas possible en général, et si on l'obtient, ce n'est que momentanément, les deux surfaces tendant à glisser puisque obliques, et la réduction n'est pas maintenue.

Et cela est encore plus vrai pour les fractures des épiphyses, où le déplacement est angulaire le plus souvent, comme cela arrive, par exemple, pour les fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus.

Mais qu'il y ait chevauchement des fragments (os longs) ou déplacement de ceux-ci (os courts), on croyait autrefois leur coaptation possible.

On savait d'ailleurs jadis mieux réduire les fractures qu'aujourd'hui. *Au moyen âge*, on avait compris que la force musculaire n'était pas suffisante pour y arriver ; aussi A. Paré et ses successeurs tiraient-ils sur les fragments avec un treuil, ou, s'il s'agissait d'une fracture de l'humérus, ils employaient le procédé de l'échelle.

Au XVIIIe siècle, ces moyens barbares n'eurent plus cours et on pratiqua la réduction des fractures par les *méthodes de douceur* et comme par ces procédés, où, sans tirer beaucoup sur les fragments, on obtenait des résultats satisfaisants, on en arriva, à la *période moderne*, à ne plus faire que du massage, ce qui est une méthode absolument déplorable.

Heureusement, la *radiographie* a permis de regarder les fractures et de voir qu'on ne les réduisait par aucun moyen. Je crois avoir été le premier, il y a douze ans, à faire ces recherches, et j'ai déclaré à la Société de Chirurgie qu'on ne pouvait pas réduire les fractures sans intervention sanglante.

Comment le malade peut-il donc marcher avec une fracture de jambe non réduite ?

C'est que, pour avoir un membre utile, il suffit que la direction du membre soit bonne, mais sa longueur peut être diminuée sans trop d'inconvénients.

Au contraire, avec des fragments remis exactement bout à bout, mais avec une jambe déviée, si légèrement soit-elle, le malade ne marche pas bien.

La coaptation bout à bout peut donc ne pas exister et le résultat fonctionnel être bon cependant ; au contraire, avec une réduction bout à bout parfaite, mais avec déviation, le résultat fonctionnel peut être mauvais.

Mais alors COMMENT RÉDUIRE UNE FRACTURE ?

Il y a deux moyens :

1° L'extension brusque sous le chloroforme ;

2° La traction continue au moyen des tracteurs élastiques appliqués sur les deux fragments et agissant en sens contraire pendant huit, dix ou quinze jours.

C'est la *méthode d'Hennequin*, par laquelle cet auteur prétend obtenir la coaptation des fragments.

Pour moi, la réduction par ce procédé n'est aucunement obtenue et on ne gagne pas un centimètre de différence entre le moment où on applique l'appareil et celui où on l'enlève.

En réalité, le déplacement suivant la longueur est irréductible, le déplacement suivant l'axe facilement réductible ; par l'extension brusque sous le chloroforme, on maintient tels quels les fragments ; par l'extension continue, on n'obtient aucun résultat au point de vue de la longueur du membre.

Les fractures sont donc irréductibles, mais leur réduction n'est pas nécessaire pour le fonctionnement utile du membre, qui perdra, par exemple, 20 % de sa valeur contre 80 % s'il existe une déviation de son axe.

Mais ne peut-on pas obtenir mieux ? Puisque la réduction parfaite n'est pas possible au moyen d'appareils, ou par des procédés simples, ne peut-on pas ouvrir le foyer de la fracture, prendre les fragments et les mettre directement en contact ?

On peut vaincre ainsi les obstacles qui s'opposent à la réduction. En effet, celle-ci est impossible à cause de la tonicité musculaire, des tendons, des aponévroses, mais surtout à cause de l'interposition musculaire.

Par la *méthode sanglante*, en ouvrant la fracture, on arrive directement sur les fragments ; avec des pinces, on peut les mettre au contact, et on maintient la réduction par un fil ou des agrafes.

Mais, si l'opération est facile le premier jour, elle devient difficile le troisième, très difficile le dixième et presque impossible à partir du quinzième jour. Sans qu'on sache le pourquoi de cette difficulté, elle n'en est pas moins un fait qui démontre bien l'inanité des divers procédés de réduction.

Il est vrai qu'en écartant les deux fragments l'un de l'autre, en les mettant en *flexion forcée* et en les redressant brusquement, on peut arriver à les mettre en contact.

Mais pour cela on a été forcé de dénuder l'os, de détruire plus ou moins les muscles, et c'est cela qui est mauvais. Il va se faire un tissu fibreux épais qui gênera le fonctionnement ultérieur du membre.

Aussi devra-t-on faire le minimum de délabrement et troubler le moins possible l'équilibre physiologique.

C'est ce qui explique les résultats définitifs moins bons de certains chirurgiens (chirurgiens belges), qui dénudent trop et ne sont pas assez économes.

Pour la *contention*, autrefois, j'ai préconisé le fil d'argent, mais il ne m'a pas donné satisfaction, car le fil est malléable, casse trop souvent, et actuellement je me sers d'agrafes (agrafes de Jacoël), qui se plantent dans les deux fragments. Le volume du corps étranger a son importance, et, s'il est trop volumineux, il faut trop souvent intervenir secondairement pour l'enlever.

INDICATIONS DE LA SUTURE OSSEUSE. — Loin de suturer toutes les fractures, comme on l'a prétendu, je considère qu'il est tout à fait inutile d'intervenir pour celles dont la réduction est telle qu'elle permet un bon fonctionnement du membre.

Mais, si le déplacement est considérable, la réduction sanglante est indiquée.

Elle reste, d'ailleurs, un pis aller dans les fractures des diaphyses.

Dans les fractures des épiphyses, la fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus par exemple, qui sont des fractures excessivement graves, à cause de la possibilité de l'ankylose de l'articulation, on peut choisir entre deux partis.

Comme on ne peut pas ramener la tête humérale dans l'axe, il faut alors prendre le fragment inférieur et le faire basculer en dehors ; on aura ainsi une réduction suivant la direction ; elle ne sera pas parfaite ; mais elle sera suffisante. On immobilisera le membre en abduction à angle droit.

Si on ne peut pas y arriver, il faut faire la réduction sanglante.

Quand la fracture est articulaire, on ne peut rien.

CONCLUSIONS. — En somme, dans une fracture de la diaphyse, si la réduction suivant la direction est possible, il faut s'en contenter. Si elle n'est pas suffisante, on devra ouvrir et faire la suture au moyen des agrafes.

Pour les fractures des épiphyses, au-dessous de l'articulation, il ne faut pas faire la réduction sanglante si la réduction suivant la direction peut être obtenue, sinon faire la suture osseuse.

Quant aux fractures de la tête articulaire, elles sont au-dessus de nos moyens d'action. Mais, dans tous les cas, il faut se rappeler que, pour l'intervention sanglante, il faut être *rigoureusement aseptique*, beaucoup plus que pour la chirurgie abdominale. car on opère sur des régions éminemment infectables.

C'est ce qui explique qu'on se soit tant défié de ces opérations.

Et cependant leur utilité est incontestable, car la réduction des fractures et la mise en bon état d'un membre est un des plus grands services que l'on puisse rendre à l'individu et à la société.

PRATIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE

DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

IX

C. — Allocation correspondant au prix de trois visites ou consultations.

I. — Pansements de brûlures, gangrène, vastes traumatismes, de larges plaies post-opératoires, y compris les ablations nécessaires.

Avec cet article nous abordons en somme les grands pansements, autrement dit les pansements extraordinaires.

Nous avons déjà parlé du pansement simple, qui se confond, sauf le premier, avec la visite ou la consultation : du pansement antiseptique qui est compté en sus de la visite au prix de deux visites ou consultations.

Le tarif Dubief prévoit donc un pansement encore plus compliqué, et ce pansement qui demande beaucoup plus de temps et beaucoup de soins est compté au tarif plus rémunérateur de trois visites.

Ceci nous donnera :

Visite..........................	2.50.
Grand pansement.......... ...	7.50.
Total...............	10.00.

Voyons d'abord les brûlures.

Jets de vapeur, liquides caustiques, chutes de creusets.... voici les principaux cas.

Quelle est la meilleure technique des pansements des brûlures ?

Les lecteurs du *Concours* ont pu lire ce qu'a, je crois, écrit le Docteur Huguenin, sur le pansement par l'acide picrique. Il est certain que ce pansement rend de réels services ; il calme la douleur et favorise l'épidermisation.

On imbibe des compresses de solution picriquée et on les applique humides sur les régions traumatisées.

Ce pansement est recouvert d'ouate et maintenu par des bandes. Il faut n'y toucher que le moins possible pendant les premiers jours, ce qui ne veut pas dire qu'il ne faudra pas surveiller le malade. Il importe en effet qu'il ne se fasse pas de rétention de sérosité.

On devra donc surveiller les phlyctènes et les ouvrir s'il y a lieu. Il faut surtout se garder de l'emploi du taffetas gommé. Quand on fait un pansement occlusif avec l'acide picrique, on provoque des érythèmes considérables et très longs à guérir. On se souviendra aussi que le vieux traitement à l'aide du liniment oléo-calcaire rend toujours des services et que les baumes, dont les formules sont assez variées, peuvent être utilement employés. Dès que l'épiderme commence à se reconstituer, il faudra faire prendre au malade de grands bains, ou des bains locaux, de façon à faire tomber les croûtes, car il est indispensable, pour obtenir une restauration rapide, que la peau, au voisinage de la plaie, conserve toute sa vigueur. Lorsque les brûlures sont extrêmement étendues, le pronostic s'aggrave et on devra recourir aux injections de sérum pour compenser la perte de liquide soustrait à l'organisme.

Gangrène.

Les accidents de gangrène compliquent parfois les phlegmons, et succèdent assez souvent à des blessures en apparence légères. J'ai souvenir de plusieurs cas, très sérieux, dont ont été victimes des ouvriers travaillant dans des mines ou dans des puits où ils avaient à remuer des terres provenant de remblais. On se souviendra de l'utilisation que nous avons conseillée des grands pansements au bicarbonate de soude ; on n'hésiterait pas à faire un ou même deux pansements par jour, à la pince ; on enlèvera les lambeaux mortifiés et on usera avec la plus extrême prudence du bistouri, des ciseaux et de la curette.

Ces sortes de plaies donnent souvent des succès inespérés et ces succès seront d'autant plus facilement acquis que les soins médicaux auront été plus suivis. Nous ne devons pas craindre d'avoir à présenter aux compagnies une note élevée ; la justification de cette note sera toujours aisée à faire si nous avons pris le soin de provoquer la visite de contrôle du médecin de la compagnie, et si nous demandons au confrère de se rencontrer avec nous au moins une fois par semaine. Témoin de la gravité du cas et des soins qui doivent s'en suivre, notre confrère se fera, espérons-le, auprès de la compagnie dont il est le représentant, notre défenseur autorisé.

Dans le cas où nous aurions quelques raisons de suspecter la parcimonie ou la taquinerie de l'assurance, nous engageons nos confrères à faire prendre une photographie de la plaie ce qui ne peut être une grosse difficulté, même à la campagne, et cette épreuve, conservée dans nos dossiers, nous serait des plus utiles en cas de contestation.

Vastes traumatismes.

Il s'agit ici des écrasements, des arrachements, on ne peut, on le comprendra, prévoir tous les cas. Mais ici, comme pour toutes les grandes plaies et même les petites on devra se défier des antiseptiques, acide phénique ou sublimé, qui peuvent occasionner des accidents d'intoxication grave. L'eau oxygénée rendra des services au début.

Si rien ne commande une intervention immédiate, il faudra s'abstenir de toute suppression d'organes ou de parties de membre, toutefois vouloir être conservateur à outrance est souvent une faute grave en matière d'accidents du travail.

Un doigt dont les tendons extenseurs ou fléchisseurs sont détruits, ne donnera jamais qu'une gêne à l'ouvrier et sa main lui rendra plus de services même, partiellement mutilée, si toutes les parties conservées ont leurs fonctions intactes. De règle sur ce point, il ne peut en être donné, c'est notre expérience, notre jugement et notre conscience qui devront être nos meilleurs guides.

Larges plaies post-opératoires.

Dans cet article sont visés les grands débridements tels que ceux qui suivent nos interventions pour les phlegmons, les ostéo-myélites, ou encore les arrachements de membre lorsque nous n'avons pu trouver les lambeaux suffisants pour réunir la plaie: on se comportera pour le pansement d'après les règles précédemment établies *y compris les ablations nécessaires.*

Il ne saurait s'agir dans ce paragraphe complémentaire d'une opération à proprement par-

ler, telle que la désarticulation d'un doigt ou une amputation partielle ; on vise simplement les sections de lambeaux mortifiés au cours de ces grands pansements.

2. — *Pansement intra-utérin.*

Cet article est incontestablement d'une application bien rare en matière d'accident du travail ; il faut admettre pour sa justification la plus fréquente, un cas d'avortement provoqué par un traumatisme et une rétention partielle des membranes et du placenta. Si, pour un cas de ce genre, nous étions amenés à faire un curetage et dans les jours qui suivraient à procéder à des lavages intra-utérins, nous devrions appliquer le tarif de trois visites pour notre intervention en sus de notre visite.

La seule recommandation que nous croyons devoir faire est que : s'il paraît utile de mettre une mèche dans l'utérus et un tampon dans le vagin, il faut toujours avoir recours à la gaze iodoformée qui est admirablement tolérée dans cette région, et qui évite l'odeur épouvantable qui accompagne toujours le pansement aseptique. Une petite observation encore pour clore ces quelques remarques : Lorsqu'un pansement répandra une odeur désagréable, telle par exemple que celle qui se produit avec les grands suintements (et le bicarbonate de soude, on aura recours à l'alcool de lavande qui masque assez bien ces inconvénients et arrive à les faire tolérer.

3. — *Hémostase par ligature au fond d'une plaie.*

Lorsque par suite d'une coupure par instrument tranchant, par un éclat de vitre, etc... nous aurons une section d'artère de quelque importance, nous nous trouverons dans les conditions visées par ce paragraphe. L'arcade palmaire, la radiale sont les types des opérations les plus courantes. Pour mener à bonne fin une ligature d'artère, il y aura toujours avantage à placer un lien un peu au-dessus de la section. Un simple drain comprimant circulairement le bras suffit à faire l'hémostase provisoire, la plaie sera ensuite débarrassée des caillots et il ne faudra pas craindre de faire bailler les lèvres de la section pour bien voir le vaisseau, et ne pincer que lui. Il est désastreux en effet d'appliquer une pince à l'aveuglette et de risquer de prendre dans ses mors un filet nerveux.

Dans le cas où nous ne pourrions arriver à lier d'une façon satisfaisante le vaisseau qui saigne, utilisons le vieux procédé peu brillant, je le reconnais, mais pratique et sûr, de la pince à demeure.

Malgré cette application qui n'est pas à proprement parler une ligature, j'estime que l'honoraire nous sera dû car ce que l'on vise c'est l'hémostase bien plus que le moyen de l'obtenir. Il peut être dangereux, difficile de faire une ligature. On peut être conduit pour y arriver à faire des débridements plutôt nuisibles et à disséquer un trajet artériel au risque de compromettre le fonctionnement du membre par la section de tendons ou filets nerveux.

La belle opération, toujours possible, à l'hôpital et sous le chloroforme, est loin d'être facile à la campagne et sans aide. Faisons donc simple et moquons-nous de la méthode pour n'envisager que le résultat pratique rapide et immédiatement réalisable.

4. — *Saignée.*

Combien peu de confrères pratiquent encore cette opération jadis si courante et qu'on laissait à des spécialistes non diplômés ! Pour ma part, il me faut rappeler de très lointains souvenirs pour retrouver les cas dans lesquels j'ai eu à pratiquer une saignée. J'en ai vu faire deux à l'hôpital au cours de mes études et je n'ai jamais, depuis, trouvé une occasion d'en faire ; ceci ne veut pas dire que la saignée doit être abandonnée : elle peut rendre des services au cours de congestions, par exemple, lorsque nous avons affaire à de forts gaillards ou lorsque nous nous trouvons en présence de malades atteints d'urémie, d'ictus, etc. Les ventouses scarifiées, les sangsues, sont beaucoup plus dans notre pratique courante que l'antique saignée, mais répondent à des indications différentes.

Chacun de nous se souvient d'avoir potassé la question pour un examen ou un concours, et décrire la technique de cette intervention encore présente à toutes les mémoires, paraît superflu. En cas d'urgence on peut faire usage d'objets de fortune, un mouchoir roulé, un ruban placé au dessus du point visé servira à faire saillir la veine dont la ponction pourra être faite au bistouri ou à la lancette.

Il suffira que la région soit bien savonnée, passée à l'alcool et que l'instrument soit lui-même bien flambé. Dès que l'émission sanguine paraît suffisante, on appliquera un pansement compressif, et on recommandera le repos au malade. L'opération de la saignée est comptée au prix de trois visites en plus de la visite, soit au total 10 francs (prix maximum).

5. — *Opérations de diagnostic nécessitant un outillage et une technique spéciaux. Otoscopie, rhinoscopie, laryngoscopie, ophtalmoscopie.*

Ce sujet sera traité par les spécialistes ainsi que les autres articles ayant trait à ces diverses spécialités.

(*A suivre.*)

Dr Ch. LEVASSORT.

ETUDES ET PROJETS

Les Syndicats Médicaux. Leur Fonctionnement. — Leur Organisation. Leur Influence. — Leur Rôle.

Par le Dr P. VIROULAUD, de Villebois-la-Valette (Charente).

(*Suite.*)

« Il existe, comme on vient de le voir, quelques syndicats formés de la manière suivante : un certain nombre de leurs membres sont pris dans tel département, puis dans un deuxième, dans un troisième et même dans un quatrième département limitrophes. Ces syndicats ont pu avoir leur raison d'être autrefois, pour maintenir des tarifs rémunérateurs dans la clientèle ordinaire ou pour combattre l'exercice illégal, par exemple. Mais, aujourd'hui, en présence du vote et de l'application des lois sociales intéressant l'exercice de la médecine, à la suite de l'extension considérable des collectivités et de leurs fédérations, ils ne sont plus capables de jouer un rôle profitable. Ces syndicats manquent, en effet, d'homogénéité. Leurs membres ne peuvent agir de concert auprès des Unions de sociétés de secours mutuels ou auprès des Autorités administratives d'un département, etc., puisque la plupart d'entre eux ne résident pas dans ce département. Dans l'intérêt de la bonne organisation des syndicats et de celui de leurs adhérents, ces syndicats auraient avantage à se dissoudre.

« En récompense des services rendus, les membres des bureaux devraient occuper, dans les syn-

Correspondance hebdomadaire
(*Suite*).

—

vrier le bénéfice du demi-salaire pendant les débats de fixation de l'indemnité ?

2° Médecin choisi par patron = tarif ouvrier local, Médecin choisi par ouvrier =tarif Dubief (avec supplément dû par l'ouvrier).

La Compagnie paye donc d'après deux tarifs différents, suivant les cas, et elle a intérêt, à défaut de son médecin à elle, à ce que le médecin soit choisi par l'ouvrier ? Quant au patron, s'il n'était pas assuré, cela lui reviendrait plus cher d'appeler son médecin pour son ouvrier blessé, que de laisser ce dernier l'appeler lui-même ? Un peu bizarre !

3° Ceci n'est pas une question, mais une simple réflexion : il me semble que nous ferions une sottise en réclamant des ouvriers blessés qui nous choisissent un supplément d'honoraires. Ils ne comprendraient pas cette bizarrerie de la loi et nous soupçonneraient au besoin de vouloir toucher deux fois ; en tout cas ils préféreraient (quoiqu'ils doivent y perdre) s'adresser au médecin de la Compagnie qu'assumer une responsabilité d'honoraires qu'ils ne pourraient pas payer.

Réponse. — 1° Il est parfaitement admissible que, diagnostiquant la date à laquelle vous pensez que le blessé sera complètement guéri, vous lui délivriez, pour lui éviter un nouveau dérangement (et au patron les frais d'une autre consultation) un certificat prévoyant qu'il sera guéri à telle date. Si votre prévision ne se trouve pas justifiée, l'ouvrier, à qui vous aurez remis ce certificat, n'en fera pas usage et reviendra vous consulter pour que vous puissiez lui continuer les soins que nécessite son état.

2° C'est bien là la situation créée au patron par la limitation des frais médicaux au Tarif Dubief dans le cas où l'ouvrier a fait choix de son médecin. Cette situation n'est pas aussi illogique qu'elle le paraît au premier abord. Il est naturel que, comme l'ouvrier (au moins en principe) le patron paie plus cher un médecin qu'il a choisi et auquel il accorde une confiance qu'il peut parfaitement ne pas avoir en celui que son ouvrier a choisi lui-même.

3° En fait, pour la cause que vous indiquez ou pour d'autres, parmi lesquelles on peut classer l'incertitude de la solvabilité de l'ouvrier les médecins n'ont pas l'habitude de réclamer cette différence. Mais il est bon d'en garder intact le principe.

Suite page X.

dicats à créer ou dans les syndicats voisins, des fonctions au moins équivalentes. Le fonds social serait partagé au prorata du nombre des adhérents et du temps pendant lequel chacun a été syndiqué. L'argent touché par chaque confrère serait versé par lui, obligatoirement, au syndicat type nouveau auquel il s'affilierait.

« Nous estimons donc qu'il est nécessaire de faire une organisation générale plus méthodique des syndicats médicaux. Le point de départ de l'organisation, l'unité, la « cellule », suivant l'expression de M. le docteur MAURAT, doit être le syndicat de département ou d'arrondissement dont les syndicats locaux seraient pour ainsi dire des noyaux. Il faudra préférer, si c'est possible, le syndicat de département, subdivisé au besoin en arrondissements comme dans les Deux-Sèvres, la Vienne, la Haute-Vienne, ou en cercles avec un syndic, comme dans le Cher, les Côtes-du-Nord, la Creuse, la Nièvre, etc. Si le choix des confrères se porte sur le Syndicat d'arrondissement, il sera bon de réunir un arrondissement où il existe peu de médecins à un arrondissement voisin. Dans le même département, pour assurer d'une façon permanente les relations en vue des discussions d'intérêt commun, les syndicats d'arrondissement auront toujours un lien intersyndical, comme dans la Seine-et-Oise, où une commission est nommée à cet effet, ou comme dans l'Ain, où les trois syndicats délèguent à tour de rôle un confrère aux assemblées générales.

« Pour toutes les affaires d'ordre administratif, le syndicat de département ou d'arrondissement aura plus de poids que le syndicat local. Il sera moins influencé par les questions de rivalités personnelles, et envisagera d'une manière plus équitable les intérêts généraux. Quoique l'étendue d'un arrondissement soit assez restreinte pour que les intérêts des médecins soient à peu près identiques et que les décisions à prendre puissent être généralement uniformes, on aura soin, le cas échéant, de tenir compte des usages et des intérêts locaux.

« Il y a en France 362 arrondissements, et, si l'on considère que quelques-uns fusionneront pour constituer un syndicat et que, d'autre part, 36 départements ont un Syndicat départemental, nous pouvons dire que la totalité des syndicats de département ou d'arrondissement ne dépassera guère le chiffre de 300. C'est une œuvre possible à réaliser et à faire fonctionner comme base de l'organisation syndicale.

« Les syndicats de villes se transformeront en syndicats de département ou d'arrondissement en modifiant leurs statuts.

« Sans doute, on dira que la division du territoire en départements ou en arrondissements est un peu arbitraire, et nous le reconnaissons. Mais depuis plus d'un siècle, elle a fait ses preuves au point de vue administratif, financier, judiciaire, etc. Elle est acceptée par des groupements syndicaux autres que ceux des médecins. N'eût-elle que l'avantage de mettre de l'ordre et de l'unité dans l'organisation syndicale, cette division devrait être adoptée, d'autant plus qu'elle ne gênera nullement l'accord entre confrères sur des questions locales. En ne suivant pas un plan uniforme, on aura toujours le gâchis syndical comme aujourd'hui et, par suite, aucune chance sérieuse de réussite pour les revendications du Corps médical.

***

« Au-dessus des Syndicats de département et d'arrondissement, il y aurait les Unions régionales.

« La lecture des quotidiens suffit à montrer avec quel empressement et quels avantages les patrons, ouvriers, agriculteurs, mutualistes, etc., se fédèrent par régions pour défendre leurs intérêts économiques. Il est inutile d'en citer de nombreux exemples. Mais examinons ce qui se passe, si l'on veut, pour les mutualistes. Un décret du 2 mai 1889 a divisé le territoire français en 18 Collèges électoraux ; 12 pour les sociétés approuvées, 6 pour les sociétés libres, et comprenant chacun plusieurs départements. Chaque collège élit un délégué qui constitue avec ses collègues et avec des délégués spéciaux, le Conseil supérieur de la Mutualité. Celui-ci tient deux sessions ordinaires par année. Une section permanente gère les affaires courantes et étudie les questions indiquées par le Conseil ou le Ministre de l'Intérieur.

« De plus, les mutualistes ont créé, de leur propre initiative, des Fédérations régionales qui correspondent généralement aux Collèges électoraux, mais qui n'ont pas un rôle officiel et servent plutôt de moyen de propagande. Elles sont reliées à une Fédération nationale.

« Les médecins ont intérêt à suivre une voie parallèle à celles des autres branches sociales, en particulier des mutualistes, et à former également des Unions régionales qui seraient au nombre d'une vingtaine. Ces Unions ne peuvent être limitées à quelques régions seulement. Elles doivent embrasser toute la surface du territoire, car leur utilité se fait sentir aussi bien au sud qu'au nord, à l'ouest qu'à l'est et au centre. Les médecins ne sont pas réunis comme les mineurs par exemple, dans un périmètre restreint. Ils sont disséminés à peu près uniformément de tous côtés, et rencontrent partout en face d'eux les mêmes adversaires : Sociétés mutuelles, Compagnies d'assurances, Etat, Départements, Communes, etc...... La création des Unions régionales, reconnues d'utilité générale, nécessite bien entendu pour entrer dans le domaine du pratique un remaniement dans les statuts actuels de l'Union centrale, Union des syndicats médicaux de France, qui devient, si l'on veut, une UNION NATIONALE DES SYNDICATS MÉDICAUX. Nous allons faire connaître succinctement quels devraient être, à notre avis, les principaux articles à insérer dans les nouveaux statuts, sous toute réserve, naturellement, de discussion et d'adoption. Mais, au préalable, il est un point sur lequel nous voudrions nous expliquer clairement, afin que notre pensée ne puisse en aucune façon être dénaturée à ce sujet. Ce que nous avons essentiellement en vue, dans les propositions qui font l'objet du présent travail, ce n'est point de faire disparaître l'organisation actuelle de l'Union des syndicats médicaux de France, pour la remplacer par un groupe d'Unions régionales de moindre importance.

« Nous demeurons bien convaincu de la nécessité d'un centre, d'un pivot, qui, tel qu'il existe actuellement, nous paraît parfaitement, à peu de modifications près, pouvoir assumer le rôle nouveau, considérablement élargi, que nous voudrions lui confier. Que l'on ne s'y méprenne pas. Il ne s'agit pas ici d'une tentative mesquine de décentralisation au profit de la province. Ce que nous voulons, c'est d'abord, en créant un type syndical unifié, mettre de l'ordre dans les syndicats médicaux actuels, qui vivent au milieu d'un gâchis presque inextricable.

« C'est ensuite, grâce à cette unification, d'où sortira, nous en sommes convaincu, la prospérité, la multiplication, ramener plus aisément au pivot central la coordination des forces syndicales dont les fils, mieux isolés, mieux régularisés, devront être plus facilement assemblables. Et

pour simplifier encore cet assemblage, comme aussi pour l'encourager, nous demandons la création d'un échelon intermédiaire d'Unions régionales en petit nombre, où puissent être choisis un petit groupe de délégués, apportant à Paris l'expression synthétisée des desiderata généraux.

« Loin que l'Union centrale nationale puisse avoir à redouter quelque chose de ces éléments nouveaux, de ces Unions régionales, il nous paraît qu'elle doive, au contraire, n'y trouver qu'une source de fécondité appréciable et profitable aux intérêts de l'ensemble. La représentation assurée ainsi par échelonnement pour tous les adhérents sans exception des divers syndicats doit encourager d'abord l'adhésion du praticien isolé à ces syndicats ; ensuite, elle entraîne irrévocablement l'adhésion de ces syndicats à l'Union régionale et nécessairement, celle de ce dernier groupement à l'Union nationale. Au contraire, en l'état actuel des choses, ce qui éloigne précisément du syndicat pas mal de praticiens, c'est le peu de résultats positifs qu'ils y entrevoient généralement, et, ce qui condamne le syndicat à une stérilité fâcheuse, c'est la difficulté considérable qu'il rencontre, non à adhérer à l'Union centrale, mais à « communier » avec elle. Car il faut tenir compte ici de la distance qui sépare le syndicat du siège de l'Union et du nombre relativement élevé des syndicats existants ou à créer, qui pourront atteindre un chiffre supérieur à 300, d'où l'impossibilité même pour un délégué de chacun d'entre eux de se déranger deux ou trois fois par année pour faire le voyage de Paris, souvent très long et dispendieux.

« Ceci dit, voici, à notre avis, à quoi devraient être approximativement ramenés les statuts de l'Union en vue de cette organisation nouvelle.

***

« Formation et but. — Art. Ier. — Entre les Unions régionales qui auront adhéré aux présents statuts, il est formé une Société syndicale dite :

Union nationale des Syndicats médicaux de France.

Art. 2. — Le siège social est à Paris.

Art. 3. — L'Union nationale a pour objet : d'étudier toutes les questions professionnelles intéressant le corps médical, et de poursuivre les modifications et améliorations législatives qu'il réclame par l'organe des Unions régionales de syndicats.

Art. 4. — Elle prête son appui matériel et moral aux Unions adhérentes et à leurs syndicats.

Art. 5. — Les Unions régionales conservent leur autonomie absolue et se gèrent à leur guise.

Art. 6. — Toute Union adhérente s'engage à payer une cotisation annuelle de 2 fr. par membre.

Administration et fonctionnement.

Art. 7. — L'Union nationale est administrée par un Conseil supérieur et par un bureau.

Art. 8. — Le conseil supérieur se compose des délégués des Unions affiliées et se réunit au moins une fois par an, dans le premier semestre de l'année.

Chaque Union a droit à un délégué et, si elle compte plus de 400 membres, à un délégué supplémentaire par 200 membres ou par fraction de 200 membres dépassant le chiffre 100. L'Union de la Seine a droit à 6 délégués.

Les délégués au Conseil supérieur sont élus pour deux ans par leur Union. Ils sont rééligibles.

Le Conseil supérieur s'adjoindra deux sénateurs et deux députés médecins nommés par lui tous les ans.

Art. 9. — Le Bureau se compose de membres choisis dans le Conseil supérieur et par lui.

Il comprend : Un président, six vice-présidents, un secrétaire général, un secrétaire adjoint, un trésorier, deux secrétaires des séances, un archiviste.

Les fonctions qui exigent la résidence à Paris ; secrétaire général ou adjoint, trésorier, secrétaires des séances, seront attribuées aux délégués de l'Union de la Seine. Une fonction de vice-président ou celle de président pourra, si le Conseil le juge utile, être attribuée à un de ces délégués.

Pour assurer l'expédition des affaires courantes, une Commission permanente, composée des délégués de l'Union de la Seine et des délégués des Unions limitrophes de Paris, tiendra obligatoirement une réunion mensuelle à laquelle les autres délégués seront convoqués et pourront assister.

Art. 10. — Tous les ans, en novembre, l'Union nationale tient une Assemblée générale ordinaire.

Elle se compose :

a) Des membres du Bureau et du Conseil ;

b) Des présidents des Unions ;

c) Des délégués des Unions, à raison d'un délégué par 100 membres ou par fraction de 100 membres supérieurs à 50.

Les délégués à l'Assemblée générale sont élus pour un an par leur Union, ils sont rééligibles.

Tous les autres membres des Unions affiliées peuvent assister à l'Assemblée générale et prendre part aux discussions, mais sans pouvoir voter.

Art. 11. — Il sera publié un organe appelé *Bulletin officiel de l'Union nationale des syndicats médicaux de France.*

Un *Annuaire des syndicats* paraîtra chaque année.

Telles sont les grandes lignes du projet de statuts que nous soumettons à l'Union des syndicats médicaux de France.

Nous nous empressons d'ajouter que la haute compétence et le dévouement inlassable avec lequel les membres actuels du Bureau de l'Union ont accompli leur mission jusqu'ici les désigne tout naturellement à remplir les mêmes fonctions dans le Bureau nouveau.

On pourrait nous objecter que l'Union de France possède actuellement un Conseil d'administration comprenant une vingtaine de membres choisis dans les syndicats de province. Ces confrères, qui peuvent être très actifs et dévoués, ne représentent parfois que de petits syndicats, ils ne sont pas, nous l'avons dit, l'émanation de l'ensemble des syndicats médicaux de France comme le seraient les délégués des Unions régionales.

***

Pour donner une base à la répartition des centres urbains qui devront être les chefs-lieux de ces grandes subdivisions régionales, nous avons étudié la fragmentation départementale du territoire français, en tenant compte des conditions géographiques et économiques (facilités de communications, etc.) et du fait que l'Union du Sud-Est, pour aider à la nouvelle organisation, laisse deux départements, qui lui étaient affiliés. Nous donnons ci-dessous le détail de ce projet, qui reste, bien entendu, uniquement un projet et n'a par conséquent aucune prétention de s'imposer d'emblée et de façon définitive :

1° *Lille* : Nord, Pas-de-Calais. — 2° *Amiens* ; Somme, Oise. — 3° *Rouen* : Seine-Inférieure, Eure, Calvados — 4° *Rennes* : Ille-et-Vilaine, Manche, Côtes-du-Nord, Finistère. — 5° *Nantes* : Loire-Inférieure, Morbihan, Vendée. — 6° *Le Mans* : Sarthe, Orne, Mayenne. — 7° *Tours* : Indre-et-Loire, Indre, Maine-et-Loire. — 8° *Poitiers*: Vienne, Deux-Sèvres, Charente, Charente-Inférieure, — 9° *Limoges* ; Haute-Vienne, Corrèze, Creuse. — 10° *Bordeaux* : Gironde, Dordogne, Landes, Basses-Pyrénées. — 11° *Agen* : Lot-et-Garonne, Lot, Gers, Tarn-et-Garonne. — 12° *Toulouse* : Haute-Garonne, Tarn, Ariège, Hautes-Pyrénées. — 13° *Montpellier* : Hérault, Gard, Lozère, Aveyron, Aude, Pyrénées-Orientales. — 14° *Marseille*: Bouches-du-Rhône, Basses-Alpes, Alpes-Maritimes, Var, Vaucluse, Corse. — 15° *Lyon* : Rhône, Saône-et-Loire, Ain, Savoie, Haute-Savoie, Hautes-Alpes, Drôme, Ardèche, Isère, Loire. — 16° *Clermont-Ferrand* : Puy-de-Dôme, Cantal, Haute-Loire. — 17° *Bourges* : Cher, Nièvre, Allier. — 18° *Orléans* : Loiret, Eure-et-Loir, Loir-et-Cher. — 19° *Versailles* : Seine-et-Oise, Seine-et-Marne. — 20° *Paris* : Seine. — 21° *Reims* : Marne, Ardennes, Aisne. — 22° *Nancy* : Meurthe-et-Moselle, Meuse, Vosges. — 23° *Besançon* : Doubs, Jura, Haute-Saône, Haut-Rhin .— 34° *Dijon* : Côte-d'Or, Yonne, Aube, Haute-Marne. — 25° *Alger* : Oran, Alger, Constantine.

Dans chacune des régions délimitées, la mise en train de l'organisation nouvelle pourrait se faire ainsi : les présidents des syndicats et, à leur défaut d'autres confrères, seraient invités à s'entendre pour convoquer, sous les auspices de l'Union de France, les médecins à une Assemblée générale, qui nommerait un Bureau provisoire, auquel incomberait le soin d'organiser l'Union dans un délai déterminé, un an, par exemple. Il importe avant tout de former les cadres et il appartiendrait ensuite aux confrères dévoués et énergiques qui en auraient la direction, d'en combler les vides. Ce serait pour eux une question d'initiative et d'amour-propre.

***

Les Unions réuniront, par des rapports réguliers, les différents syndicats de leur région. Elles centraliseront ces forces syndicales dont elles assureront la cohésion et l'unité d'action. Elles donneront à certaines sociétés existantes une activité plus grande et provoqueront la création de syndicats là où il n'en existe pas. Depuis trois ans, l'Union du Sud-Est a vu, sous son initiative, éclore dans notre région six syndicats : Hautes-Alpes, Bourg, Bugey et pays de Gex, Chambéry, Trévoux, Valence. Les Unions feront le dénombrement des médecins de leur région et s'efforceront de développer, parmi les confrères non syndiqués, l'esprit de vraie solidarité, qui manque à la majorité des médecins, ainsi que l'a dit avec raison M. le Dr Noir. Sur 18.000 médecins environ, il n'y en a guère plus de 8,000 qui soient syndiqués, c'est-à-dire que plus de la moitié échappe actuellement à toute action de propagande par le *Concours médical*, le *Bulletin de l'Union* et autres journaux de défense professionnelle. Aucun syndicat n'aura de raison plausible de ne pas adhérer à son Union régionale et on pourra s'écrier avec M. le Dr Jeanne : « Plus de syndicats parasites ! Plus de syndicats non adhérents. La guerre des francs-tireurs a fait son temps, on ne se bat plus qu'en masse. » Les syndicats feront bloc, et l'influence du Bureau de l'Union nationale auprès des pouvoirs publics et des collectivités sera réellement puissante et efficace.

Les Unions auraient, en outre, un autre rôle à remplir. Elles devraient patronner ou faire créer des maisons de santé à prix abordables pour cette classe à fortune moyenne qui abuse actuellement des lits payants des hôpitaux. De plus, si la cotisation des syndicats médicaux était portée à 24 fr., comme le demande M. le Dr Divernéresse, et *c'est la cotisation de syndicats ouvriers, qui ont conscience de leur avenir*, les Unions pourraient, avec leurs ressources, fonder peu à peu des laboratoires de bactériologie, d'analyses biologiques, d'hygiène, de radiographie et de radioscopie, des instituts d'électrothérapie, de radiothérapie, etc., mis à la disposition de leurs membres, sous la direction d'un confrère rétribué et compétent. Dans les grandes villes, elles pourraient fonder un enseignement libre de perfectionnement qui serait essentiellement pratique. En un mot, les Unions formeraient dans l'État des institutions libres, dont bénéficieraient les médecins, les malades, les administrations auxquelles elles donneraient des conseils sur les questions d'hygiène, d'assistance, etc.

Les considérations que nous venons d'exposer seront suffisantes, nous l'espérons, pour faire comprendre la nécessité des Unions régionales.

Avant d'arriver à la fin de notre rapport, nous devons dire hautement que le *Concours médical* a eu le mérite de créer les syndicats et de les faire vivre pendant les premières années, et qu'en conséquence, il s'est acquis les titres les plus sérieux à la reconnaissance du Corps médical.

« Nous devons dire aussi que l'Union des Syndicats médicaux de France a toujours défendu avec énergie les intérêts des médecins contre les empiètements des collectivités et dans la discussion des lois concernant notre profession ; son Bureau a droit à tous les éloges.

« Mais, si l'organisation de l'Union, telle qu'elle a été conçue par Cézilly et ses collaborateurs, avec centralisation exclusive à Paris, a rendu d'incontestables services, il est évident, pour tout esprit impartial, qu'elle ne répond plus suffisamment aux exigences des luttes à venir. L'Union doit forcément, pour conserver toute son influence, pour rester viable et forte, c'est-à-dire utile, s'adapter aux besoins du moment. En terminant, nous rappellerons les paroles de M. le Docteur Gassot à l'Assemblée générale du *Concours médical* le 20 novembre 1904, à propos des œuvres de prévoyance et de défense professionnelle : « Une corporation comme la nôtre doit être de son temps ; elle peut garder un sourire aimable pour les *laudatores temporis acti*, mais elle doit suivre l'évolution générale ».

« Ce que nous croyons être vérité aujourd'hui pourra, après-demain, être considéré comme erreur. Eh bien ! en ce cas, nous nous transformerons encore. Nous concevrons, s'il est nécessaire, de nouveaux modes de défense, mais nous ne nous endormirons jamais, et, en marchant, nous proclamerons la nécessité du mouvement ».

« Comme conclusions de ce travail, qui esquisse la direction nouvelle vers laquelle devra s'orienter l'organisation des forces de notre profession, nous proposons au Comité directeur de l'Union du Sud-Est de transmettre à l'Union des Syndicats médicaux de France les vœux suivants:

« 1° Organisation des syndicats médicaux en *Syndicats de département* ou *d'arrondissement*, auxquels s'uniraient les Syndicats locaux :

« 2° Création d'une vingtaine d'*Unions régionales* dont les délégués constitueraient le Conseil supérieur d'une *Union nationale*.

« *Approuvé à l'unanimité* :
« Le comité Directeur de
L'Union du Sud-Est. »

(*A suivre.*)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

La Réforme de l'Enseignement médical.

Notre confrère L. Leriche présente dans la *Gazette médicale du Centre*, à propos de ce gros problème, la solution radicale et simpliste que voici :

Je lisais récemment dans un grand journal du matin et sous la signature d'un ancien ministre des travaux publics je crois, — ce qui prouve que quand on a été ministre de n'importe quoi on connaît tout — un article qui renferme des choses intéressantes sur les « Réformes de l'Enseignement Médical » dont on parle beaucoup, mais qui n'avancent guère.

« Et c'est dans ce milieu de savants, ayant leur « laboratoire ou leur service d'hôpital que se recru« teraient les chargés de cours. L'émulation dans « l'exercice, même du magister, expérimental vaut « mieux que tous les concours, même les moins tru« qués du monde ».

Je cite, et pour ma part j'approuve en partie, c'est le système allemand qu'on réclame. avec ses *privat-docent* pris en dehors de tout concours et choisis uniquement par les étudiants qui paient leurs maîtres.

« *Un peu de laboratoire, pas mal d'amphithéâtre et toujours de la clinique ; c'est ainsi qu'on doit faire un médecin* ». C'est ainsi que je comprends et formule le sens des réformes à poursuivre, mais à la condition formelle qu'au laboratoire, à l'amphithéâtre et à l'hôpital l'élève puisse MANIPULER, DISSÉQUER, FAIRE DES AUTOPSIES ET EXAMINER DES MALADES.

Le corollaire obligé de cette formule est la *décentralisation de l'enseignement* et l'utilisation de *toutes* nos Ecoles-préparatoires de médecine et de *tous* les hôpitaux de nos grandes villes.

Sans vouloir médire de mes maîtres que j'aime bien, QU'EST-CE QU'UN PROFESSEUR DE FACULTÉ DE MÉDECINE ?

Un monsieur agrégé, instruit, savant, souvent excellent praticien, qui fait des cours théoriques, même quand il professe la clinique, qui fait partie des jurys d'examens, vêtu d'une robe et ayant sur la tête, ou devant lui, une coiffure étrange et poussant quelques colles à des étudiants, lesquels ne pensent qu'à ce que diront leurs familles s'ils sont recalés.

Entre temps, le Professeur fait des visites et donne des consultations grassement payées.

Et alors le Professeur comme l'étudiant se fichent des cours, et celui-ci apprend la médecine en suivant des travaux dits pratiques, et en allant lire son journal le matin à l'hôpital, ou en regardant les têtes des malades, hommes et surtout femmes, par-dessus les épaules trop nombreuses et souvent trop hautes de ses camarades.

RÉSULTATS : la plupart des Etudiants, à force d'avoir entendu les colles poussées par les professeurs aux examens, sont reçus eux-mêmes, car ils ont appris à répondre à ces colles : ils ont entendu, à l'hôpital, parler de maladies, de symptômes de ces maladies, ont écrit en style d'apothicaire une thèse sur un sujet plus ou moins banal et vont s'établir dans un pays quelconque et se débrouillent comme ils peuvent. Et, chose étrange, ils ne s'en tirent pas trop mal, ce qui prouve que le Français est né malin et capable d'inventer autre chose que la satire.

CONCLUSIONS. — Conserver les professeurs des Facultés de médecine, les payer le double, leur défendre l'exercice de la médecine, leur supprimer les cours, et les transformer exclusivement en membres de jurys *d'examens complètement transformés.*

Car c'est là que gît le lièvre : la transformation des examens telle que je la comprends, suppression de *tous* les examens y compris la thèse bien entendu.

Et alors *devant une série de professeurs* le candidat au doctorat, pendant quinze jours consécutifs, soignera les malades, fera des pansements, des opérations, des ordonnances, des accouchements ; après quoi on lui délivrera un brevet lui permettant d'exercer la médecine sous toutes ses formes et dans toutes ses branches : *Finis coronat opus.*

En résumé, l'élève fera ses études où il voudra, avec les professeurs qu'il choisira et qu'il paiera, lesquels lui enseigneront l'art médical *d'une façon pratique* ; c'est la liberté absolue, le libre choix et, je le crois, l'avenir de la profession médicale, mais un avenir, j'en ai bien peur, encore fort lointain.

Comme il est toujours prudent de demander le plus pour avoir le moins, nous ne contredirons pas à la proposition de notre confrère. Mais, en gens qui n'ont pas reculé jadis devant la rédaction des propositions de loi sur l'exercice de la médecine, sur la revision de la loi Roussel, sur l'assistance médicale gratuite, etc., etc. les hommes du « Concours médical », toujours amis de l'action et des résultats, prient avec instance tous ceux qui veulent le maximum de liberté dans l'enseignement médical de s'aboucher avec les spécialistes parlementaires en vue de la rédaction des textes légaux qui leur donneraient satisfaction.

Combien serait simplifiée la tâche du Comité de vigilance, si, sortant de l'atmosphère un peu nuageuse des rapports, elle prenait corps en la forme d'une proposition de loi à mettre au point pour mâcher la besogne à nos législateurs !

Allons, qui va se charger de ce travail ?

Celui-là court grand risque de n'être pas décoré, mais il aura bien mieux, car il gagnera la reconnaissance de tous ses confrères.

PETITE CHRONIQUE DE L'ÉTRANGER

La lutte contre l'empirisme par la British medical association en Angleterre.

Jusqu'à ces derniers temps, les médecins s'étaient en somme peu occupés de combattre d'une manière sérieuse l'empirisme en Angleterre. Mais il faut bien le dire, cette lutte était particulièrement difficile.

La principale difficulté résidait dans les dispositions légales en vigueur. Sans entrer dans plus de détails, il suffira de dire qu'en Angleterre chacun peut entreprendre le traitement des malades suivant sa propre méthode. Qu'un particulier quelconque se fasse appeler docteur ou médecin, ou encore que certaines raisons le fassent à tort passer aux yeux du public pour un médecin approuvé, celui-ci peut être, il est vrai, condamné à une amende pécuniaire ou à la prison. Mais malheureusement ces dispositions ne sont pas appliquées, et personne ne dépose de plaintes à cet égard.

La loi sur la constatation des décès est également très incomplète. Il existe bien un certificat de décès officiel, qui ne doit être signé que par un médecin reconnu ; mais n'importe quelle personne peut rédiger un certificat, où elle expose ses idées sur la cause du décès, pourvu qu'elle ne le

signe pas comme médecin. De plus, le fonctionnaire civil lui-même ne possède aucune connaissance médicale ; si ce certificat ne lui paraît pas suffisant, il doit de par la loi en informer le « coroner » (celui qui examine les cadavres). Mais, celui-ci n'est pas toujours médecin, et il peut ordonner un examen du cadavre, avec ou sans concours du médecin, avec ou sans autopsie. Les statistiques faites suivant ce procédé, sont naturellement insuffisantes.

Si une personne engage quelqu'un à se faire traiter par elle, et lui assure à faux que ses médicaments ou ses méthodes de traitement peuvent guérir, il est punissable. Malheureusement, il est difficile de démontrer aux juges que les remèdes empiriques sont réellement inefficaces, surtout si l'empirique fait appeler des témoins, qui en assurent les bons effets, etc. L'expérience apprend que ces procès sont rarement, très rarement couronnés de succès. Ni devant les tribunaux,ni devant le Parlement le médecin ne trouve de véritable appui, et quand on a entendu les remarques sarcastiques des juges sur les témoignages contradictoires des médecins, quand on a assisté à une séance médicophobique du Parlement, on est convaincu que le corps médical en Angleterre est pour ainsi dire livré à lui-même sans soutien juridique.

Quoique les difficultés soient innombrables, dit H. Armit, membre du Medico-political-Komitee on peut espérer une lutte efficace contre l'empirisme, si les médecins se réunissent pour collaborer suivant des méthodes bien déterminées. C'est dans ce but que la British Medical Association avec ses 20.000 adhérents, a entrepris une campagne, qui sera longue, mais dont les efforts seront certainement couronnés de succès.

Voyons rapidement quelle est la ligne de conduite adoptée par cette association. Ce sont tout d'abord les travaux de l' «Ethical-Komitee ». On sait que plus d'un empirique se protège contre le médecin en publiant des rapports favorables sur ses médicaments dans quelque périodique médical généralement peu apprécié, ou bien en utilisant dans ses publications le nom de quelque médecin consentant ou non. Dès que l'attention du Komitee est attirée sur une publication de ce genre, il s'informe auprès du médecin en question pour savoir s'il est au courant de celle-ci ou bien s'il l'a rédigée personnellement, s'il lui a donné son assentiment. Si le médecin fait partie de la British Medical Association, l'affaire est étudiée, et lorsqu'un nombre suffisant de preuves sont réunies contre lui, il est obligé de démissionner. S'il n'en fait pas partie, l'Association peut le traduire devant le « General medical council » qui a le droit de le rayer de la liste des médecins. En autre l'«Ethical Kommitee» cherche à lutter contre la réclame empirique en refusant toute annonce quelque peu douteuse offerte au journal.

Le journal de la British Medical Association mène encore plus énergiquement la lutte. Ces temps derniers, il a publié différents articles sur les remèdes secrets ; plusieurs fois il a exposé et critiqué le genre de vie, les ressources pécuniaires, etc., de plus d'un empirique et le rédacteur a eu le courage d'émettre son opinion franche sur certains charlatans.

Ce n'est pas seulement le journal, mais encore le « Médico-political Komitee » (social politique), et ses différents comités secondaires qui se sont voués à la même cause. Le Comité de « moralité publique » se met en rapport avec le ministre pour arrêter des réclames sur les abortifs, ou des réclames du même genre. Pour cela il se base sur la loi pour la suppression des annonces indécentes (abolition of indecent advertisements). Il faut espérer qu'il réussira. Un deuxième comité est celui qui, avec quelques membres de la Société d'ophtalmologie, a déjà rendu de grands services dans les sphères parlementaires. Il a cherché à faire réglementer la correction des vices de réfraction, en la confiant uniquement aux opticiens et pour cela il a cherché à attirer l'attention de quelques parlementaires sur les dangers publics qu'il y avait à laisser faire ces opérations par des non praticiens.

D'autre part, le Comité parlementaire déploie l'activité la plus grande en préparant de nouveaux projets de loi, qui ont pour but de protéger la profession médicale.

Il convient ici d'exposer les propositions du ministre plénipotentiaire australien Octave C. Beale. Celui-ci parcourut, aux frais de son gouvernement, le Canada, les Etats-Unis d'Amérique, l'Angleterre, la France, l'Allemagne. etc., pour étudier sur les lieux le commerce des remèdes secrets et des spécialités. Il vit que dans les pays anglo-saxons, la perte du sens moral amené par un commerce de ce genre, le degré du mal, et le nombre des cas de mort étaient plus grands qu'on ne l'admettait jusqu'à présent. Il put démontrer à l'aide des documents recueillis que les médicaments empiriques et les remèdes secrets étaient un fléau incroyable. Ayant essayé d'obtenir du ministère de l'intérieur anglais une amélioration de cette situation lamentable, celui-ci lui assura que l'éducation du peuple donnerait de meilleurs résultats que toute espèce de législation ou de procédure juridique, car il serait presqu'impossible d'accumuler les preuves nécessaires contre les criminels.

Là-dessus, le Medico-political-Kommitee a fait faire une enquête sur les ordonnances existant à ce sujet dans les différents pays. A l'occasion de la réunion annuelle de ses délégués, la British medical Association approuva les propositions suivantes faites par le Kommitee, à savoir que 1° les médicaments ne pourraient être vendus sans une prescription d'un médecin, d'un dentiste ou d'un vétérinaire, que si leur composition était exactement indiquée sur le récipient ; 2° l'étiquette devrait être une garantie du contenu, et toute inscription fausse portée sur l'étiquette ou dans la réclame serait punie ; 3° les règlements en vigueur pour les substances alimentaires et les médicaments devraient l'être aussi pour les remèdes secrets. A présent le Kommitee va chercher à soumettre ces propositions au corps législatif.

M. Beale va encore plus loin. Il demande que tous les médicaments vendus au public soient contenus dans des récipients qui portent leur composition chimique exacte, et non des termes de fantaisie ; il ne veut pas que l'on vante ni que l'on recommande ces produits, qu'il y ait une réclame soit sur le récipient, soit dans les imprimés qui l'accompagnent. De plus, il voudrait interdire par une loi que les annonces et réclames pour les remèdes secrets soient publiées de quelque façon que ce soit : journaux, feuilles, etc. Il reconnaît qu'il est rationnel de protéger par la loi, comme cela se fait aujourd'hui, les préparations de médicaments et les appareils reconnus utiles pour la prophylaxie, le traitement et la guérison des maladies humaines ; par contre il voudrait empêcher que les médicaments simples (naturels, extraits, ou synthétiques) ne soient brevetés. Il cherche à rendre impossible le commerce des médicaments pits préventifs, en ce sens qu'il interdit l'impor-

tation et la préparation de toutes compositions, qui ont pour but d'influencer les rapports sexuels d'une manière néfaste. Il préconise enfin la création d'un bureau chimique, pour empêcher l'erreur et la fraude.

La British Medical Association a pensé que de grandes modifications doivent être apportées dans la législation, et c'est dans cette idée qu'elle a fait élaborer l'an dernier un projet de loi ayant pour but d'annihiler toutes les lacunes qui existent à l'heure actuelle dans les lois de pratique médicale. Le « Medical-Acts Consolidations-Bill » décrète que le « General medical Council » se composera principalement des délégués des médecins praticiens, et dans une proportion moindre des délégués de l'Université et de l' « Incorporated Colleges », enfin de délégués choisis par le Conseil privé du roi. Les dentistes doivent également être représentés. Le projet de loi contient un exposé détaillé des devoirs financiers, administratifs et directoriaux du Council ; il fait connaître que dorénavant les femmes comme les hommes seront admis à passer des examens. Enfin les fautes et leurs sanctions y seront exposées : la sanction suprême est la radiation du corps des médecins par le « General Medical Council ». Des mesures particulières sont prises pour empêcher un médecin rayé de pratiquer la médecine. Il est établi chaque année un registre contenant le nom des étudiants, des médecins et des dentistes : aucune personne non visée sur ce registre ne peut, de quelque façon que ce soit pratiquer, ou bien se déclarer apte à pratiquer, ou encore accepter un titre qui lui donnerait en apparence qualités et adresse nécessaires pour soigner les malades. Toute contravention à ces prescriptions est punie d'un emprisonnement et d'amendes pécuniaires.

Les mêmes peines s'appliquent à ceux qui se servent du nom d'un médecin inscrit pour en faire un mauvais usage, aux médecins qui pratiquent sous un faux nom ou qui pratiquent pendant plus de 3 mois sans afficher visiblement leur nom sur leur demeure. Des mesures spéciales empêchent les fraudes dans la tenue du contrôle des médecins.

Le projet de loi permettra d'atteindre aussi bien les Sociétés que les personnalités individuelles pour la répression des délits. Il n'est pas encore achevé et ne sera vraisemblablement pas soumis au Parlement avant quelque temps. On attendra pour le faire le moment propice ; on n'épargnera ni peine ni travail pour réussir, et dans toutes les parties de l'Angleterre sont des membres de l'Association, qui cherchent à gagner les parlementaires à la cause. De son côté le Medico-political Kommitee fera tous ses efforts pour que la loi soit bientôt votée. Cette loi ne tardera pas à porter ses fruits : l'empirisme sera anéanti en Angleterre.

CHRONIQUE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

DEUX REFERENDUMS

Le coût moyen de certaines catégories d'accidents.

Paris, le 18 juin 1908.

Mon cher Confrère,

La Commission instituée par le ministère du travail pour l'établissement du Tarif médical prévu par l'art. 4 de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail a décidé, dans sa dernière séance, sur la proposition de M. le Directeur de l'Assurance et de la Prévoyance Sociales, d'étudier un projet de catégories de blessures pouvant servir de base à l'élaboration d'un nouveau tarif.

La sous-commission chargée de réunir les éléments aussi complets que possible d'établissement de ce régime de catégories de blessures nous a désignés pour grouper, condenser et coordonner tous ces documents que déjà les assureurs contre les accidents du travail nous ont fournis dans une certaine mesure et qu'ils continuent à rechercher afin de grouper le plus grand nombre possible de cas d'appréciation.

Mais nous considérons que cette étude deviendrait tout à fait décisive si nous avions la bonne fortune de pouvoir l'appuyer des avis et des conseils si autorisés que pourraient nous donner tous nos confrères médecins et surtout chirurgiens.

C'est donc avec l'espoir que vous ne nous refuserez pas votre concours, qui nous sera très précieux en raison de votre expérience clinique, que nous vous adressons ci-joint un questionnaire relatif à l'une des catégories de blessures actuellement à l'étude, celle des fractures. Nous vous serions très reconnaissants de vouloir bien remplir ce questionnaire et le retourner ensuite à notre confrère le Docteur Diel, 16 *bis*, rue Lauriston, à Paris.

FRACTURES	Nombre moyen de jours d'incapacité par accident		Nombre moyen de visites nécessaires	
	De 15 à 45 ans	45 ans et plus	De 15 à 45 ans	45 ans et plus
Phalange				
Métacarpiens				
Radius				
Avant-bras				
Cubitus				
Poignet				
Coude				
Humérus				
Clavicules				
Omoplate				
Côtes				
Sternum				
Colonne vertébrale				
Bassin				
Os iliaque				
Orteils				
Métatarsiens				
Malléolaires				
Bi-malléolaires				
Cou-de-pied				
Tibia				
Péroné				
Rotule				
Fémur				
Crâne				
Maxillaire supérieur				
Maxillaire inférieur				
Face				

Prière de retourner cet état au docteur Diel, 16 *bis*, rue Lauriston, Paris.
Nota. — Prière d'écrire sur cet état *au crayon*.

Il nous serait très utile non seulement d'avoir le questionnaire ci-joint rempli par vos soins mais encore de connaître toutes les observations

que vous croiriez devoir faire tant au sujet des fractures que de toute autre catégorie de blessures et c'est en comptant sur votre obligeance à laquelle nous nous excusons d'avoir fait appel en raison de l'intérêt si grand qui s'attache à cette question, que nous vous prions d'agréer, avec nos remerciements anticipés, l'expression de nos sentiments confraternels.

Docteur JEANNE, Membre de la Commission du Tarif médical, rédacteur en chef du *Concours Médical* ;
Docteur DIVERNERESSE ;
Docteur de GRISSAC ;
Docteur LEVASSORT, chirurgien ;
Docteur LAPOINTE, chirurgien des hôpitaux ;
Docteur DORIZON ;
Docteur DIEL, ancien interne en chirurgie des Hôpitaux.

Les cures thermales dans les accidents du travail

Mon cher Confrère,

Je suis chargé par le « Concours Médical » de faire un travail sur l'application des cures thermales au traitement des suites d'accidents du travail.

Les lésions qui succèdent de façon durable aux traumatismes en question sont, comme vous le savez, les raideurs et les engorgements articulaires et péri-articulaires, les inflammations des tendons et des gaines, les atrophies musculaires, les névrites périphériques, etc.

Votre station retenant sous sa juridiction ces différentes manifestations pathologiques, je vous serais très obligé de vouloir bien me faire adresser tous les documents propres à m'éclairer sur l'action générale de vos eaux et de me faire connaître les résultats de votre expérience personnelle dans les cas particuliers qui m'occupent.

Recevez, mon cher Confrère, avec mes remerciements anticipés, l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

25 juin 1908. Dr DUCHESNE.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Le « tout compris » de l'article 4 n'est pas applicable aux cliniques privées.

JUSTICE DE PAIX D'AUTUN

Jugement du 22 mai 1908

Une clinique chirurgicale, établissement privé appartenant aux particuliers, le plus souvent à un ou plusieurs médecins, n'est pas un établissement hospitalier au sens juridique du mot : un semblable établissement n'a pas de personnalité civile.

Par suite le § 3 de l'art. 4 de la loi du 9 avril 1898 modifié par la loi du 31 mars 1905, n'est pas applicable à un semblable établissement.

Le ou les médecins propriétaires d'une clinique peuvent agir personnellement en paiement de leurs honoraires indépendamment et en outre des frais de séjour.

Le Tarif des frais médicaux tel que fixé par l'arrêté de 30 septembre 1905 n'est obligatoire que dans le cas prévu par le § 2 de l'art 4. de la loi du 9 avril 1898 modifié par celle du 31 mars 1905 c'est-à-dire lorsque l'accidenté du travail a choisi lui-même son médecin ; dans tous les autres cas le Juge a un pouvoir souverain d'appréciation pour déterminer les honoraires des médecins d'après le service rendu et la situation financière de l'obligé.

Les frais de séjour à une clinique indépendante des honoraires du médecin doivent être calculés d'après le tarif de l'établissement et non d'après le tarif très réduit et spécial fixé par le § 3 de l'art. 4, pour les établissements hospitaliers.

Attendu, en fait, qu'il n'est pas contesté : 1° que c'est Madame Ph., elle-même qui, sur les conseils d'un docteur qui en avait reconnu la nécessité, a fait conduire à la clinique du docteur L..., le 16 avril 1907 un sieur X., victime le même jour d'un accident du travail dans la fabrique de ladite dame Ph.

2° Que X..., est resté dans cet établissement du 16 avril 1907 au 4 mai suivant, c'est-à-dire pendant 18 jours ;

3° Que pendant ce séjour, le docteur L..., lui a fait l'amputation d'un index et quatre pansements, et qu'après sa sortie de la clinique il lui a en outre fait dix autres pansements ; que le docteur L..., après avoir touché 72 francs pour les frais de séjour de X..., à la clinique (18 × 4 fr.) réclame aujourd'hui à Madame Ph.., 1° une somme de 86 francs pour l'amputation et les quatre pansements faits à X.., à la clinique : 2° et une somme de 85 francs pour les dix pansements faits au même à domicile ; et que Madame Ph., sans contester les faits ci-dessus et le principe de la dette prétend : 1° que les *frais de l'opération et des pansements* faits à H.., à la clinique se trouvent compris *dans les frais de séjour* qu'elle a payés à raison de 4 francs par jour tandis qu'elle les devait seulement à raison de trois francs cinquante centimes par jour ; 2° et que pour les pansements à domicile ils ne peuvent lui être réclamés que d'après le tarif du 30 septembre 1905.

En droit : Sur le premier moyen :

1° Qu'il n'a jamais été question des cliniques dans la discussion du § 3e de l'article 4 de la loi du 31 mars 1905 concernant les frais d'hospitalisation, mais seulement des hôpitaux, que cette disposition étant une dérogation au droit commun doit être interprétée *stricto sensu*, qu'il ne suffit donc pas que les cliniques n'aient pas été exceptées de son application ; qu'il faudrait encore qu'elles eussent été nommément soumises à cette application ;

Qu'au surplus la loi pouvait d'autant moins viser les cliniques qu'elles ne sont pas toutes organisées pour l'hospitalisation des malades ou blessés ;

2° Qu'il n'y a pas analogie complète entre un hôpital et une clinique privée, mais au contraire de grandes différences, qu'en effet : 1° l'admission à l'hôpital est obligatoire quand le malade ou la victime d'un accident se trouve dans les conditions prévues par le règlement de cet établissement. Au contraire le propriétaire d'une clinique privée n'est jamais tenu de recevoir malgré lui un malade ou un blessé ; 2° un hôpital est un établissement public qui, comme tel, est soumis à des réglementations légales ou administratives et auquel on peut imposer un tarif.

Une clinique privée n'est pas publique et n'est réglementée et tarifée que par son propriétaire.

3° Un hôpital est une personne morale qui peut posséder des biens, recevoir des dons et legs, et qui généralement a des revenus lui permettant de soigner les malades tantôt gratuitement, tantôt à des prix modérés ;

Une clinique privée n'est pas dans ce cas, et par suite son propriétaire non seulement n'y reçoit pas habituellement d'indigents, mais encore se trouve obligé d'exiger des personnes qui y sont traitées un prix plus élevé que celui d'un hôpital, et cela est d'autant plus juste que ces personnes y sont mieux installées et mieux nourries que dans un hôpital, soit dit sans aucune intention de critique ;

4° Le but de la commission administrative d'un hôpital n'est pas de réaliser des bénéfices, et le prix de la journée y est établi de façon seulement à ce que cet établissement ne soit pas constitué en perte.

Le but du propriétaire d'une clinique privée est au contraire d'en tirer un profit personnel plus ou moins important.

5° Un hôpital est un établissement d'assistance publique c'est-à-dire où d'après la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite, les malades privés de ressources doivent être admis et recevoir, moyennant des prix modérés fixés par le Préfet et payés par les communes, le département ou l'Etat, les soins qui leur sont nécessaires quand il y a impossibilité reconnue de les soigner utilement à domicile.

Les cliniques privées ne sont pas obligées par cette loi de recevoir et soigner les indigents ;

6° Le prix de la journée dans un hôpital ne dépasse généralement pas 2 fr. 50 à 3 francs, frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques compris. Le même tarif non seulement ne laisserait rien au propriétaire d'une clinique pour l'opération et les soins ultérieurs, mais encore le constituerait en perte sur les frais de séjour.

Que par suite il n'est pas admissible que le législateur ait entendu, malgré ces différences, assimiler les cliniques privées aux hôpitaux, et leur imposer contre tout droit et toute équité un tarif acceptable pour ceux-ci mais absolument insuffisant pour celles-là, d'autant plus qu'il a annoncé l'intention de prendre en égale considération l'intérêt des établissements hospitaliers, qui ne sauraient souffrir de l'application de la législation sur les accidents du travail, et celui des industriels qui ne sauraient être mis à la merci des prétentions de ces établissements ou de celles de leurs médecins ;

3° Qu'à la vérité, il existe à Paris et dans d'autres grandes villes des cliniques gratuites ou quasi-gratuites créées et entretenues par des fondateurs philanthropiques ou par des associations de médecins qui veulent se faire connaître, mais il y en existe aussi beaucoup d'autres qui ont été créées dans un but intéressé, et il est rare que ne ce soit pas le cas des cliniques fondées en province ; que du reste, même à Paris ou dans les grandes villes, si les fondateurs ou administrateurs des cliniques hospitalisent des accidentés du travail, c'est de leur plein gré et parce que cela rentre dans le but qu'ils poursuivent et non parce qu'ils y sont obligés par l'article précité de la loi du 31 mars 1905.

Qu'il résulte très clairement de la discussion de la loi du 31 mars 1905 que le tarif des frais d'hospitalisation ne s'applique qu'aux établissements d'assistance publique et par suite qu'aux hôpitaux proprement dits. Le rapporteur de la commission sénatoriale ayant déclaré dans la séance du 17 juin 1904, pour repousser un amendement formulé par Monsieur Strauss contre le texte actuel concernant ces frais « que l'assistance publique pouvait bien accepter pour les accidentés du travail un tarif transactionnel et forfaitaire puisqu'elle recevait des communes, des départements et de l'Etat, depuis la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite, une indemnité pour soigner la population parmi laquelle se recrutent ces accidentés, alors que, sans y être obligée, elle la soignait gratuitement avant cette loi : »

4° Enfin, que s'il est exact, comme le prétend Mme Ph.., que la jurisprudence ne met pas les frais d'hospitalisation dans un établissement privé à la charge du patron quand c'est l'accidenté lui-même qui a choisi cet établissement, ce n'est pas pour le motif qu'elle indique mais précisément parce que les établissements privés ne sont pas tenus de subir le tarif légal d'hospitalisation.

Sur le second moyen.

Attendu que le fait par X..., de ne pas s'être opposé à son transport à la clinique du docteur L..., ne peut le faire considérer comme ayant choisi lui-même ce docteur et n'est qu'une ratification du choix fait par Madame Ph.., et qu'il résulte incontestablement de la lettre et de l'esprit de la loi du 31 mars 1905 que le tarif du 30 septembre 1905 n'est pas applicable dans l'espèce, l'établissement de ce tarif ayant été prescrit dans le but de protéger les patrons contre les exigences possibles du médecin ou chirurgien choisi par les victimes d'accident et ces patrons n'ayant pas besoin d'être protégés quand ils ont choisi eux-mêmes ces médecins ou chirurgiens.

Attendu que, par conséquent, ces deux moyens soulevés par Madame Ph.., doivent être rejetés.

Attendu que les frais de l'opération et des pansements faits à X..., pendant son séjour à la clinique sont dus au docteur L..., en dehors des frais de séjour qu'il a déjà touchés ; et que la somme de 86 francs réclamée n'est pas exagérée ;

Attendu que les frais des pansements faits à X... à domicile sont dus au même docteur d'après le tarif de droit commun et non d'après le tarif du 30 septembre 1905, mais que celui-ci a déclaré ne pas vouloir augmenter sa réclamation, bien qu'il se soit trompé à son préjudice en établissant son mémoire d'après ce dernier tarif.

Par ces motifs.

Statuant contradictoirement et en dernier ressort :

Condamnons Madame Ph.., à payer au docteur L.., la somme de 171 francs due à ce dernier pour traitement du sieur X..., tant à la clinique qu'à domicile, ensemble les intérêts du jour de la demande à celui du paiement.

Et la condamnons en outre à tous les dépens.

CORRESPONDANCE

Répétition d'honoraires médico-légaux.

Monsieur le Directeur.

Voici une petite mésaventure qui m'est arrivée et que je crois digne de la publicité du *Concours*. Je suis sûr qu'elle apprendra quelque chose à un bon nombre de vos lecteurs.

L'année dernière, je fus appelé à jouer le rôle d'expert dans une affaire d'assassinat, accompagné de viol. Je pratiquai, en partie avec l'aide d'un confrère, l'examen du cadavre à son domicile, l'autopsie, l'examen de taches de sang et de sperme et enfin l'examen d'un individu soupçonné du crime.

Peu habitué à faire des notes d'honoraires pour la justice je priai une personne plus compétente que moi d'établir mon mémoire, qui se montait à 130 fr. 75.

Peu de jours après, je reçus un mandat de paiement signé de plusieurs gros fonctionnaires de la Cour, et, le 2 octobre 1907, je touchai l'argent chez le receveur de l'enregistrement. Ma note fut acquittée intégralement.

Or, aujourd'hui 3 juillet 1908 (neuf mois après par conséquent), je suis invité à me rendre au greffe de la justice de paix où l'on me communique deux imprimés dont voici la teneur :

« Le garde des Sceaux, ministre de la justice, com-
« munique à M. le Procureur général de la cour d'ap-
« pel de L.. le résultat de la vérification du mémoire
« s'élevant à 130 fr. 75, présenté le 17 sept. 1907 par
« M. le Dr A. et le prie d'inviter la partie intéressée à
« verser dans la caisse du trésorier payeur général
« du département ou du receveur particulier de l'ar-
« rondissement la somme de 57 francs qui lui a été
« indûment payée ».

A ce premier imprimé est joint cet autre :

« Le Procureur de la République de B. fait con-
« naître à M. le Receveur des Finances que le M. le
« Dr A. a été invité à verser dans sa caisse la somme de
« 57 fr. qui lui avait été indument allouée.

« Cette somme est applicable aux frais du procès
« intenté au nommé X. inculpé d'assassinat ».

L'épluchage de la note, donnant le détail des réductions, était joint au dossier.

Il est possible que ma note n'ait pas été établie en conformité avec les règlements, que *les formes* n'y aient pas été respectées, que les vacations y portées n'aient pas été en nombre suffisant pour légitimer la somme demandée que j'estime pourtant en rapport avec la peine que je me suis donnée.

J'avoue cela d'autant plus ingénuement que ce n'est pas moi qui ai fait mon mémoire, je n'ai donc rien à dire contre la réduction qu'on m'a fait subir. Je saurai une autre fois à quoi m'en tenir.

Mais ce que je trouve invraisemblable, c'est qu'on vienne me réduire ma note *neuf mois* après qu'un mandat, revêtu des signatures des personnages les plus considérables de l'administration du district judiciaire, l'a authentifiée et reconnue bonne à payer, *neuf mois* après l'avoir payée effectivement.

Ce que je trouve plus énorme encore, c'est que les pièces envoyées pour récupérer la somme « indument payée » soient établies sur des imprimés *ad hoc*. C'est donc une règle habituelle en justice, de payer d'abord, d'examiner les notes ensuite ? Que deviendrons-nous si les Assurances, les S. S.M., les simples clients se mettent à en faire autant ? Serons-nous jamais sûrs que notre passif ne dépasse pas notre actif ?

Je crois n'avoir rien de mieux à faire que de m'exécuter. Mais je voudrais que ce ne fût pas sans mettre les confrères au courant de cette stupéfiante chinoiserie administrative.

C'est pourquoi, monsieur le Directeur, je vous serais très reconnaissant d'insérer ma lettre en y joignant vos conseils pour un cas semblable.

Veuillez, Monsieur le Directeur, agréer l'assurance de mes sentiments les plus confraternels.

D^r A.

N. D. L. R. — Il n'est que trop vrai que l'Etat s'arroge le droit de se faire rembourser les sommes que, de bon gré et après maintes vérifications de ses agents, même très autorisés, il a consenti à payer, lorsqu'un personnage plus haut gradé estime qu'elles l'ont été à tort. Le médecin ainsi invité à passer à la Caisse n'a qu'à s'exécuter si les réductions ainsi opérées par M. le garde des Sceaux sont conformes au tarif et, pour éviter à l'avenir de recevoir de nouvelles invitations aussi peu agréables, il devra s'efforcer de devenir plus fort en matière d'honoraires médico-légaux que les plus hauts magistrats et fonctionnaires dépendant du Ministère de la Justice, à l'exclusion du Ministre lui-même, qui seul jouit de l'absolue compétence.

Suite de la chasse aux abus

La Croix, le 8 juillet 1908.

Monsieur Diverneresse,

J'ai un renseignement à vous demander et veuillez avoir la bonté de me le donner. Vous m'avez déjà délivré deux certificats, et bientôt il va m'en falloir un troisième. J'ai passé à l'expertise à D..., le 23 avril 1908. L'expertise était favorable pour moi.

En 1904, les experts ont mis mon infirmité à 12 du cent.

Le 23 avril dernier, ils ont évalué mon infirmité à 25 du cent. Je ne peux pas accepter cela, parce que depuis le 28 décembre 1907 je ne travaille plus, et suis incapable de me livrer à aucun travail. Enfin, il faut que je fasse appel à Rouen. Mon avoué est complètement contre moi.

Voilà 3 fois que je demande le rapport de l'expertise, impossible de l'avoir. Mon avoué m'a répondu qu'il n'était pas payé pour cela. J'ai fait la demande au greffier. Impossible. J'ai fait la demande au Procureur de la République. Impossible.

Comme on me refuse le rapport de l'expertise, pourriez-vous me délivrer un certificat sans rapport. Mon incapacité est maintenant absolue.

Recevez...,

Joseph Stemmelen.
A la Croix.

A Monsieur le Ministre du travail.

Monsieur le Ministre,

J'ai eu l'honneur de vous signaler il y a quelques jours ce qui se passe au Greffe du Tribunal de la Seine, où l'on *refuse grossièrement* aux ouvriers communication des copies des procès-verbaux de conciliation.

Et encore faut-il remarquer que dans les villes les syndicats ouvriers exercent *un certain* contrôle.

Mais voici une lettre d'un ouvrier habitant la campagne, auquel *son avoué* refuse la communication du rapport du médecin-expert.

Peut-être qu'une enquête sur ce cas particulier vous apprendrait que :

L'avocat du blessé (avocat imposé) ;

L'avoué du blessé (avoué imposé) ;

Le patron du blessé ;

L'agent de la Compagnie,

sont quatre bons amis du cercle, qu'ils sont peut-être en très bonnes relations avec M. le Procureur.

Or, il ne faut pas que le blessé puisse avoir entre les mains le rapport du médecin-expert, car il pourrait le communiquer au médecin qu'il a librement choisi.

Ce médecin indépendant pourrait relever dans le rapport de l'expert des erreurs graves, et alors l'industriel et la Cie seraient obligés de payer la rente à laquelle le blessé a légitimement droit.

Donc refus de l'avoué : Pourquoi le silence du Procureur ?

Quant à moi, il me sera impossible de faire un certificat et d'y discuter les conclusions de l'expert si je n'ai pas copie de ce rapport.

Il en résulte que l'expert, même s'il est au service d'une autre Compagnie d'assurances (toutes syndiquées), est le maître absolu devant certains tribunaux de province.

Veuillez agréer, Monsieur le Ministre, l'hommage de mon profond respect.

Dr Diverneresse.

JOURNALISTIQUE

L'épée de Damoclès.

Confrères qui faites de la défense professionnelle et qui, souvent sans le vouloir, égratignez les hommes, en luttant pour des principes, sachez que la loi sur la presse de 1881 vient de vous couper la retraite vers ce maquis de la procédure si habilement exploré par *Le Matin*, en ces derniers temps.

Nous venons de lire la chose à l'*Officiel* du 6 juillet en la forme ci-dessous.

Loi modifiant par une disposition additionnelle l'article 61 *de la loi du* 29 *juillet* 1881 *sur la liberté de la presse.*

Le Sénat et la Chambre des députés ont adopté,

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Article unique. — Il est ajouté à l'article 61 de la

loi du 29 juillet 1881 sur la presse le paragraphe suivant :

« La partie civile pourra user du bénéfice de l'article 424 du code d'instruction criminelle sans le ministère d'un avocat à la cour de cassation. »

La présente loi, délibérée et adoptée par le Sénat et par la Chambre des députés, sera exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Paris, le 4 juillet 1908.

A. FALLIÈRES.

Par le président de la République :

Le garde des sceaux,
ministre de la justice et des cultes,

A. BRIAND.

Loi complétant l'article 62 *de la loi du* 29 *juillet* 1881 *sur la liberté de la presse,*

Le Sénat et la Chambre des députés ont adopté,

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

ART. 1er. Le titre C du chapitre 5 de la loi du 29 juillet 1881 : « Des pourvois en cassation » est ainsi remplacé : « Des voies de recours »,

ART. 2. — Il est ajouté à l'article 62 les deux paragraphes suivants :

« § 2. — L'appel contre les jugements ou le pourvoi contre les arrêts des cours d'appel et cours d'assises qui auront statué sur les incidents et exceptions autres que les exceptions d'incompétence ne sera formé, à peine de nullité, qu'après le jugement ou l'arrêt définitif et en même temps que l'appel ou le pourvoi contre ledit jugement ou arrêt.

« § 3. — Toutes les exceptions d'incompétence devront être proposées avant toute ouverture du débat sur le fond ; faute de ce, elles seront jointes au fond et il sera statué sur le tout par le même jugement ou arrêt. »

La présente loi, délibérée et adoptée par le Sénat et par la Chambre des députés, sera exécutée comme loi de l'Etat,

Fait à Paris, le 4 juillet 1908.

A. FALLIÈRES.

Par le Président de la République :

Le garde des sceaux,
ministre de la justice et des cultes,

A. BRIAND.

BIBLIOGRAPHIE

Guide du médecin oculiste dans les accidents de travail, par le Dr CAILLAUD, *assistant adjoint d'ophtalmologie des hôpitaux de Paris.* Paris 1908. 1 vol, gr. in-18, 216 pages, Prix : 3 fr. 50. *franco.* (Librairie Jules-Rousset, rue Casimir-Delavigne. 1, et rue Monsieur-le-Prince, 12, Paris, VIe).

Le guide du médecin oculiste dans les accidents du travail est un ouvrage essentiellement pratique où les oculistes trouveront tout ce qui les intéresse dans la question des accidents de travail. Ce travail très complet représente le vade-mecum de l'oculiste. Nous recommandons spécialement comme présentant plus d'intérêt les chapitres suivants : les certificats ; la discussion du tarif ministériel permettant à tous de fournir des notes uniformes et conformes au tarif (le prochain tarif proposé différera peu du tarif actuel) ; et le long chapitre sur les expertises dans lequel le paragraphe sur l'évaluation du dommage dans les accidents des yeux attire spécialement l'attention. Ce paragraphe renferme deux tableaux précis et clairs permettant d'évaluer équitablement tout dommage causé et facilitant sérieusement le travail des experts.

Le praticien qui devient à ses heures oculiste, vu l'urgence et qui, dans les autres cas, fait appel au confrère de cette spécialité, a besoin de connaître comme lui tout ce qu'a écrit M. Caillaud, puisqu'ils collaborent tous deux et font souvent note globale.

REPORTAGE MÉDICAL

Premier congrès international d'urologie.— L'Association internationale d'Urologie, fondée au mois d'octobre dernier sur des bases analogues à celles de la Société internationale de Chirurgie, a constitué son bureau :

Président : M. le Professeur Guyon.
Vice-Président : M. le Professeur Israel (Berlin).
Secrétaire général : M. le Docteur Desnos.
Trésorier : M. le Docteur Pasteau.

Elle tiendra son premier Congrès à Paris, du 30 septembre au 3 octobre 1908, sous la présidence de M. le Pr Albarran.

Les discussions porteront exclusivement sur les questions mises à l'ordre du jour qui sont les suivantes :

A) Pathogénie et traitement des anuries. Rapporteurs : MM. Kummel (Hambourg) ; Watson (Boston) et Achard (Paris).

B) Rétentions vésicales sans obstacle mécanique. Rapporteurs : MM. Von Frankl Hochwart (Vienne) ; Albarran (Paris) ; d'Hœnens (Bruxelles).

C) Physiologie normale et pathologique de la prostate. Rapporteurs : MM. Posner (Berlin) ; Pardoe (Londres) ; Haberern (Budapest).

D) Indications opératoires dans la tuberculose rénale. Rapporteurs : MM. Cecchérelli (Parme) ; Brongersma (Amsterdam) ; Guisy (Athènes) ; Heresco (Bucarest).

Ecole dentaire de Nantes. — Une Ecole dentaire, reconnue par l'Etat, vient de se fonder à Nantes.

Les inscriptions seront reçues au secrétariat de l'Ecole dentaire du 1er au 15 novembre 1908.

Il suffit, pour prendre la 1re inscription, d'être pourvu :

Soit d'un diplôme de bachelier,

Soit du certificat d'études exigé des candidats au diplôme de chirurgien dentiste, soit du certificat d'études primaires supérieures.

Après trois années d'études, l'élève sort pourvu du diplôme (d'Etat) de chirurgien-dentiste.

Le Corps enseignant de cette école est exclusivement composé de docteurs en médecine chirurgiens dentistes.

Pour plus amples renseignements, écrire au secrétaire de l'école dentaire, 39, avenue Camus à Nantes.

L'Ecole reçoit également les docteurs désirant se consacrer à la spécialité.

Le Directeur-Gérant : **Dr H. JEANNE.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trentième année — N° 30 — Dimanche 26 JUILLET 1908

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

LE CONGRÈS DE LILLE

DES PAROLES AUX ACTES

L'expertise contradictoire.

Nous qui avons eu la bonne fortune de pouvoir assister au Congrès de Lille, cette superbe manifestation nationale des médecins praticiens, nous sommes restés sous l'impression de force qui s'est dégagée des discussions.

Des vœux nombreux ont été votés. Une assemblée de ce genre ne peut, en effet, qu'émettre des vœux, son autorité ne va pas plus loin. Ces vœux qui résument les cahiers des revendications du corps médical, il appartient maintenant aux pouvoirs publics de les prendre en considération, et, lorsque certains d'entre eux se présentent avec l'unanimité des votes du Congrès, de les mettre en pratique au plus tôt.

Certaines questions sont mûres : l'effort de tous doit tendre à les faire aboutir.

Chacun, suivant sa force et ses moyens d'action, manquerait au devoir, s'il laissait passer l'occasion d'apporter à la solution de la question l'effort nécessaire auprès des hommes publics, administrateurs, sénateurs, députés qui eux peuvent par leurs propositions ou leurs votes, traduire devant le Parlement nos légitimes revendications.

Le rapport de M. le Dr Dubuisson, député du Finistère, est un exemple de ce qu'il faut faire. A l'occasion des accidents agricoles qui vont, prochainement sans doute, être couverts par une loi des accidents du travail, il n'a pas attendu le vœu du Congrès, qu'avec juste raison il escomptait, pour déposer en son nom et au nom de plusieurs de ses collègues un amendement à la loi projetée, demandant que les frais médicaux et pharmaceutiques soient, pour cette catégorie de blessés du travail, réglés de la même façon que pour les victimes du Commerce et de l'Industrie.

De même, pour la liberté de l'indigent de choisir son médecin. L'initiative de M. le Dr Dubuisson, demandant l'inscription dans la loi de ce principe, est à approuver sans réserve ; aussi le congrès l'a-t-il fait.

Ainsi voilà deux vœux du Congrès qui ont reçu un commencement d'exécution.

Un troisième vœu est également à point, c'est celui de l'expertise contradictoire.

Un projet de M. Cruppi vient d'être discuté à la Société de Médecine Légale. Cette société, très particulière, très fermée, ne tient pas suffisamment compte des médecins-praticiens et des vœux de ces derniers en pareille matière.

Reprenons donc le projet présenté au Sénat, examiné, discuté par la Société de Médecine Légale, tel qu'il se présente avec les adjonctions et mo-

difications proposées par cette Société, et disons de notre côté, en nous inspirant du vœu du Congrès de Lille, les indications que nous voudrions voir donner par cette proposition de loi.

ART. 1er. — *La liste des experts admis à pratiquer les expertises en matière criminelle et correctionnelle, (Nous ajouterons et en matière civile lorsqu'il s'agit des expertises pour accidents du travail), est dressée chaque année pour l'année suivante par les cours d'appel, le procureur général entendu, sur la proposition des tribunaux de première instance du ressort.*

Les experts sont classés sur cette liste alphabétiquement et, autant que possible, par catégories, suivant leur spécialité.

Les personnes qui désirent être inscrites sur ces listes devront en faire la demande au procureur général.

ART. 2. — *La liste des médecins et chimistes, admis à pratiquer les expertises médico-légales et chimico-légales devant les tribunaux, est dressée dans les mêmes conditions.*

Le texte disait : « *Après avis des Facultés et écoles de médecine et de pharmacie* ». C'est la porte ouverte à la coterie, à la petite église à l'aréopage s'attribuant bien à tort le privilège de l'infaillibilité. Il doit suffire de faire la demande.

Les propositions des tribunaux et les désignations de la cour d'appel ne peuvent porter que sur des docteurs en médecine, ou licenciés ès-sciences, de nationalité française, demeurant soit dans l'arrondissement du tribunal, soit dans le ressort de la cour. Les docteurs en médecine doivent avoir au moins cinq ans d'exercice de la profession médicale.

Aucune inscription d'office sur la liste des experts ne pourra être faite, la fonction ne pouvant être imposée, quels que soient les titres de la personne à remplir les fonctions.

Le diplôme spécial créé par décision ministérielle du 22 juin 1903, ne donne droit à l'inscription que dans les conditions ordinaires, c'est-à-dire, la demande et 5 ans d'exercice de la profession médicale dans le ressort.

N. B. — Ces cinq ans d'exercice sont une garantie d'expérience professionnelle affranchie de l'absolutisme des dogmes, et la faculté, que je sache, ne délivre pas de diplôme de ce genre. On ne voit donc pas pourquoi une scolarité supplémentaire qui assure des connaissances spéciales sans doute, équivaudrait au stage médical du praticien réclamé aux autres experts, stage nécessaire et indispensable à notre avis.

ART. 3. — *Le juge ou la juridiction compétente désigne, sur la liste annuelle dressée par la Cour d'appel du ressort, en conformité des articles précédents, les experts et, s'il y a lieu à des recherches scientifiques distinctes, des experts spéciaux, — l'expertise ne devant, dans aucun cas, être confiée à un expert unique.*

Toutefois, selon la nature ou la gravité de l'affaire, le magistrat instructeur pourra, par ordonnance motivée, désigner un expert pris sur une liste autre que celle dressée par la cour d'appel du ressort, ou même ne figurant pas sur les listes annuelles des autres cours. Dans ce cas, l'inculpé aura la même faculté.

Les dites ordonnances ne sont susceptibles d'aucun recours.

ART. 4. — *La désignation desdits experts est immédiatement notifiée à l'inculpé, qui a le droit de choisir sur la liste annuelle qui lui est communiquée, un nombre égal d'experts.*

Cette désignation doit être faite dans le délai d'un jour franc à dater de la notification.

Dans le cas où l'inculpé n'a pas répondu dans ce délai, le juge nomme un second expert, comme il est dit à l'article 6.

Dans les cas où une opération urgente d'expertise est prescrite par le président de la Cour d'assises, l'accusé exercera, séance tenante, s'il le juge utile, son droit de choisir un expert.

S'il y a plusieurs inculpés ou accusés, ils doivent se concerter pour faire cette désignation.

ART. 5. — *Si l'auteur du crime ou du délit est inconnu, si le prévenu ou l'accusé est en fuite, l'expertise ordonnée doit être confiée au moins à deux experts, choisis sur la liste annuelle.*

ART. 6. — *Il ne peut être procédé aux opérations par un seul expert.*

ART. 7. — *Les experts désignés conformément aux dispositions ci-dessus jouissent des mêmes droits et prérogatives et ont la même mission. Ils procèdent ensemble à toutes les opérations et leurs conclusions sont prises dans un rapport commun.*

ART. 8. — *Si les experts sont d'avis opposé, ils désignent un tiers expert chargé de les départager.*

A défaut d'entente, cette désignation est faite par le président du Tribunal ou par le Président de la juridiction saisie.

Dans ces deux cas, le tiers arbitre peut être désigné parmi les experts inscrits sur une liste autre que celle dressée par la Cour d'appel, dans le ressort de laquelle se trouve la juridiction saisie, et même en dehors de toute liste.

ART. 9. — *Nonobstant les termes des articles précédents, le procureur de la République et le juge d'instruction peuvent, dans le cas d'extrême urgence, notamment s'ils se sont transportés sur les lieux pour constater un flagrant délit, si les indices sont sur le point de disparaître, commettre, à titre provisoire, un seul expert ou un homme de l'art, non inscrit sur la liste annuelle.*

L'expert provisoire procède aux premières constatations, assure, s'il y a lieu, la conservation des pièces à expertiser et dresse du tout un procès-verbal sommaire qui est visé par le juge et le procureur de la République.

Ce procès-verbal est transmis avec tous autres documents aux experts qui seront immédiatement désignés, conformément aux dispositions ci-dessus, à moins que les premières constatations soient jugées suffisantes d'un commun accord par le magistrat instructeur et par l'inculpé.

ART. 10.— *Les frais d'expertises résultant de la présente loi seront passés en frais de justice criminelle.*

ART. 11. — *Les articles 43, 44 et 59 du Code d'instruction criminelle sont abrogés en ce qu'ils ont de contraire à la présente loi.*

ART. 12. — *Les dispositions de la présente loi, relatives au droit de l'inculpé de choisir des experts en nombre égal à ceux de l'accusation, sont applicables au Code de justice militaire.*

Tel est, à mon avis, le texte sur lequel tous nos confrères doivent faire l'effort commun. Il est compris dans un sens large. A ceux qui auraient à proposer des modifications de détail, de le faire de façon à ce qu'aucune note discordante ne se produise dans notre action collective auprès des membres du Parlement lors de la discussion du projet.

Dr DE GRISSAC,
Secrétaire général du *Sou Médical.*

LA SEMAINE MÉDICALE

La cure du bégaiement.

Notre confrère, le Dr Rénon, agrégé et médecin de l'hôpital de la Pitié, est atteint depuis l'âge de 7 ans d'un bégaiement fort gênant pour les différentes fonctions qu'il a à remplir et cependant, ne l'ayant pas empêché de subir avec succès tous ses concours. Sur le conseil de M. le Prof. Dieulafoy il se décida en 1901 à suivre la méthode du Dr Chervin contre le bégaiement, et il vient de raconter l'histoire de cette cure à la Société de Médecine de Paris.

« Je commençai la cure le 8 août 1901. Je pris l'engagement d'honneur de garder le silence absolu pendant la première semaine du traitement et de ne pas prononcer un seul mot en dehors des exercices communs qui avaient lieu au domicile du Dr Chervin. Ce fut l'étape la plus dure du traitement. Je ne correspondais avec les miens que par écrit. Si quelqu'un m'abordait dans la rue et voulait me causer, je tirais de mon portefeuille une carte sur laquelle étaient écrits ces mots : « Suivant un traitement pour le bégaiement, je suis obligé d'être muet pendant huit jours ». Un de mes clients me rencontra un jour et crut que j'étais devenu fou. Il ne comprit plus tard l'utilité de ce silence qu'en constatant les résultats obtenus. Les exercices communs duraient pendant quatre heures par jour, deux heures le matin et deux heures le soir. Ils s'appliquaient à faire la rééducation complète de la parole. La première semaine, j'appris ainsi à respirer, à refaire la pose de la voix, à émettre des sons liés, à exécuter la gymnastique des lèvres, à dire des voyelles et des consonnes, à prononcer quelques mots avec une extrême lenteur, etc.

« Pendant la deuxième semaine, l'usage de la parole me fut rendu, mais je ne dus parler que très lentement, et en syllabant chaque mot. Cela prêtait souvent à rire autour de moi. Je continuai les exercices communs pendant les quatre heures de cours quotidiens et, en dehors des cours, pendant une heure le matin et une heure le soir. Cette seconde semaine, dans laquelle on prend l'habitude d'un nouveau langage, demande autant d'attention et de volonté que la première. Si l'on veut réussir, il faut impitoyablement recommencer toute phrase qui n'est pas d'une absolue correction.

« Pendant la troisième semaine, j'abandonnai la syllabation des mots et j'appris à couper les phrases et à infléchir la voix. Je m'efforçai de donner à ma nouvelle manière de parler plus lente et plus posée, tout le naturel possible en lisant quelques passages des discours des grands orateurs. En dehors des exercices communs, je m'appliquai à parler deux à trois heures par jour.

« Le traitement proprement dit était terminé, mais la convalescence dura plus d'un an. Pendant deux mois, je dus faire trois heures d'exercices par jour, et pendant un an j'en fis encore une heure par jour, 1/2 heure le matin et 1/2 heure le soir. Les résultats de ma cure de bégaiement furent excellents. Au début de ma convalescence, pour me donner du courage, j'eus recours à l'épreuve suivante : j'arrêtai des passants dans la rue et je leur demandai des renseignements ; je le faisais surtout, s'il s'agissait d'une personnalité connue. Je ne bégayais plus ; j'étais satisfait. »

M. Rénon termine son observation par quelques remarques sur la méthode de M. Chervin.

« La méthode qui est très simple, très naturelle et très rationnelle, est excellente chez les gens qui ont de la volonté ; celle-ci est indispensable au succès de la cure. Mais la volonté seule n'est pas suffisante pour guérir le bégaiement. Pendant des années, j'avais voulu me guérir, je n'y étais pas parvenu, car je n'avais pas appliqué une des règles que je considère comme fondamentales de la méthode de Chervin, le silence de la première semaine. C'est cette cure d'isolement de la parole qui permet seule de rompre avec les anciennes habitudes, et il est impossible d'arriver à parler lentement, sans s'y soumettre.

« Cette période de silence a une action réelle et elle a une action psychique considérable, analogue à celles de toutes les cures d'isolement. On ne peut pas guérir le bégaiement sans une volonté tenace, sans l'isolement de la parole et sans de nombreuses périodes d'exercices qui doivent se prolonger bien au-delà des trois semaines classiques du traitement. Ceux qui ne veulent pas faire plus sont voués d'avance à un échec, et c'est pourquoi la méthode ne peut réussir chez les enfants trop jeunes et chez les gens qui manquent d'énergie. Chez eux, les récidives sont presque la règle. J'ai vu, au cours de mon traitement collectif, deux jeunes gens qui recommençaient pour la seconde ou troisième fois le traitement, et qui m'avouaient n'avoir pas continué les exercices ou n'avoir pas observé la période de silence du début. « Il faut pouvoir se rendre compte pour guérir, me disait l'un d'eux. » Cela est parfaitement exact. Si l'on ne se sent pas le courage de suivre à la lettre les prescriptions indiquées et de continuer pendant un an ou deux ans une scrupuleuse attention de soi-même, en répétant de temps à autre, avec une extrême lenteur, quelques exercices, il vaut mieux ne pas tenter le traitement, il ne réussira certainement pas. Mais si l'on est armé d'une volonté tenace, si l'on comprend que la méthode n'est qu'une aide à la volonté, aide qu'on peut trouver toute sa vie, en s'adressant de temps en temps aux exercices indispensables, on peut recourir avec confiance à la cure de bégaiement de M. Chervin : on est à peu près sûr du succès. »

L'électrolyse contre les angiomes.

MM. Wickham et Degrais ont déjà vanté avec enthousiasme les effets surprenants du radium contre les angiomes caverneux aussi bien que contre les nœvi plans ; mais, en attendant que la méthode de traitement par le radium soit à la portée de tous les praticiens, M. le Dr Destarac, de Toulouse, proclame dans *L'Electricité Médicale* du Dr Guillemonat, que l'électrolyse donne des résultats très satisfaisants.

« Au point de vue de la technique à suivre dans le traitement de ce genre d'affection, dit M. Destarac, les uns préconisent la méthode bipolaire, les autres préfèrent la méthode monopolaire. Je crois pour ma part qu'il faut être éclectique et que le procédé doit varier avec les divers cas.

« Quand il s'agit de points isolés de peu d'étendue, surtout si la peau doit être épargnée, il faut donner la préférence à l'électroponcture positive.

« Dans les vastes dilatations qui réclament des piqûres nombreuses, la méthode bipolaire produit des effets plus rapides.

« Bien qu'on ait reproché théoriquement au caillot négatif d'être moins adhérent, nous avons toujours été satisfait du résultat.

« Le caillot n'est d'ailleurs pas le seul phénomène à considérer ; le mode d'action du courant est plus complexe.

« Les acides, mis en liberté au pôle positif et les bases au pôle négatif, produisent la coagulation de l'albumine et de la fibrine. Les parois vasculaires et les tissus voisins irrités par cette action chimique, prolifèrent et subissent consécutivement une rétraction cicatricielle.

« Un des avantages de ce procédé, c'est d'abord la vasoconstriction, résultat immédiat du passage du courant, suivi de l'oblitération par coagulation du sang.

« Cette oblitération est définitivement assurée par l'inflammation des tuniques vasculaires et leur transformation scléreuse.

« Quand il se produit une eschare superficielle, elle est toujours de petite dimension, si l'opération est bien conduite, et suffisamment dure et adhérente aux parties sous-jacentes pour les protéger et dispenser de tout pansement.

« Les cicatrices, qui en résultent sont toujours souples et molles, avec conservation de la coloration normale de la peau.

« On doit toujours essayer de respecter la paroi de l'angiome, mais dans les formes à la fois cutanées et sous-cutanées, à revêtement très mince, l'eschare est impossible à éviter.

« Nous devons noter cependant que son élimination s'effectue sans accidents. D'ailleurs l'hémorragie quand elle se produit est insignifiante.

« Au point de vue de la douleur nous avons pu constater dans nos opérations chez l'adulte, qu'elle n'est pas très considérable, en particulier avec la méthode bipolaire même avec des courants de 50 M A.

« Le plus souvent elle ne se montre qu'au début du passage du courant, environ pendant la première minute, surtout si l'on a soin d'en augmenter très lentement l'intensité.

« A cette douleur du début succède, en général, une anesthésie de la région qui persiste même dans les séances ultérieures.

« Nous n'avons jamais observé de troubles de la santé générale, même chez de très jeunes enfants, ayant subi de forts courants pendant plusieurs minutes dans des régions très sensibles telles que le cou et la face.

Le régime déchloruré et le régime hyperchloruré.

M. le Dr Pihu, de Lyon, a récemment exposé les bienfaits de l'alimentation judicieusement chlorurée ou déchlorurée selon les cas, en particulier chez les enfants :

Le régime déchloruré a été appliqué, dans la pratique, au cours des maladies hydropigènes. Ainsi, M. H. Cramer (*Munch. med. Woch*), a appliqué le régime déchloruré au traitement des œdèmes chez les femmes enceintes, et en a obtenu des résultats remarquablement favorables. Les malades, tout en continuant à vaquer à leurs occupations habituelles, s'abstenaient de l'usage de la viande et du lait, à cause de leur teneur en chlorure de sodium, et s'alimentaient essentiellement de farineux, tels que riz, pâtes, pommes de terre, tapioca, pain cuit sans sel, légumes verts, puddings, beurre dessalé. Elles mangeaient, en plus, deux œufs par jour. Comme boisson, elles prenaient du thé, du cacao, des limonades aux sucs de fruits, ainsi que du vin et de la bière en quantité modérée.

Dès les trois premiers jours la quantité des urines augmentait et les épanchements hydropiques disparaissaient en six ou huit jours. En conséquence, l'état général redevenait bon et les troubles dus aux œdèmes, tels que la difficulté de la marche et les sensations pénibles de tension de la peau aux membres, à la face, se dissipaient complètement. Le régime déchloruré, continué jusqu'à l'accouchement, n'a jamais exercé d'influence nocive sur le développement et la vitalité de l'enfant ; il a pu enrayer un hydramnios et assurer, de la sorte, l'accouchement à terme. Venait-on à le cesser prématurément, on voyait les œdèmes se produire à nouveau.

Richet et Toulouse (1899) ont établi que les bromures, spécialement le bromure de potassium, agissaient beaucoup plus efficacement quand on donnait un régime privé complètement de chlorures. La privation de cette substance amènerait une plus grande appétence de la cellule nerveuse pour le bromure, qu'elle fixerait avec une énergie beaucoup plus grande. Quelle que soit l'explication, l'association au traitement bromuré de la cure de déchloruration permet d'obtenir uue sédation marquée des crises. Quelques auteurs ont même montré que, chez les sujets soumis à ce régime, les crises disparaissent ; tandis qu'elles se montrent à nouveau quand on établit l'alimentation normale. L'enfant supporterait la privation du sel beaucoup mieux que l'adulte : chez lui, on ne voit jamais, dans ces conditions, survenir d'intoxication bromique.

Voici maintenant, pour le régime hyperchloruré : Nobécourt et Vitry (1903) ont proposé de donner, à des prématurés surtout et à des nourrissons, de petites doses de sel pour obtenir une *augmentation du poids*. Ils ont administré 25, 50 centigrammes et même 1 gramme de chlorure de sodium ; en général, on peut prendre comme moyenne 1 centigramme par 100 grammes de poids du corps. Les résultats ont été favorables : l'augmentation pondérale a été satisfaisante et régulière. Le mieux est de donner de petites doses : 25 centigrammes suffisent. Les auteurs rappellent à ce propos que Marfan a préconisé le chlorure de sodium dans le lait pour combattre l'anorexie ; le sel produit de bons effets en même temps sur la lientérie et la constipation. Pour ce qui est du mécanisme de cette action bienfaisante sur le poids, il est assez difficile de le préciser : on peut l'expliquer par une augmentation de l'appétit et de la sécrétion gastrique, tout aussi bien que par une stimulation générale de la nutrition ou une rétention tissulaire d'eau.

D'autre part Nobécourt et Pr. Merklen ont montré que si, *dans la rougeole*, on administrait dès les premiers jours une certaine quantité de chlorure de sodium (5 gr.), la perte du poids était moindre.

CHIRURGIE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Thérapeutique des fractures de l'extrémité inférieure du radius,

Par le Dr Just Lucas-Championnière

Nous empruntons l'intéressant article ci-dessous au Journal de médecine et de chirurgie et cela dans le but de rappeler à certains confrères qu'il faut savoir, en thérapeutique, suivre et marcher avec son temps.

Le traitement de la fracture du radius est une des œuvres de chirurgie courante les plus intéres-

santes. Par surcroît, la loi sur les accidents du travail lui donne une importance considérable.

La fracture du radius est une des lésions peu graves qui, bien soignées, permettent une consolidation absolue du sujet, et qui, mal soignées. conduisent à des difformités sérieuses, comportant des indemnités hors de proportion avec l'accident subi, pour peu que le sujet ne soit pas un pur manœuvre.

Pourtant ce traitement est souvent fait d'une façon très insuffisante, peu en harmonie avec les grands progrès que j'ai fait faire à la chirurgie des fractures. Les conséquences de ces fractures ne sont donc pas du tout ce qu'elles pourraient être.

Les chirurgiens semblent avoir épuisé leurs forces à étudier le mécanisme de la fracture, espérant toujours en apprendre quelque chose d'utile pour la réparation.

Si d'une manière générale on a pu admettre que l'arrachement et l'enfoncement direct des fragments y jouent un rôle, il est impossible de préciser quelque chose d'utile. Les spéculations théoriques ne peuvent du reste tenir un compte exact des combinaisons extraordinairement multiples de l'action traumatique, et des résistances de l'action musculaire.

J'avoue sincèrement, après avoir lu tout ce qui a été écrit sur le mécanisme de cette fracture, non seulement que je n'ai pas été satisfait par les considérations théoriques sur leur mécanisme, mais que le plus souvent je ne les ai pas comprises.

Bien autrement intéressantes et instructives au point de vue du traitement sont certaines constatations faites à l'aide de la radiographie. Elles nous font sans doute surtout préciser des conditions que nous connaissions déjà, mais elles permettent d'affirmer certaines nécessités du traitement ou plutôt ses possibilités.

Si on étudie de nombreuses radiographies, on constate qu'on multiplierait facilement sans résultat utile les variétés dues à des différences d'aspect. Toutefois il y a trois conditions que nous constatons cliniquement, que nous retrouvons radiographiquement et qui peuvent nous servir de guide pour une thérapeutique générale.

Il y a tout un groupe de fractures qui intéressent tantôt toute l'extrémité articulaire du radius, tantôt son tiers externe seul, et qui ne s'accompagnent pas de déplacement, ou bien pour lesquelles le déplacement est peu sensible.

Ce sont ces fractures souvent méconnues, souvent confondues avec l'entorse du poignet. Malgré l'absence de déplacement, ces fractures sont accompagnées d'un traumatisme articulaire intense. Toute leur gravité réside dans ce traumatisme articulaire. Elles ne sont pas exemptes des plus mauvaises suites. L'une des plus belles *mains de justice* que j'aie jamais vue était due à une de ces fractures traitée par l'immobilisation pendant six semaines. Le diagnostic n'en avait pourtant été fait que par la radiographie.

Avec ces fractures, il n'y a guère de modification de la ligne bistyloïdienne. L'ascension de l'apophyse styloïde du radius est insignifiante ; il n'y a pas d'enfoncement des fragments.

Dans une seconde forme de fracture, au contraire, l'ascension de l'apophyse styloïde est considérable.

En regardant la main de profil, il n'y a souvent qu'un dos de fourchette médiocre. La déformation est peu prononcée. Si, comme il arrive peu après la fracture, il y a un gonflement considérable du poignet, ce gonflement exagère en quelque sorte la déformation.

Lorsque le gonflement sera passé, malgré toute absence de réduction, on verra que la difformité laissée par la fracture change assez peu la figure de la région, sauf en ce qui concerne l'ascension de l'apophyse styloïde radiale.

Quoi qu'on en ait dit, cette modification de forme du poignet n'a guère d'influence sur la valeur mécanique du poignet. Si celui-ci a gardé sa souplesse, les fonctions les plus délicates du membre s'accommodent de cette déformation. J'ai vu ces fonctions parfaites même chez un violoniste.

Pourtant, si on regarde la radiographie on trouve, dans ces cas, toujours la pénétration des fragments, quelquefois des apparences de fracas énormes. La pénétration du fragment supérieur dans le fragment inférieur peut être considérable et celui-ci peut être absolument éclaté.

Ici, encore, malgré le fracas osseux bien plus étendu, c'est le traumatisme articulaire qui fait la gravité de la lésion. C'est le traitement de ce traumatisme articulaire qui doit dominer toute la thérapeutique de la fracture. La difformité n'est que très secondaire.

Dans une troisième sorte, la déformation est infiniment plus considérable. Ici c'est l'exagération du dos de fourchette que l'on observe. Il est facile de voir en examinant le poignet de profil que le poignet a en quelque sorte tourné autour de l'axe du cubitus. La difformité, qui se voit toujours beaucoup plus de profil que de face, est caractérisée par une saillie si grosse en arrière qu'on conçoit très bien comment les cas de ce genre étaient autrefois toujours étiquetés : *luxation du poignet.*

En pratique, et malgré des variétés nombreuses, les fractures du radius peuvent se rapporter à ces trois types.

On rencontre certainement de temps en temps un autre type de fracture qui s'éloigne des précédents. Je l'ai montrée en particulier dans des cas de fracture chez les mécaniciens d'automobile par retour de manivelle. C'est une fracture par action directe. Elle siège à cinq ou six centimètres au-dessus de l'articulation. C'est une fracture très différente. On doit la rapprocher des fractures de l'avant-bras, et les indications thérapeutiques peuvent être assez différentes. Ce n'est plus une fracture articulaire.

Des considérations que je viens d'exposer, il faut retenir deux faits. Les fractures du radius que nous observons ont un caractère variable : *la déformation* ; un caractère constant : le traumatisme intéresse violemment *l'articulation*.

Si la déformation est inexistante ou si elle est peu marquée, ou, si existant, elle ne peut être corrigée utilement, on conçoit aisément qu'il puisse n'y avoir aucun intérêt à diriger ses efforts de ce côté.

Pour toutes, en revanche, il y a un intérêt capital à prévoir la complication articulaire.

Or, que se passe-t-il pour les deux premières variétés que nous avons signalées ?

Pour les premières, le gonflement considérable pourrait donner l'illusion d'une déformation, et j'ai souvent vu tirer et fatiguer des poignets qui n'avaient aucune déformation réelle.

C'est un premier défaut à éviter. Il faut, à l'examen, tenir compte de cette absence de déformation et ne traiter que l'arthrite.

Pour la seconde variété, il y a un peu plus de difficulté, car il y a une difformité réelle. Mais il n'y a aucun avantage à fatiguer le poignet par des tractions intempestives.

Ces tractions exercées, très violemment même sous chloroforme, comme on les a conseillées, n'ont aucun avantage et voici pourquoi :

Il peut arriver qu'elles ne désengrènent rien.

Mais si, par une violence exagérée, on réussit à désengrener, il n'est pas dit du tout que la difformité sera corrigée.

En effet, l'enfoncement et l'éclatement de l'extrémité inférieure du radius ont créé une véritable perte de substance.

Quand l'os est abandonné à lui-même dans un appareil, si serré soit-il, la rétraction de la cicatrice qui se forme, quoique ce soit une cicatrice osseuse, ramène l'extrémité articulaire vers la diaphyse. *L'os se ramasse* en quelque sorte.

Si, plus tard, vous examinez attentivement l'os, vous constatez que, malgré la violence que vous aviez exercée, l'ascension de l'apophyse du radius s'est refaite. Votre intervention a servi à peu de chose au point de vue de la déformation.

En revanche, le traumatisme que vous avez exercé sur l'articulation a fait son œuvre.

Comme il a fallu fixer solidement l'articulation, dans l'espoir chimérique de maintenir les os en position, pendant un temps qui est au moins de trois semaines et que beaucoup d'auteurs portent à six semaines, il y a un enraidissement de l'articulation qui peut être absolu, qui peut mener, suivant l'âge, à une infirmité souvent définitive.

Les chirurgiens consultés ne manquent pas d'attribuer l'impotence fonctionnelle à la difformité qui subsiste. De fait, la difformité n'y est pour rien. Ce sont la perte des fonctions des articulations radio-carpiennes et les atrophies musculaires correspondantes qu'il faut accuser.

Si, dans un cas pareil, on se résigne à la difformité, on observe les faits suivants :

La difformité qui, avec le gonflement, paraissait importante, diminue considérablement aussitôt que le gonflement a disparu.

Si, dès le début, le poignet a été mobilisé méthodiquement, si l'articulation et son voisinage ont été massés suffisamment, la souplesse articulaire est parfaite, la valeur des muscles est conservée et la difformité, constituée surtout par un peu d'ascension de l'apophyse styloïde radiale, a vraiment peu d'apparence. La réparation osseuse est d'autant plus rapide que les fragments sont restés mieux engrenés.

L'engrènement des fragments peut être considéré en pareil cas comme un commencement de guérison. Là, comme dans toutes les circonstances où il ne doit pas gêner les mouvements, le devoir du chirurgien est *de respecter l'engrènement.*

C'est une loi de la thérapeutique des fractures qui n'est pas assez observée.

Pour la troisième variété, il faut être beaucoup plus interventionniste, et cela pour deux raisons.

D'abord la difformité est infiniment plus marquée et gênerait les fonctions du membre plus que les précédentes.

Puis, justement, parce qu'elle est plus marquée, *elle est plus facile à corriger.*

Enfin, plus elle est marquée, plus l'abandon du membre à lui-même aggraverait la difformité dans l'avenir.

Toutefois une remarque préalable est capitale au point de vue du traitement :

Celui-ci doit être le *plus rapide possible.* Au début, dans les instants qui suivent la fracture, comme il n'y a pas d'engrènement considérable, le redressement du poignet, le retour à la forme à peu près normale est très facile, même avec des tractions peu énergiques et au prix d'une douleur très modérée.

A mesure qu'on s'éloigne de l'instant de l'accident, ce n'est pas par jours qu'il faut compter les chances de réduction de la difformité, c'est par heures. Dès le lendemain, elle est d'une difficulté toute différente. Il ne faut donc, sous aucun prétexte, en remettre l'exécution. Si, pour une raison indépendante de la volonté, elle devait être reportée à plus tard, on devrait très rapidement demander l'aide du chloroforme pour que la douleur n'empêchât pas d'exécuter le redressement parfait.

Le maintien en place des fragments demandera une intervention plus complète que pour les cas précédents, puisqu'il s'agit de se défendre contre une déformation qui était considérable et qui s'accompagnait d'une réelle mobilité.

Mais, pour réussir, il faut noter, d'une part, qu'il n'y a pas ici moins de traumatisme articulaire à soigner que dans les cas précédents et d'autre part qu'une solidité relative est obtenue pour ces sortes de fractures infiniment plus vite que pour les fractures d'autres régions. Cela était facile à prévoir si on voulait bien considérer combien vite les difformités deviennent irréductibles.

Cela tient à l'activité de réparation de ces fractures.

Ces deux considérations permettent, même dans ces cas dans lesquels la contention doit être exacte, de faire la part rapide et suffisante du traitement actif de l'articulation, des tendons et des muscles.

Quelles formules de traitement faut-il appliquer à ces trois variétés de fractures ?

Comme pour toutes, à des degrés divers, il faudra faire jouer un rôle à la mobilisation ; il n'est pas inutile de rappeler avant de fixer ces formules que parmi les mouvements il n'y a guère qu'un mouvement qui puisse être redoutable pour favoriser le déplacement, c'est le mouvement de relèvement du poignet : mouvement de la main en arrière, vers la face dorsale.

Tous les mouvements de flexion du poignet, au contraire, auraient plutôt une tendance à corriger une difformité menaçante.

Pour la première variété, on pourrait ne mettre aucun appareil.

En principe, *je ne conseille jamais* de ne rien mettre. Le traitement par le mouvement n'est pas le *rien faire.* Le patient ne tiendrait aucun compte des préceptes nécessaires s'il n'était enchaîné par quelques liens.

Même en cas d'absence absolue de toute difformité, je conseille de fixer le membre en un bandage roulé en bandes Velpeau contenant deux attelles.

Ces deux attelles courtes, ne dépassant pas l'avant-bras, doivent être garnies *très largement* de ouate ou d'un feutrage souple (étoupe, ouate de tourbe, feutre, etc.).

L'attelle de la face antérieure de l'avant-bras ne doit pas en bas dépasser le pli qui sépare le poignet de l'avant-bras.

L'attelle dorsale, plus longue, doit au contraire empiéter sur la main de façon à empêcher la main de se relever vers la face dorsale de l'avant-bras.

Dès le premier jour, comme il n'y a pas de difformité, le poignet doit être massé un peu longuement avec toute la douceur que nous avons prescrite.

Le massage *ne touchera pas au foyer de fracture.* Mais comme ici ce foyer de fracture est peu étendu, il n'y a pas de ce fait de grandes difficultés. Le massage est facile en posant le poignet à plat sur un coussin. Il sera fait jusqu'au coude. Après la séance de massage, une séance de *mouvements provoqués* sera faite sans amener

Correspondance hebdomadaire
(*Suite*).

Me Gatineau, avocat-conseil du « Sou médical », au Dr X., membre du *Sou* — Monsieur le Docteur, j'estime que vous pouvez, avec chance de succès, intenter contre la Compagnie, une demande d'indemnité pour le préjudice qui vous a été causé par le brusque renvoi dont vous avez été l'objet. Etant médecin suivant une convention vous donnant mandat pour une année, avec renouvellement de votre engagement par tacite reconduction, vous avez été congédié au cours d'une année avec offre de 3 mois seulement d'appointements à titre d'indemnité.

Conformément à la jurisprudence et notamment à celle d'un arrêt de la Cour d'Amiens, du 3 février 1906 (que vous indiquez et qui a été publié dans la *Gazette des Tribunaux*, du 29 mars 1906), un médecin, dans une situation analogue à la vôtre, est en droit de réclamer une indemnité calculée d'après la nature et la durée des services et la difficulté de se procurer rapidement une situation équivalente.

Les discussions que vous avez pu avoir avec la direction ou l'administration de la Société au sujet de l'interprétation des statuts et des circulaires et à propos de notes d'honoraires pouvant donner lieu à contestation, ne sont pas des motifs de renvoi. La Compagnie ne pourrait excuser son acte que si elle pouvait prouver des manquements graves à vos obligations envers les malades, de la négligence persistante, etc. Elle ne pourrait d'ailleurs se réclamer de ces faits que si elle prouvait que vous avez persisté à vous en rendre coupable, bien qu'ayant reçu d'elle des avertissements et des observations. Or, rien de semblable n'apparaît quant à présent dans les renseignements que vous me donnez. Ce côté de l'affaire ne pourra être sérieusement approfondi que quand la Compagnie, après l'introduction de l'instance, fera connaître les griefs qu'elle ne manquera pas d'invoquer et dont elle devra produire les preuves qui seront communiquées à votre avocat.

Les tribunaux ne sont pas très larges dans l'évaluation du préjudice. Toutefois vous pouvez espérer obtenir une indemnité d'au moins une année.

Je vous conseille de demander le paiement de l'année en cours ou plutôt de ce qui reste dû sur la rétribu-

Suite page XI.

de mouvements de relèvement du poignet dépassant l'horizontale.

Le plus vite possible on fait faire *une gymnastique de mouvements actifs* comprenant des mouvements de circumduction du poignet, des mouvements de flexion, mais *aucun mouvement de relèvement* du poignet et jusqu'à la fin du traitement, il devra en être ainsi.

Les mouvements à conseiller sont ceux de fermeture de la main, ceux de flexion du poignet et même, lorsque la convalescence est établie et lorsqu'on fait faire des mouvements plus puissants au sujet, il faut toujours lui conseiller de mettre la main dans la flexion pour l'exécution des mouvements puissants.

Un précepte doit dominer la gymnastique des mouvements provoqués ou des mouvements actifs. *Il est inutile de leur donner de l'amplitude.* La souplesse est conservée par des mouvements de petite étendue.

Dans les cas de ce genre avec un sujet docile, la main peut être libérée d'attelles dès la seconde semaine. Surtout s'il s'agit de la main gauche, on peut permettre beaucoup de mouvements utiles.

A droite, on peut permettre l'écriture. Pour manger, on permettra l'usage de la main à la condition de la tenir un peu fléchie et on recommandera *au sujet de ne pas couper la viande de la main droite.*

Dès le quinzième jour, le poignet est bien solide. Beaucoup de sujets pourront reprendre des occupations actives dès la troisième semaine s'ils ont la précaution d'éviter tous les mouvements de renversement du poignet en arrière.

Je conseille de conserver assez longtemps le poignet enveloppé et protégé par une bande. Les traumatismes prédisposent aux complications rhumatismales ; il faut donc éviter les refroidissements.

Pour la seconde forme de fracture, les indications différeront peu de celles de cette première forme.

En effet, pas de réduction à faire ; pas de mobilité dans le foyer de fracture.

Contention facile.

L'appareil de maintien n'a à lutter contre aucune tendance à une déformation nouvelle.

Deux attelles placées exactement dans les mêmes conditions que pour le cas précédent, la main inclinée en bas, renversée vers la face palmaire de l'avant-bras.

Massage immédiat et quotidien.

Ici le massage au voisinage du foyer de fracture est un peu plus délicat, car ce foyer de fracture est un peu plus étendu.

Pourtant l'action du massage sur les éléments articulaires non brisés est utile et intéressant.

Une séance quotidienne de vingt minutes est encore indiquée.

Dès le premier jour, le massage atténue la douleur, pour la faire disparaître absolument souvent dès le deuxième ou troisième jour.

La région au voisinage du foyer de fracture étant plus sensible que dans le cas précédent, on est amené à matelasser la région avec des masses d'ouate ou d'étoupe plus importantes sous les attelles.

On se rappellera, aussi bien pour la gymnastique que pour les mouvements provoqués, que le renversement du poignet de la main vers la face dorsale est le seul mouvement qui pourrait être nuisible et pourrait contribuer à augmenter la déformation.

Ici le traumatisme osseux est plus large. Il faut être un peu plus prudent pour permettre les mouvements de quelqu'importance.

Je n'autorise guère l'*usage* de la main avant la quinzaine.

A ce moment, les attelles sont tout à fait supprimées ; je conseille de porter un bandage roulé et autour du poignet, un peu de ouate.

Plus encore que pour le cas précédent ceci est une nécessité et je ferai continuer longtemps cette précaution.

L'articulation traumatisée devient d'une susceptibilité extrême au rhumatisme.

Dans tous ces cas, c'est après la quinzaine accomplie que les mouvements peuvent être prudemment récupérés.

En faisant les mêmes réserves que j'ai faites plus haut sur l'*étendue* des mouvements, sur *leur sens*, sur la *progression* avec laquelle il faut les permettre, j'estime que c'est après cette quinzaine que les travaux légers peuvent être repris. Je pense qu'il serait *capital pour le sujet de les utiliser* pour mobiliser son poignet dans de bonnes conditions. J'ai souvent utilisé prudemment le piano et le violon pour favoriser le retour des fonctions. Il sera évident pour quiconque surveille le retour des mouvements et leur perfection que le *travail professionnel bien réglé et tôt repris* est tout particulièrement intéressant après la fracture du radius.

Je ferai remarquer qu'en ces cas il n'est pas exclusif du traitement. La continuation du massage pendant longtemps jouera un rôle des plus importants. Si après la troisième semaine, il n'est plus possible de le faire quotidiennement, le massage tous les deux jours puis tous les trois jours, pendant une longue période, pourra contribuer à rétablir l'état absolument normal dans l'articulation et son voisinage.

Je ne saurais trop encourager les sujets assez fortunés pour se faire soigner longtemps à continuer les manœuvres du massage longtemps après leur guérison.

La troisième forme de fracture avec grande déformation est la plus grave. Elle est pourtant *celle qui permet au point de vue de la forme la réparation la plus parfaite.* En effet, les grandes déformations ont peu d'enfoncement, leur déplacement est latéral.

Dès la première minute où vous les avez observées, sans rien attendre, tirez bien sur le main prise largement dans la vôtre et en exagérant la flexion du poignet. Si vous êtes intervenu dans les deux ou trois heures qui suivent l'accident, vous serez surpris de la facilité et de la perfection de la réduction.

Gardez le poignet redressé dans votre main jusqu'à ce qu'avec un aide vous ayez pu appliquer votre appareil.

Si vous avez un sujet docile, un appareil du genre de celui que je vous ai indiqué : deux attelles, dont une *dorsale dépassant le poignet*, une sur l'avant-bras, antérieure, plus courte ; la main un peu fléchie en bas est bien matelassée, et on le fixe avec des bandes Velpeau prenant la main.

Ces éléments suffiront à vous permettre une contention beaucoup plus facile que l'on imagine.

Si vous prévoyez un sujet très indocile, placez le membre dans une gouttière plâtrée, toujours en fléchissant à demi la main.

Quelqu'appareil que vous mettiez, *avant la pose de l'appareil*, faites avec beaucoup de douceur une séance de massage un peu prolongée (vingt minutes), de façon à calmer la sensibilité du sujet et à prévenir dans une certaine mesure les contractures. Je l'ai fait avec succès deux heures après l'accident.

Si le sujet est indocile, peu intelligent, et qu'il y ait eu nécessité, après la réduction, de lui appliquer une gouttière plâtrée, pour laisser le calme s'établir, vous pouvez le laisser tranquille pendant quatre jours.

Mais n'allez pas au delà. Coupez alors délicatement votre gouttière plâtrée pour en faire un appareil amovible et faites le massage en plaçant le poignet dans *votre main*, pour vous assurer contre tout déplacement.

Ce massage qui ne débute que le cinquième jour ne sera pas aussi vite anesthésiant que celui qui aurait débuté le troisième.

Pourtant il soulage le patient. Il serait rare alors d'obtenir que dès ce massage il fît lui-même quelques mouvements.

Mais dès le massage du sixième ou du septième jour vous l'obtiendrez en le sortant chaque jour de sa gouttière plâtrée.

Ici la consolidation de la fracture n'est pas aussi vite assurée que pour les cas précédents, et je vous conseille le maintien de l'appareil pendant trois semaines.

On ne saurait considérer ce maintien d'appareil pendant trois semaines comme menaçant la souplesse de l'articulation, puisque chaque jour le massage et la mobilisation assureront cette souplesse.

En revanche, les trois semaines de l'immobilisation assureront la solidité du membre et après les trois semaines, la bande roulée autour du poignet, le massage et la continuation des exercices méthodiques assureront l'avenir aussi bien au point de vue des mouvements que de la douleur.

A partir de cette troisième semaine, les mouvements sont possibles avec les réserves que j'ai déjà faites pour les autres cas et les mêmes conseils en ce qui concerne les mouvements de renversement du poignet en arrière qu'il faut toujours éviter.

Après le massage, vous remettrez en place la gouttière plâtrée, mais auparavant, mobilisez les doigts, les articulations et assurez-vous de l'intégrité des parties voisines.

Si vous placez un appareil plâtré, *jamais d'appareil faisant tout le tour du membre* mais un appareil qui vous permette d'inspecter. Chez les jeunes sujets, l'appareil plâtré est souvent utile à cause de leur indocilité ; puis ils souffrent moins de sa rigueur que les gens plus âgés.

Si vous avez mis un appareil mobile à attelles parfaitement suffisant si la surveillance est bonne, laissez-le *deux jours sans y toucher*. A partir du troisième jour, vous le déferez chaque jour pour faire le massage.

Si vous placez bien le poignet du patient, dans votre main, ce massage se fera *sans douleur et sans chances de déplacement des fragments.*

J'ai personnellement réduit et soigné une fracture chez une dame qui avait le poignet le plus déformé que j'aie jamais vu.

Dès le troisième jour, elle fut massée par moi-même.

Au bout de trois semaines, elle pouvait s'essayer un peu au piano et je l'ai revue bien souvent, et elle m'a assuré qu'entre ses deux mains elle ne savait laquelle avait le meilleur mouvement.

Il n'y avait plus de difformité.

Il s'agissait de la main gauche et la patiente avait quarante neuf ans. Elle était plutôt rhumatisante.

Tels sont, d'après moi, les préceptes fondamentaux applicables à ce que l'on peut appeler la *véritable fracture de l'extrémité inférieure du radius*, la fracture *articulaire.*

La fracture située plus loin de l'articulation et due à une action directe, est moins redoutable au point de vue articulaire.

Elle mérite plus le traitement analogue à celui de la fracture des os de l'avant-bras. Un appareil plâtré en gouttière pour quelques jours aura des avantages, et pour les suites de la fracture la mobilisation est plus importante encore que le massage. Le cubitus servant d'attelle, le déplacement est peu marqué et la guérison sera rapide.

Pour revenir à la véritable fracture de l'extrémité articulaire du radius, après avoir donné des préceptes fermes, je tiens à dire ce *qu'il faut éviter avant tout.*

Eviter toute contention absolue dépassant *une semaine.*

Ne jamais *entourer tout* le membre d'un appareil plâtré.

Ne jamais *serrer* cet appareil plâtré et s'assurer qu'aucun point d'appui sur un os n'est direct.

Enlever immédiatement un tel appareil s'il détermine la douleur.

Ne faire aucune *compression sur la région.* La compression même passagère est inutile et peut être dangereuse.

Eviter avec soin l'action des bains chauds ou froids. *L'eau est le grand ennemi des fractures articulaires.*

Ne jamais faire une *manœuvre* de massage ou de mobilisation qui *soit douloureuse.* La douleur du sujet avertit que le massage ou la mobilisation sont mal faits.

Quelle que soit la variété de fracture du radius, tenir grand compte de l'état de l'*apophyse styloïde du cubitus.* L'arrachement de cette apophyse est très fréquent. Parmi les travaux qui ont bien mis en relief cette complication habituelle, il fut citer Lynn Thomas, de Cardiff. Il faut en tenir compte, car elle cause une des complications secondairement les plus douloureuses de cette fracture. Le massage contribue à faire disparaître cette douleur.

Si le traitement ne pouvait être suivi d'aussi près, en tous cas l'appareil inamovible ne doit jamais être laissé plus de quinze jours sans être déplacé puis remis.

Aussitôt que la solidité du poignet est assurée c'est-à-dire du dixième au vingt- deuxième ou vingt-troisième jour, la mobilité définitive du sujet sera surtout favorisée par *la reprise du travail* de la main.

Avec l'état actuel de la loi sur les accidents du travail, cela n'arrive plus jamais. Les sujets ne veulent reprendre le travail que lorsqu'ils sont absolument revenus aux mouvements libres et à la disparition de toute sensibilité.

C'est une circonstance déplorable qui fait que la fracture du radius est, au point de vue des accidents du travail, un accident grave et très coûteux pour le patron.

Il faut, lors de la convalescence, s'abstenir absolument de tous les grands exercices de force, de toutes les *manœuvres violentes* qui prolongent inutilement la période d'impuissance.

Sauf les cas d'ankylose invétérée, il faut *s'abstenir de la mécanothérapie.*

L'*électrisation* me paraît devoir être *proscrite* pour une raison analogue.

Le plus sage est, si l'ouvrier ne consent pas à reprendre son travail habituel, de lui faire reprendre quelque travail manuel doux qui l'oblige à des mouvements modérés mais fréquents qui rétablissent la souplesse.

Au point de vue des accidents du travail, les choses sont telles, actuellement, que la fracture du radius qui, d'une manière générale, ne devrait

jamais causer une interruption de travail dépassant un mois, mène à une interruption de travail de deux et trois mois et davantage. Par surcroît, elle conduit réellement souvent à une diminution de capacité *qui ne devrait jamais exister*. L'interruption prolongée du travail est la cause principale de cette incapacité.

Si la loi permettait, à propos de la fracture du radius, un arrangement entre patron et ouvrier, on ne verrait presque jamais de perte de capacité de travail.

PRATIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE
DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

X.

C. — Contention de fractures simples des côtes, de l'omoplate, du sternum, des os du crâne, etc., quand elle n'exige pas d'intervention spéciale et en dehors de toute complication.

Tout ceci est tarifé au prix de trois visites ou consultations en sus de la visite, soit au total 10 francs, prix maximum.

Fractures de côtes.

Pour la contention des fractures simples des côtes nous aurons toujours recours à l'emplâtre de diachylon. Auparavant nous aurons ausculté le blessé ; la crépitation qui s'entend à l'oreille et qu'on perçoit avec la paume de la main nous paraît une indication des plus nettes pour l'assurance d'un diagnostic qu'on peut contester. Il ne faut pas oublier non plus le fameux « Hum ! » qu'on fait pousser à tout ouvrier ou blessé qui a eu un traumatisme thoracique. On peut être certain que l'homme qui peut faire un brusque et vigoureux effort pour chasser l'air de sa poitrine n'a point de fracture.

L'auscultation permettra aussi de s'assurer qu'il n'y a pas de foyer pulmonaire et qu'une aiguille osseuse n'a pas déchiré la plèvre.

Le bandage de diachylon sera appliqué haut. Il faut qu'il affleure les aisselles ; mais si le blessé est velu, on se trouvera bien de le raser, car l'arrachement de l'emplâtre causerait une douleur très vive et bien inutile.

J'ai vu autrefois des charretiers qui avaient été blessés par un écart de leur cheval, par un coup de brancard, se présenter avec une fracture de côte ; une fois leur bandage appliqué, ils reprenaient leur fouet et suivaient leur attelage. Il n'en serait plus de même aujourd'hui, et par prudence nous laisserons au repos nos blessés pendant quelques jours.

Convient-il, cependant, de laisser reprendre le travail et de déclarer consolidée une blessure encore en traitement ? C'est là que la loi présente des lacunes très réelles.

Toutes les professions ne sauraient se prêter à une reprise anticipée du travail et c'est bien question d'espèce ; mais il en est certainement où tout le monde bénéficierait d'une mesure mixte telle que la reprise sous réserve et avec continuation de surveillance du médecin.

Combien de temps laisse-t-on l'emplâtre ? Au moins un mois. On ne risque d'ailleurs pas grand chose à cette durée. Mais vers le 20e jour, si le malade est surveillé, docile, on peut certainement changer l'appareil, ce qui donnera du soulagement au blessé.

Fracture de l'omoplate.

La fracture de la portion articulaire de l'omoplate ne peut être considérée comme une fracture simple, l'épaule est déformée et tombante et la contention de cette sorte de fracture est particulièrement ardue et difficile.

La fracture de l'épine n'est pas très commune ; on la diagnostiquera, comme d'ailleurs celle du corps de l'os, en appliquant la paume de la main sur la région scapulaire et en faisant faire quelques mouvements du bras au blessé. La crépitation est ordinairement des plus nettes. L'appareil et la contention, dans ces deux derniers cas, sont réduits au plus simple : écharpe de Mayor et du temps.

Les compressions, les chutes sur une tige rigide, les chocs par instruments animés d'une force de propulsion considérable sont les raisons les plus fréquentes des fractures de cet os, en somme assez bien protégé.

Fracture du sternum.

Cette fracture est surtout une luxation, car cet os cède le plus souvent dans ses portions articulaires. Quoi qu'il en soit on aura assez facilement le diagnostic en constatant la déformation, l'encoche ; le blessé accusera aussi une gêne respiratoire très grande et une véritable anxiété.

J'ai en ce moment un cas type à soigner et le mécanisme de ces fractures est, en dehors du traumatisme direct, une flexion exagérée de la tête sur le tronc. Mon blessé a été pris sous une *masse de terre et son menton s'enfonçait littéralement* dans sa poitrine. Le sternum s'est fracturé.

Un autre blessé était passé sous une voiture et, se trouvant ainsi à terre, avait été plié en deux par l'essieu qui lui avait raboté tout le dos. Il s'agissait encore là d'une flexion outrée.

Le moyen de réduire n'est pas facile et la contention est presque impossible.

Il faut faire saillir le thorax en mettant un drap roulé entre les deux omoplates de façon à bomber le haut du tronc. Echarpe, bandage, c'est tout le pansement.

La contention sera imparfaite, malgré tout le soin qu'on y apportera, et la règle est qu'il y aura à la suite une déformation parfois bien tolérée, mais, dans d'autres cas, gênante et entraînant une incapacité permanente partielle.

D.— Allocation correspondant au prix de cinq visites ou consultations

Tout ce paragraphe donne droit à un honoraire maximum de 12 fr. 50 + 2 fr.50 soit 15 frs.

1° Réunion par sutures multiples.

Nous avons déjà parlé des sutures et nous n'y revenons pas. L'honoraire diffère suivant l'importance et la gravité de la blessure et il ne peut être question ici que des grands arrachements tels qu'il s'en produit au cuir chevelu, quand le blessé est en partie scalpé, ou quand il y a une longue section du tégument.

Il va sans dire qu'on aura à compter à part, c'est-à-dire en plus, une ligature d'artère si un vaisseau a été sectionné. On ne fera pas de réunion trop parfaite si l'aseptie ne peut être réalisée et on s'assurera contre la rétention en drainant *avec des drains*, la gaze draine mal. Au bout de 48 heures on sera à peu près maître de la situation et il sera temps de compléter par quelques points superficiels ou avec des agrafes de Michel. Au bout de deux jours on obtient encore une bonne réunion sans être forcé d'aviver.

2° Traitement de l'asphyxie.

Les causes de l'asphyxie sont nombreuses et ne peuvent être étudiées en détail, d'autant plus qu'elles ne modifient guère le traitement.

Certaines industries exposent leurs ouvriers à des risques particuliers et les médecins de la région connaissent les accidents qui en sont la conséquence et appliquent à ces cas spéciaux le traitement dont ils ont l'expérience.

Ceci dit, nous placerons un asphyxié sur une table, un buffet, de telle sorte que nous puissions le manier sans trop de peine ou de fatigue. Lorsqu'il nous faut prolonger les soins à un homme étendu par terre, nous sommes dans de mauvaises conditions.

Cependant, comme il faut aller au plus vite et que les secondes ont une valeur immense, dans ces cas-là, nous ferons au plus pressé et, rapidement, après avoir libéré le cou, l'abdomen, nous commencerons la respiration artificielle et la traction rythmée de la langue, laissant pour quelques instants le blessé où nous le trouvons.

Un peu de vinaigre aux tempes et sous les narines.

Nous guetterons le retour de la vie et c'est à ce moment-là et pour mieux poursuivre notre œuvre que nous ferons placer le malade à notre hauteur et à notre main.

Dans les cas de syncope grave et d'asphyxie que j'ai eu à soigner, j'ai joint aux moyens classiques l'introduction d'un doigt dans la bouche ouverte par un ouvre-bouche ou un bouchon placé entre les dents. L'index va titiller la luette et pénétrant mieux et un peu plus loin, chatouillant la gorge, essaie de provoquer un effort de vomissement.

Il m'a semblé que je trouvais là un reflexe assez facilement excitable. Si je conseille de mettre le doigt, c'est que le chatouillement de la gorge avec une plume par exemple risque de ne pas agir avec assez de vigueur ... et disons le mot de brutalité.

Quelle doit être la durée du traitement de l'asphyxie ? Tant qu'il y a un espoir, il faut agir et on ne saurait préciser. Il y a à tenir compte du temps pendant lequel le blessé a été exposé aux causes de l'asphyxie et des signes de retour à la vie qui auront suivi notre traitement.

Les injections excitantes seront des adjuvants précieux ; il faudra aussi ramener la chaleur en faisant placer des boules chaudes dans le lit du malade. Enfin dans certaines intoxications qui ont amené une modification du sang, je n'hésiterais pas à faire une saignée et à la combiner avec une injection de sérum.

Comme honoraire le tarif Dubief prévoit : 12.50 + 2 fr. 50, soit 15 frs pour le traitement de l'asphyxie ; mais si nous avons à faire une injection sous-cutanée, une injection de sérum ou une saignée, ces divers actes médicaux seront à compter en plus.

(*A suivre.*) Docteur Ch. Levassort.

ETUDES ET PROJETS

Les Syndicats Médicaux. Leur Fonctionnement. — Leur Organisation. Leur Influence. — Leur Rôle.

Par le Dr P. Viroulaud, de Villebois-la-Valette (Charente).

(*Suite.*)

Mais il ne faut pas oublier que ces Unions régionales ne doivent être que des intermédiaires. Il leur faut, à elles aussi, un point de concentration, sorte de résultante de toutes les forces ainsi agglomérées. C'est le vœu formel émis par l'Assemblée générale de l'Union des Syndicats après avoir écouté et discuté les idées de MM. Bolliet et Lambin.

« L'Union des Syndicats médicaux, considérant que, jusqu'à ce jour, les groupements provinciaux de Syndicats n'ont pas adhéré à cette Union, ne peut que donner son approbation à la constitution des Fédérations de ce genre, à la condition que leurs statuts imposent le rattachement à l'Union avec les obligations financières qui en résultent. »

En terminant, nous ajouterons, qu'une Commission de l'Union des Syndicats, donnant satisfaction aux projets présentés par la Fédération du Sud-Est, par la Fédération du Nord et du Pas-de-Calais, par M. le Dr Charbonnier (de Caen), prépare la solution de la seconde partie du problème et compte en présenter au moins l'esquisse au Congrès des praticiens, d'après les idées générales contenues dans l'article du Dr Bolliet.

Rôle économique des Syndicats médicaux.

C'est pour lutter contre les collectivités sans cesse grandissantes et partant plus exigeantes que les Syndicats médicaux se sont créés. C'est dire que la lutte sur le terrain économique a toujours été la grande préoccupation de ces groupements.

Abusant de leur situation, profitant de la concurrence médicale et de « l'arrivisme » qui commençait à s'étaler au grand jour, les collectivités ont honoré les médecins de leur confiance au rabais, leur proposant des forfaits dérisoires ou des abonnements ridicules.

Sociétés de Secours mutuels et Compagnies d'assurances d'une part, pouvoirs publics, administrations, départements, communes, d'autre part, ont été les grands exploiteurs du corps médical.

Les Syndicats médicaux ont su se défendre et personne n'oserait contester leur utilité en l'espèce.

Ils ont su sortir vainqueurs de bien des batailles, soit par leur activité propre, soit par leur Union et son Conseil supérieur ; cette activité s'est attachée principalement à modifier tous les tarifs et les monopoles qui étaient une atteinte à la dignité de la profession médicale.

De toutes ces luttes, nous n'en retiendrons qu'une seule, car elle est, de par l'autorité et la force de la collectivité en cause, et de par les résultats obtenus, la meilleure des preuves de l'influence incontestable des Syndicats médicaux. Nous voulons parler du conflit médico-mutualiste et de l'entente qui vient d'être signée tout récemment.

Le Conflit médico-mutualiste.

« Associations d'ouvriers ou de prolétaires, de gens en tous cas peu fortunés, les S. S.M. devaient grâce à une cotisation minime des participants, aidées par les libéralités des personnes riches et bienfaisantes, qui en faisaient partie à titre de membres honoraires, secourir en cas de maladie les dits membres participants, les défrayer dans une certaine mesure des dépenses représentées par les frais de médecins et de pharmaciens, leur donner en outre, par jour de chômage, une petite indemnité.

« Mais dès le début apparurent les vices fondamentaux qui devaient faire sortir la mutualité de sa véritable voie, en faire, au lieu d'un instrument de solidarité, de liberté et de force pour les mutualistes, l'instrument plutôt de leur servitude.

« Ce fut d'abord et surtout l'idée fausse et anti-sociale que se firent les dirigeants de la mutualité des droits du malade et du rôle du médecin.

« Chaque société de secours mutuels choisissait un ou plusieurs médecins qui avaient le privilège exclusif de soigner ses membres malades. Ces médecins, bien entendu, étaient tenus d'accepter pour prix de leurs visites une rémunération de beaucoup inférieure au prix des visites ordinaires, rémunération toujours insuffisante et parfois à peu près nulle.

« Il y avait donc pour les médecins assez peu d'intérêt à être choisis par les sociétés, surtout dans les débuts de la Mutualité. Cependant, comme il s'agissait avant tout de prêter leur concours à une œuvre de prévoyance et de solidarité ouvrières, les médecins n'hésitèrent pas et en très grand nombre, pour ne pas dire tous, offrirent leurs services. Il eût été très simple, dès ce moment, devant une pareille unanimité, puisque tous s'offraient, de les accepter tous. Et, tout de suite on eût pu ériger un système qui eût obvié aux graves difficultés avec lesquelles on se trouve aux prises aujourd'hui.

« Plus prévoyants de l'avenir, les organisateurs de ces sociétés de prévoyance eussent évité l'antagonisme regrettable des médecins et des mutualistes, résultat de la mauvaise organisation actuelle du mutualisme.

« Surtout, du premier coup, on eût réalisé ce pour quoi nous luttons maintenant de toutes nos forces : le droit inviolable du malade d'avoir un médecin de son choix, sans pour cela devoir renoncer aux avantages que lui confère son titre de sociétaire.

« Malheureusement, le plus grand nombre des sociétés de secours mutuels revendiquèrent pour elles seules le droit de choisir les médecins qui devaient soigner leurs adhérents. Malheureusement, elles adoptèrent un système qui allait à la fois à l'encontre des intérêts et de la liberté des sociétaires et des intérêts et de la dignité du corps médical.

« Le développement extraordinaire des œuvres mutualistes n'a fait qu'aggraver le mal.

« D'abord les sociétés de secours mutuels, au lieu d'avoir seulement comme membres participants des ouvriers et des gens de situation modeste, virent venir à elles un grand nombre de personnes que leur situation de fortune met à l'abri de ces coups du sort contre lesquels on avait voulu assurer leurs co-sociétaires moins favorisés.

« Les nouveaux venus, qui auraient pu se contenter d'être membres honoraires, aimèrent mieux profiter des avantages afférents à la situation de membre participant, c'est-à-dire avoir le médecin et surtout les médicaments pour presque rien. Les sociétaires de cette catégorie se montrèrent même beaucoup plus exigeants que les autres. Ils demandèrent aux médecins de plus fréquentes visites, voulurent des médicaments nombreux et compliqués.

« Et il se produit ce fait parfaitement anormal : le médecin qui touche de la Société un salaire déjà dérisoire pour donner ses soins à un ouvrier mutualiste, ne touchera pas un sou de plus quand il visitera un rentier ou un propriétaire mutualiste !

« Cette chose illogique et odieuse est demandée au médecin au nom de la philanthropie.

« On peut se rendre compte de la valeur des sacrifices demandés aux médecins par l'exemple suivant : « Un de nos confrères, dit le docteur Courgey, me racontait dernièrement sa vie de travail et de labeur. Dans une société de secours mutuels de 400 membres, il avait fait annuellement un nombre d'actes médicaux correspondant à une somme d'environ 5.000 francs au tarif ouvrier *minimum*. La Société devenue assez rapidement riche, donnait 4 francs par tête à son médecin, soit 1.600 francs de traitement. Restaient donc 3.400 francs par an réalisés par la société sur son médecin. »

Dr Diverneresse.

Favorisée par le Gouvernement, encouragée par des hommes éminents, qui s'en sont faits les champions, la Mutualité a pris un essor prodigieux.

En 1898, elle comptait 2.000.000 membres ;

En 1905, elle comptait, 3.750.000 membres ;

En 1906 (1), elle en comptait 4.500.000, répartis en 21.000 sociétés d'adultes. La Mutualité scolaire compte, en outre, 750.000 membres dans 3.000 sociétés.

Enfin, en octobre 1907, M. Nathan (2), disait :

Le Mutualisme compte aujourd'hui, un effectif de 5.000.000 de membres (cinq millions).

Et veut-on savoir la somme énorme de capitaux que leur fonds commun retire de la circulation, véritable bien de main-morte (3).

En 1905, la Mutualité possédait un avoir atteignant le chiffre de 426 millions, alors qu'en 1870, cet avoir n'était que de vingt-deux millions.

En 1906 (M. Lourties), sa fortune avoisine le 1/2 milliard.

En 1907, M. Nathan, l'évalue à 600 millions.

Ces chiffres dispensent de tout commentaire ; et la progression de la Mutualité continuera peut-être ainsi jusqu'au jour où, suivant le vœu de M. Deschanel, la République Française ne sera plus qu'une vaste Société mutualiste (4).

« En présence de ces syndicats de malades créés pour imposer aux médecins des salaires humiliants, visant à faire à tous une distribution de soins bon marché, sans souci de la qualité, sans respect de la liberté individuelle, les médecins ont élevé la voix au sein du Conseil de la Mutualité où les Syndicats médicaux obtinrent d'être représentés, après bien des luttes.

Notre représentant, le Dr Gairal, président de l'Union des Syndicats médicaux de France et membre du Conseil de l'Association générale, après un plaidoyer éloquent où il démontrait la justice et l'utilité du libre choix du médecin par le malade, proposait la modification suivante à l'article 6 de la loi de 1898 :

« S'il est créé des secours en cas de maladie, chaque membre participant aura le droit de choisir librement son médecin et son pharmacien.

« Il est alloué à tout participant malade une indemnité journalière spécialement affectée au payement des frais médicaux et pharmaceutiques.

« Cette indemnité, qui sera réglée en fin de ma-

(1) Rapport de M. le sénateur Lourties. Extrait de *La Mutualité*, du 15 janvier 1907.

(2) M. Nathan, secrétaire général de l'Union nationale des présidents des Sociétés de secours mutuels, dans un discours prononcé à Sourdeval. Extrait de *La Mutualité*, du 31 octobre 1907.

(3) « Le fonds commun incarne un déplorable principe économique, celui de la monopolisation financière de l'Etat... Ce qui est plus triste encore, c'est qu'il anémie la nation. Un pays est d'autant plus riche, en effet, que plus de capitaux y circulent ; sa prospérité dépend de l'intérêt qui est apporté à l'industrie, au commerce, à l'agriculture, à tous les modes d'exploitation de sa richesse nationale. Or, immobiliser dans les caisses de l'Etat des millions, c'est les retirer de la circulation nationale sans que l'on connaisse l'emploi qu'en fait cet impérieux gérant.— Dédé « Les Sociétés de Secours mutuels, leur rôle économique et social », p. 119.

(4) C'est aussi le vœu de M. Charles Gide.

ladie ou en fin d'exercice, sera indépendante de l'indemnité journalière d'incapacité de travail. »

Après discussion, le projet fut rejeté par 25 voix contre deux, celle du professeur Lannelongue et celle du Dr Gairal.

Devant l'intransigeance des dirigeants de la Mutualité, qui montraient ainsi leur volonté de ne faire aucune concession au corps médical, de nombreux conflits éclatèrent entre médecins et mutualistes, entre autres : à Lyon, Lorient, Nice, Saint-Ouen, et plus récemment à Troyes, à Villeneuve-d'Agen, à Montpellier.

A Lyon, les médecins bien syndiqués, eurent gain de cause (1) : même résultat à Montpellier, où fut reconnu le principe du libre choix du médecin, le paiement à la visite, et établi un tarif qui, s'il n'était pas parfait, était préférable à celui de jadis. Dans d'autres villes, les médecins ont succombé momentanément grâce à la présence de rénégats et de traîtres.

Du reste, l'accord est loin d'être parfait parmi les dirigeants de la Mutualité. Si les uns, avec M. Mabilleau, désirent le statu quo, c'est-à-dire l'asservissement des sociétaires, d'autres bons esprits, comme M. Lépine, M. Sarraut, de Toulouse, et M. Dédé, veulent un régime de liberté dont justement la base est la liberté de confiance.

Au cours de l'année 1906, ému par les conflits sans cesse renaissants, M. Mabilleau, au nom du Conseil supérieur de la Mutualité, proposa la réunion d'une commission mixte composée des membres dirigeants de la Mutualité et de représentants des groupements médicaux ayant pour but d'étudier un *modus vivendi* destiné à rétablir l'accord entre médecins et mutualistes. Cette commission se réunit trois fois au siège de l'Union des Syndicats médicaux de France sous la présidence de M. Loubet.

Elle décida l'ouverture d'une enquête générale auprès des S. S. M. « portant sur les trois points suivants » :

1° Pratiquez-vous la liberté du choix du médecin pour les sociétaires ?

2° Rétribuez-vous les soins médicaux par visite ou par abonnement ?

3° Estimez-vous qu'il y aurait lieu de confier à des Commissions mixtes régionales, composées de mutualistes, de médecins et de pharmaciens, la tâche de vérifier les notes et mémoires suspects d'exagération et de solutionner les divers conflits qui pourraient s'élever entre les intéressés ?

(1) Le contrat date de 1903. Les sociétaires choisissent leur médecin sur une liste dressée par le Syndicat et comprenant tous les membres voulant faire partie du service. Le paiement se fait exclusivement à la visite, à raison de 2 francs la consultation et 2 fr. 50 la visite.

Le montant des honoraires est versé par les Sociétés à la caisse du Syndicat qui fait la répartition aux médecins ayant droit. Une commission mixte d'*arbitrage*, composée de trois présidents mutualistes et de trois médecins juge les divers litiges qui peuvent se présenter.

Quelques mois après, les résultats de cette enquête étaient communiqués à la Commission par M. Hébrard.

Nous constations que, par d'importantes majorités, les Sociétés de secours mutuels avaient adopté le système du libre choix, préféraient le tarif à la visite et réclamaient les Commissions d'arbitrage.

A l'unanimité, Mutualistes et Médecins concluaient qu'il y avait lieu de poursuivre l'entente sur ces bases, dont la mise en pratique avait été faite auparavant par les médecins et les mutualistes de l'Hérault » (1).

(*A suivre*).

(1) Dr Vimont. — Assemblée générale du *Concours Médical* et du *Sou Médical*, 1906-1907.

Congrès des intérêts professionnels, tenu à Montpellier les 27 décembre et 3 janvier 1906. — Conformément à la décision prise par la Fédération des Syndicats médicaux de l'Hérault, dans sa séance du 19 décembre 1905, deux réunions du « Congrès d'intérêts professionnels des médecins exerçant à Montpellier, *syndiqués* ou *non* », ont eu lieu dans une des salles de la mairie, les 27 décembre 1905 et 3 janvier 1906.

A la première de ces réunions, cinquante médecins de Montpellier étaient présents. Le docteur Sélignac, doyen d'âge, ouvrit la séance et proposa la formation du bureau du Congrès comme suit : président, M. Gilis ; assesseurs MM. Albigès et Salager ; secrétaire, M. Stoltz. (*Adopté à l'unanimité.*)

Plusieurs de nos confrères prirent la parole pour faire l'historique des Mutualités et montrer leurs dangers, pour le corps médical, leurs abus actuels et proposer divers moyens de remédier à ces abus, à l'exemple des médecins lyonnais. On s'arrêta aux conclusions suivantes, adoptées à l'unanimité : 1° faire *rédiger par l'avocat-conseil* du Syndicat une formule d'engagement que signerait tout médecin de Montpellier, établissant le *libre choix* du médecin, le *tarif à la visite*, *l'abolition du traitement à forfait*; 2° au cas où l'un des signataires manquerait à sa parole, avoir deux sanctions à lui infliger ; *a*) une condamnation à 2.000 fr. de dommages-intérêts, au profit de la caisse de l'Association confraternelle des médecins de l'Hérault ; *b*) la rupture de toutes les relations confraternelles entraînant avec elle, naturellement, le *refus de consultation*. Une commission de dix membres fut nommée, chargée de la rédaction de cette formule d'engagement, sous la direction de l'avocat-conseil, commission ainsi composée : Drs Gilis, Arles, Magnol, Albigès, Mélian, Pascal, Aubert, Cotsaftis, Saussol, Stoltz.

Dans la deuxième réunion du Congrès (3 janvier 1906), à laquelle étaient présents soixante-quatre médecins de Montpellier, la Commission sus-nommée communiqua la formule d'engagement, ainsi que le tarif adopté pour les Mutualités. (*Adopté à l'unanimité.*)

Devant cette union des médecins présents on passe immédiatement aux signatures de l'engagement. *Tous les membres présents au Congrès* le signent. La séance est levée et les membres de la Commission se partagent le soin de faire signer, en ville, les médecins de Montpellier absents à cette réunion et dont un grand nombre avaient accepté par lettre, les décisions du Congrès.

Le Secrétaire,
Dr Stoltz.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Syndicat médical de la Nièvre.

« Ceci tuera cela ».

Le deuxième Congrès des Praticiens vient de finir sa carrière : tous ceux qui, de près ou de loin, ont suivi ses travaux sont encore sous l'impression de cette grandiose manifestation de l'esprit de solidarité qui, écrit un confrère, « se développe et grandit en notre corps médical français ». L'union, la concorde, l'entente syndicaliste, la défense intransigeante de nos droits et de notre dignité...... que voilà donc de belles, de nobles, de saines doctrines !... en théorie tout au moins, car dans la pratique... Ah oui ! dans la pratique. « Parlons-en toujours et n'y pensons jamais » !...

Un exemple topique fera voir les choses telles qu'elles sont dans la réalité.

Il vous souvient peut-être d'avoir entendu par-

ler d'une certaine « Union Syndicale de Médecins de l'A. P... — Union Syndicale ? Attendez, mais oui ! N'est-ce pas dans la Nièvre, au pays du blé qui lève, qu'a germé dans la cervelle de quelques médecins l'idée singulière de monopoliser à leur profit tous les services officiels, passés, présents et futurs, du département ? — C'est cela même : vous y êtes.— Mais il nous semble que le Congrès des Praticiens a eu à s'en occuper, de cette Union, et qu'à l'unanimité, vous entendez, à l'unanimité.. — Parbleu, Monsieur, la belle affaire ! Quand on a, comme le disait superbement un des fondateurs du groupe, quand on a 45 types (?) derrière soi, on se f.... de toutes les réprobations et de tous les Congrès du monde, même et surtout de Praticiens.— Voyons, vous exagérez, cher confrère, le parti pris de ces Messieurs de se mettre en si formelle opposition avec la saine doctrine syndicaliste, celle que le Congrès........ J'exagère, vous croyez ? Eh bien, écoutez l'histoire de nos dissensions et l'exposé de la situation actuelle.

Dans sa réunion du 8 août 1907, le Syndicat des Médecins de la Nièvre, sur la proposition du Dr Durand (de Donzy) votait le principe du Libre choix du Médecin par les nourriciers des enfants de l'A. P...

Le vœu, on le savait, était bien platonique, et on avait pris soin de bien spécifier qu'il *respectait les situations acquises*. Saisissant le prétexte de leurs intérêts menacés (prétexte *attendu*, disaient-ils, et pourquoi ? s'ils n'avaient pas, dès avant, une arrière-pensée ?), « quelque diable aussi les poussant », je pense, un certain nombre de Syndiqués, médecins de l'A.P. et de la Protection du 1er âge, fondèrent une Union dite Syndicale dans laquelle ils convièrent à entrer tous leurs collègues du département en criant bien haut qu'ils « *n'entendaient en aucune façon s'écarter de l'étude particulière des questions d'assistance et qu'ils n'étaient animés d'aucun esprit d'hostilité contre une Association telle que le Syndicat* ». Et ils nous le firent bien voir, car dès leur première réunion générale, passant avec une facilité charmante du particulier au général, ils réclamèrent comme « *juste et prudent* » le rassemblement de tous les services sur la même tête : « Nous *voulons*, disait un des promoteurs de l'entreprise, avoir un homme à nous dans chaque canton ».

Violentes et fondées, des protestations s'élevèrent, des polémiques s'ensuivirent et la situation devint à ce point tendue que le bureau du Syndicat pouvait dire : « Notre Syndicat et l'Union Syndicale des Médecins de l'A. P. ne peuvent désormais avoir une existence commune » et proposer comme remède à un mal si aigu la dissolution du Syndicat. C'est à quoi il conviait l'Assemblée générale extraordinaire le 13 février 1908 : réunion assurément imposante tant par le nombre inusité des assistants, que par les belles, nobles, et nécessaires paroles qui y furent prononcées. Tant et si bien l'on parla, argumenta, proposa, qu'en fin de compte les choses s'arrangèrent.. ou parurent s'arranger : « Embrassons-nous, Folleville, embrassons - nous ! Désormais, plus de libre choix ! haro sur le baudet, le pelé, le galeux... l'Union devient une tendre filiale du Syndicat, communiquera ses comptes-rendus au bureau dudit et aura auprès du même bureau un représentant officiel. » C'était superbe ! un ciel d'azur après l'orage ! Mais hélas, trois fois hélas ! très peu de temps après, M. le Président de l'Union syndicale faisait savoir au Président du Syndicat que « *les membres de l'U. S., réunis en assemblée générale trimestrielle le 27 avril, revenaient sur leur 1re décision d'avoir un délégué au bureau du Syndicat général et refusaient de lui communiquer le compte rendu de leurs séances* » et enfin — tout est rompu, mon gendre ! — il donnait sa démission de membre du Syndicat.

D'aucuns s'inquiéteront sans doute de connaître les motifs de ce revirement : il n'en fut pas donné de sérieux ou de valables, et de ce fait, la situation, redevenue ce qu'elle était avant le 13 février s'est, à mon avis, aggravée, car par ses refus inexplicables, l'Union Syndicale a donné la mesure de sa bonne foi.

Il est donc aujourd'hui évident qu'il y a entre les deux groupes médicaux nivernais une antinomie irréductible : l'un, le Syndicat des Médecins de la Nièvre se fonde sur les bases solides qu'ont encore affermies les deux Congrès des Praticiens, la complète indépendance du médecin servie par le libre choix, son éloignement de toute fonctionnarisation ; — l'autre, l'Union Syndicale des Médecins de l'A. P. et de la Protection a fait voir dès sa création sur quelles colonnes elle entend s'appuyer. Il suffira de dire qu'elle a pour Présidents d'honneur MM. le Préfet du département, le Directeur général de l'A. P. à Paris et le Directeur départemental d'Assistance et qu'elle se considère comme le groupement des seuls médecins qui « *aient l'intention loyale d'aider à l'application des lois et sachent se plier aux exigences des lois et règlements, les autres se contentant de rester observateurs indifférents ou hostiles à leur exécution.* »

Quelle peut être, dans ces conditions, l'autorité et même l'existence d'un Syndicat qui réunit sous sa bannière deux groupements à tendances si disparates ? Quels services peut-il rendre quand une partie importante de ses adhérents a pris soin de le discréditer, en acceptant autre part la négation même des principes syndicaux ? Sa dissolution, quoi qu'en pensent certains, sa dissolution s'impose : elle s'impose, car dans la situation actuelle, aucun *modus vivendi* acceptable n'est possible : tous, ils n'aboutiraient qu'à l'impuissance ou à une lutte sans merci, irritante, et j'ajoute, inconvenante pour la dignité de tous. La dissolution est une solution heureuse et la seule, parce que, précisément, il ne restera rien après elle et que la suppression de toute cause d'irritation permettra à chacun de réfléchir et de voir que le bureau syndical a dû rester absolument impartial et ne se laisser guider que par le souci des intérêts généraux qui lui étaient confiés.

Pour se couvrir contre les risques, que les membres non unionistes (ni en passe de le devenir), du Syndicat, s'affilient au « Sou Médical » ! Ils trouveront, dans cette puissante association, un abri sûr et une caisse assez solide pour résister victorieusement à d'injustes attaques et ils reformeront ainsi, par le seul fait de leur adhésion au « Sou », un syndicat mieux armé, nouveau genre, dernier cri, analogue au récent syndicat de Saint-Mandé à qui il faut souhaiter beaucoup d'imitateurs. Le temps aussi combattra pour eux en mettant les choses au point, et les évènements inévitables feront voir de quel côté étaient le bon sens, la dignité et la véritable compréhension des intérêts médicaux : ce jour-là, les médecins de l'A. P. seront les premiers à regretter la fondation de leur union et à souhaiter la reconstitution d'un vrai Syndicat !

Puissent-ils, pendant qu'il en est temps encore, ouvrir enfin les yeux et se rendre compte du tort immense qu'ils font au corps médical français tout entier. Par leur opposition aux résolutions du Congrès, ils stérilisent vingt années d'efforts et de luttes, ils rendent possible, à l'administration charmée, la création dans d'autres départements d'organisations analogues dont le développement aurait pour objectif et pour résultat de jeter la division dans le corps médical, et de dresser

l'une contre l'autre deux doctrines inconciliables « Ceci tuera Cela ». L'alternative se pose aujourd'hui avec une force inéluctable.

19 juillet 1908.

Dr V. Gauthier,
Correspondant du *Concours Médical*,
Secrétaire du Syndicat des Médecins de la Nièvre.

Un diplôme qui a du plomb dans l'aile.

Deux assemblées générales du « Concours médical », une Commission d'arbitrage de l'Union des Syndicats médicaux, composée de MM. Gairal, Jeanne, De Grissac, Granjux, le 1er Congrès des praticiens et enfin le groupe des praticiens de la Commission de réforme des études médicales avaient attaqué comme il convient le certificat de médecin sanitaire maritime. On avait eu beau lui attribuer, pour les médecins navigants, des améliorations de situation qui ne firent que *coïncider* avec son apparition ; on avait eu beau *essayer de nous faire croire* qu'il avait été imposé par la Convention internationale de 1903 ; nous avions démontré, avec M. le Dr Lop, l'inexactitude de ces assertions et dit toute notre pensée à ce sujet, à la Commission ministérielle qui s'en montra vivement impressionnée en avril dernier.

Dans la lettre ci-dessous que M. Lop adresse à la *Presse médicale*, notre collaboratrice en cette campagne, nos lecteurs verront qu'un commencement de satisfaction officielle nous est enfin donné.

Le compte rendu du Congrès de Lille leur apprendra, d'autre part, sous peu, que le chaleureux plaidoyer de M. le Dr Bouisson, en faveur de ce certificat, n'a trouvé là d'autre accueil que celui de la courtoisie, qui oblige à entendre le dernier mot de défense d'un condamné.

Praticiens des Congrès, continuons sans relâche notre effort : les résultats sont prochains.

Le certificat de médecin sanitaire maritime. Une victoire.

Monsieur le Rédacteur en chef et cher confrère,

Voulez-vous me permettre d'emprunter la voix autorisée de votre si hospitalière *Presse* pour faire part au corps médical du résultat obtenu contre ledit certificat ?

Le nouveau règlement de police sanitaire maritime, qui vient de paraître en avril dernier, donne au corps médical un commencement de satisfaction à ses droits passablement méconnus par la multiplicité de certificats et diplômes spéciaux.

Le titre III, article 13, du dit règlement, est ainsi rédigé :

« Art. 13. — Tout bâtiment français affecté au service postal ou renfermant, à un moment quelconque de son voyage, plus de cent personnes, équipage et passagers, et qui fait un trajet dont la durée totale, escales comprises, dépasse quarante-huit heures, doit être pourvu d'un service médical.

« Ce service médical est assuré :

« 1° Par un docteur en médecine français (1), dans le cas où le voyage s'effectue entre la France, l'Algérie et la Tunisie sans aucune escale dans un port quelconque de tout autre pays, sauf le cas de relâche forcée. Ce docteur en médecine sera muni d'une autorisation renouvelée chaque année et délivrée par la direction du port de santé où il embarque. La première autorisation est délivrée sur la présentation du diplôme de docteur en médecine, et d'un extrait du casier judiciaire. Ces autorisations sont révocables dans les mêmes conditions que celles où sont supprimées les fonctions ou les commissions de médecins sanitaires maritimes ;

« 2° Par un médecin sanitaire maritime pour les navires remplissant les mêmes conditions de durée de voyage ou de nombre des passagers, mais touchant à des ports étrangers ;

« Par deux docteurs en médecine, dont l'un sera forcément un médecin sanitaire maritime, lorsque le nombre des personnes existant à bord dépasse 1.500. Le médecin sanitaire maritime sera toujours considéré comme chef de service ; dans le cas où les deux médecins seraient médecins sanitaires maritimes, le porteur d'une commission sera chef de service ; si les deux docteurs sont médecins sanitaires maritimes et tous deux commissionnés, la désignation du chef de service appartiendra à l'armement. »

C'est donc un résultat des plus satisfaisants si l'on songe que la majorité des médecins navigants est constituée par ceux des lignes de l'Algérie et de la Tunisie.

Désormais, tout docteur en médecine pourra, après une simple demande, obtenir le libre exercice de sa profession, d'un port français à un autre, Algérie et Tunisie compris.

Ce n'est certainement pas le résultat que j'avais espéré, mais la faute en est, une fois de plus, à l'indifférence du corps médical lorsqu'il s'agit de la défense de ses intérêts. Car, avec le seul appui du *Concours Médical* et de votre *Presse Médicale* qui ont bien voulu hospitaliser les articles consacrés au libre exercice de notre profession sur les navires de commerce français, nous obtenons une victoire que je désirerais encore plus complète, c'est-à-dire la suppression définitive du certificat de médecin sanitaire maritime, certificat sans valeur scientifique, sans garantie, tant pour les médecins que pour les Compagnies.

Ce que je désirerais et que je persiste à vouloir, c'est que tout médecin français honorable ait le droit d'exercer sa profession partout où notre drapeau nous permet de nous considérer en territoire français, ce qui est le cas pour tous nos navires de commerce, qu'ils naviguent dans la Seine ou dans l'Océan Indien.

En effet, le paragraphe 2 de l'article 13 relaté ci-dessus prescrit un médecin sanitaire maritime pour les navires remplissant les mêmes conditions de durée de voyage ou de nombre des passagers, mais touchant un port étranger. Voilà un article passablement bizarre. Désormais, les postaux de Tunis ou d'Oran et de Corse, qui font escale à Tripoli, Tanger et Livourne, devront avoir un médecin sanitaire maritime parce qu'ils restent trois heures dans l'un de ces ports, alors qu'ils passent douze ou quinze jours dans les ports de la Tunisie, de l'Algérie ou de la Corse. Ainsi donc, ce médecin, non sanitaire, excellent dans ces régions, cesse de l'être à Livourne ou à Tanger et le redevient à son retour dans les eaux territoriales, cinq à six heures après ! ! !

En voilà une chinoiserie ! en vertu de quel règlement et de quel accord international, je vous prie ?

D'aucun, je l'affirme : je l'ai prouvé par ailleurs sans avoir été démenti.

Le paragraphe 3 n'est pas moins bizarre :

Il prévoit, avec juste raison, deux médecins lorsque le nombre des passagers atteindra 1.500, chiffre que je trouve déjà excessif, car avec 1.000 passagers à bord, c'est déjà une bien lourde responsabilité pour un seul médecin. Mais pour quelle nécessité exiger que l'un de ces médecins soit médecin sanitaire maritime et que, de par son diplôme, il soit chef du service médical à bord de ce navire ? Quelle supériorité donne le certificat au titulaire ? Médica-

---

(1) Le règlement de 1896, contre lequel je n'ai jamais cessé de protester, exigeait un docteur en médecine pourvu du diplôme de médecin sanitaire.

lement aucune. C'est pourtant la seule qui pourrait être mise en avant, s'il n'était pas démontré la puérilité dudit examen.

Dans ces conditions, voilà un tout jeune confrère, sa thèse à peine passée, n'ayant jamais mis le pied sur un navire, qui va se voir, grâce à son certificat, bombardé du jour au lendemain chef de service d'un confrère plus âgé, plus instruit peut-être que lui, et rompu à la navigation !

Je me plais à croire qu'à l'un des prochains Congrès des praticiens on reprendra cette question des diplômes spéciaux, et qu'on étudiera les moyens de faire disparaître une inégalité aussi choquante et pour le moins aussi inutile.

Veuillez agréer, Monsieur le Rédacteur en chef et cher confrère, l'assurance de mes meilleurs sentiments. Dr Lop.

Professeur à l'Ecole de Médecine de Marseille,
chef du service médical
à la Cie de Navigation Mixte.

PETITE CHRONIQUE DE L'ÉTRANGER

En Hongrie

Médecins cantonaux. — Médecins communaux. Une addition faite, en date du 26 mai 1908, à la loi sanitaire, améliore notablement la situation des médecins cantonaux et des médecins communaux ainsi que celle des accoucheuses ; elle leur permet aussi d'occuper un certain nombre de postes, jusqu'alors demeurés vacants.

Chaque ville, chaque commune d'au moins 5.000 âmes, doit nommer un médecin de ville ou de commune. Exception peut être faite pour les communes qui appartenaient déjà à la zone d'un médecin cantonal. Le ministre de l'Intérieur peut autoriser une commune à nommer plusieurs médecins ; en ce cas l'un d'eux est désigné comme directeur. Les communes de moins de 5.000 âmes sont groupées pour être desservies par un médecin cantonal ; néanmoins chacune d'elles peut être autorisée à nommer un médecin. Tous les médecins sont nommés pour la vie.

Ne peuvent être choisis que des médecins d'origine hongroise, sachant lire et parler la langue hongroise, en possession d'un diplôme de médecin-praticien, valable sur le territoire hongrois. En outre, on exige d'eux la connaissance de la langue utilisée par la majorité de la population qu'ils desservent.

Les médecins cantonaux, communaux, directeurs (quand il a y plusieurs médecins), reçoivent des appointements fixes de 1.600 couronnes ; les autres reçoivent 1.400 c. Si, jusqu'alors, un médecin avait de plus grands appointements, la différence lui est en supplément versée au titre de la retraite. Pareils suppléments pourront aussi être ultérieurement attribués aux médecins dans certaines communes. De plus, les médecins ont droit à quatre suppléments d'âge, de 200 c. chacun, comptés à partir du jour où la loi entrera en vigueur. Si les circonstances l'exigent, le ministre de l'Intérieur peut accorder un supplément de 1.200 couronnes par an au maximum ; si celui-ci ne suffit pas, il est cependant susceptible d'être augmenté.

En outre, les médecins ont droit au logement en nature, et à l' « argent de quartier ».

Les honoraires médicaux sont fixés par des statuts ; ils ne peuvent être inférieurs à 1 couronne pour le jour, à 2 couronnes pour la nuit. Pour les enfants au-dessous de sept ans, il y a demi-tarif.

Chaque année, le médecin obtient un congé de trois semaines, pendant lequel la municipalité pourvoit à son remplacement.

Le Ministre de l'Intérieur est tenu de créer, d'ici un an, une caisse de retraites pour les médecins cantonaux et communaux. Jusque-là, les veuves et orphelins de médecins, morts de maladies infecto-contagieuses reçoivent les secours nécessaires.

Accoucheuses. — Chaque ville ou commune est tenue de nommer au moins une accoucheuse diplômée, qui sera payée par la ville ou la commune. Les appointements ne pourront être inférieurs à 60 c. pour les localités de moins de 500 âmes, à 240 c. pour les villes supérieures à 1.500 âmes.

Le ministre de l'Intérieur peut accorder une indemnité locale de 100 c. au maximum, il peut forcer les accoucheuses communales à suivre des cours de perfectionnement.

Ces dispositions entreront en vigueur le 1er septembre 1908.

En Suisse

Les deux nouveaux projets de loi pour l'*assurance-maladie et accidents de la confédération helvétique* vont être remis en discussion dans le courant de cette année.

La loi sur les caisses-maladie repose sur une subvention que versera la Confédération aux caisses volontaires, qui fonctionnent à l'heure actuelle ; toutefois ces caisses accepteront un minimum de charges, si elles veulent avoir droit à la subvention. Chaque année, il sera donc imposé à la Confédération plusieurs millions de charges subventionnelles.

Mais cette loi ne sera qu'une œuvre incomplète puisque l'obligation de s'assurer n'existera pas, et que les éléments, tels que les manouvriers etc., qui auront le plus besoin de l'assurance, s'abstiendront.

Cependant, les conditions actuelles du régime politique en Suisse ne permettent pas d'espérer une solution plus complète du problème de l'assurance. Dans cet Etat démocratique, en effet, se fait souvent sentir le manque de l'avis décisif d'un gouvernement puissant qui viendrait servir de juste contrepoids aux tendances égoïstes des classes populaires ; ou s'il existe, il néglige souvent de faire percer ses idées. C'est ainsi que l'on voit s'élaborer de grandes œuvres grâce à de larges concessions faites aux divers partis, aux diverses régions d'opinion différentes, et qu'on les voit aussi sombrer pour les mêmes causes.

Très grandes encore sont les divergences en ce qui concerne l'organisation d'une assurance-accidents ; il en est tout particulièrement ainsi pour la proposition faite par le Conseil Fédéral d'admettre dans l'assurance les accidents survenus en dehors de l'exercice professionnel. D'autre part, les patrons considèrent comme une grande faute et combattent énergiquement le projet de création d'une seule et unique société fédérale d'assurances, à l'exclusion de toute autre Société privée.

En Autriche-Hongrie

Le Ministre de l'Intérieur a donné des Instructions aux autorités administratives pour que l'*assurance des familles*, soit rendue possible auprès des caisses-maladie de districts.

Ces caisses pourront par leurs statuts rendre obligatoire pour tous leurs adhérents l'assurance des familles (traitement médical, médicaments, éventuellement secours funéraire). Pour ceux qui sont tenus à l'obligation de s'assurer aucune cotisation spéciale ne sera versée.

Les caisses-maladie des districts pourront aussi

faire l'assurance volontaire des familles ; mais dans ces conditions des cotisations spéciales seront dues.

Ces dispositions sont excellentes au point de vue social et hygiénique, quoiqu'elles soient contraires aux prescriptions de la loi sur les assurances-maladie, et même au projet de réforme de cette loi.

TRIBUNE DES CORRESPONDANTS

Le docteur Elosu et « L'amour infécond » en Appel.

15 juillet 1908.

Je commence par dire que je n'ai pas lu la brochure de notre confrère.

Je sais simplement qu'il a comparu le 1er juin 1908 devant le tribunal correctionnel de Bayonne, et que, poursuivi pour outrages aux bonnes mœurs, ayant donné, disait l'accusation, des Conseils dans le but de faciliter les actes de sensualité ou la disparition des grossesses, il a été condamné, si je ne me trompe, de ce fait, à 5 mois de prison, 2000 fr. d'amende, la brochure ayant été saisie dès sa mise en vente.

J'ignore également les termes de la déclaration que le Dr Elosu a présentée pour sa défense.

Mais comme le procès a déjà eu un grand retentissement tant à cause du titre suggestif de la brochure et du sujet qu'elle traite que de l'énorme sévérité de la condamnation, comme surtout il s'agit d'un confrère, j'ai cru devoir me permettre, sous ma responsabilité personnelle, d'épiloguer sur cette affaire qui va prendre plus d'ampleur et avoir plus de retentissement du fait de son appel devant la Cour de Pau, et de la présence au banc de la défense de Me Wilm, du barreau de Paris.

Pour la juger d'une façon sereine et juste, il faut d'abord nous dégager des contingences familiales et mondaines, des attaches morales ancestrales, des préjugés séculaires, de toute pudeur atavique ; puis interroger la conscience de notre confrère, sonder son âme et son cerveau, voir quelles suggestions peut-être à demi conscientes l'ont poussé à faire une doctrine ou scientifique ou philosophique ou sociale ou simplement l'apologie de faits qui sont considérés les uns comme devant rester des secrets d'alcôve, les autres comme des crimes ; qu'a fait notre confrère?

Il a, di l'accusation, donné des conseils pour faciliter les actes de sensualité ou la disparition des grossesses.

Aussi, après Sapho qui chanta en des vers immortels l'amour infécond, et professa, pratiqua même, dit-on, une méthode d'amour que l'histoire a appelée lesbienne, crime qu'Eros, plus terrible que les hommes, lui fit expier par la mort ; après Malthus qui préconisa l'amour infécond comme le seul remède à la misère humaine, à la pauvreté, et fut également poursuivi et condamné, voici l'amour infécond du confrère Elosu, source de sensualité continue par suppression des grossesses.

J'avoue que le Tribunal a été particulièrement sévère à son égard.

Mais je suppose bien que ce n'est pas l'apologie de la volupté que le tribunal a visée par sa condamnation, mais la méthode conseillée pour réaliser cette volupté.

Que la maternité et la volupté soient exclusives l'une de l'autre, je le concède.

N'y a-t-il donc qu'à supprimer la maternité pour avoir la volupté, toute la volupté, et peut-on le conseiller ?

Certes, faire l'amour en toute saison, avec toute femme, librement, chair à chair, sans voiles, ni contrainte, ni dangers, sans aucun de ces expédients qui gênent les libres épanchements, les corps à corps intimes, et par cela même restreignent, annihilent parfois la volupté, et quand la grossesse, si redoutée à l'heure actuelle, est réalisée, la supprimer scientifiquement, ex ovo, sans dangers, de façon à garder une virginité de surface quand on est jeune fille, la splendeur de ses formes quand on est femme mariée, c'est là vraiment pour les adorateurs de la chair, les buveurs de sensualités, un idéal qui serait très vite recherché s'il était admis.

Peut-il être admis ? Non.

Le Tribunal a donc eu raison de condamner sévèrement le Dr Elosu ? Je ne le crois pas.

C'est maintenant le moment d'interroger la conscience de notre confrère et surtout de rechercher la suggestion consciente ou inconsciente qui l'a poussé à écrire sa brochure.

Qu'a vu le Dr Elosu ?

Sans doute ce que j'ai vu moi-même.

Et d'abord des faits comme celui-ci :

Il y a 5 ou 6 ans, je fus consulté par une jeune fille.

« Vous êtes enceinte, lui dis-je.

— C'est-ce que je voulais savoir. Et maintenant guérissez-moi.

— Impossible : je crains Dieu et les gendarmes.

— Je vais donc m'adresser ailleurs. Il ne faut pas que je sois enceinte, car je me marie, et avec quelqu'un qui n'est pas le père de mon enfant. »

?

« Je la revis trois mois après :

« C'est fait, me dit-elle, et je me marie dans un mois.

— Tous mes vœux vous accompagnent. »

Puis des faits nombreux de jeunes filles pauvres opérées par des mains inhabiles ou inexpérimentées, à l'aide de procédés qui entraînaient ici la mort, là des accidents graves, des infirmités longues et parfois incurables.

Il a vu la 4e page des journaux remplie de procédés infaillibles dans *tous* les cas de suppression ou de retard des règles, et cette facilité, cette abondance de procédés ou de médications à la portée de tous, achevant la séduction et conduisant à la prostitution.

Et appréciant ces faits, il a raisonné ainsi :

Là, l'honneur, la vie, la santé, la liberté, tout est sauf à peu près constamment avec de l'argent. Ici, tout est en péril parce que faute d'avoir la forte somme on est obligé de tout confier : honneur, vie, santé, liberté au premier venu, de se fier au hasard. Et puis, pourquoi ne dit-on pas les choses comme elles sont, puisqu'on les tolère sous le voile des mots.

Bas les masques.

Assez de préjugés, de mensonges, d'hypocrisie.

Voilà la vie, voilà la réalité !

Voici la vérité, la vérité scientifique.

Je la sors du puits et je la rends accessible à tous : je l'offre à tous : c'est deux francs, moins cher que l'amour lui-même.

Si c'est là le geste qu'a fait le Dr Elosu, il témoigne d'un rare courage.

L'aréopage l'eût acquitté.

L'affaire vient en appel la semaine prochaine.

Je tâcherai d'y assister.

Sentiments dévoués et confraternels.

Dr GUICHAMANS.

REPORTAGE MÉDICAL

L'expertise médicale à New-York. — Un progrès important vient d'être réalisé à propos de la *Réglementation de l'expertise médicale* dans l'Etat de New-York. De grandes difficultés surgissent à ce point de vue dans la procédure civile et criminelle dans tous les Etats-Unis. Chaque partie peut nommer ses propres experts en nombre illimité, aussi est-il arrivé que chacune d'elles avait convoqué une douzaine d'experts ; souvent ceux-ci émettaient chacun un avis différent, et la chose n'était pas sans jeter aux yeux du peuple un discrédit sur la profession médicale et sur la science de la médecine.

La Société médicale de l'Etat de New-York, d'accord avec les juristes les plus éminents, vient d'élaborer un projet de loi, qui sera prochainement discuté par les légiférants. Celui-ci spécifie qu'une commission composée de membres de la Société de Médecine, dressera une liste de tous les médecins de l'Etat qui ont un bon renom et qui pratiquent depuis 7 années au moins. C'est dans cette liste que le juge devra, pour chaque affaire, choisir un ou plusieurs experts. L'expertise ne sera pas payée moins de 180 francs ; le premier jour de présence au tribunal sera rétribué au prix de 180 francs (mininum) chaque jour suivant au prix de 375 francs.

Il y a tout lieu de supposer que le projet de loi sera accepté.

Ecole et ateliers pour blessés du travail. — A Charleroi vient d'être créée une *Ecole provinciale d'apprentissage et des Ateliers pour estropiés et accidentés.* Cette institution est destinée : 1° à apprendre aux estropiés un métier en rapport avec leur mutilation ; 2° à procurer à ceux qui sont incapables d'apprendre un métier du travail leur permettant de gagner leur vie.

L'*Ecole* comprendra cinq sections pour employés-comptables, apprentis tailleurs, bourreliers-selliers, cordonniers et relieurs.

Les *Ateliers* créés actuellement sont ceux de reliure et de cartonnage, de brosserie, de vannerie et de fabrication des tapis d'alfa et de jonc. D'autres ateliers seront ouverts ultérieurement.

Tous les accidentés ou estropiés de naissance pourront suivre les cours ou être occupés dans les ateliers, quelle que soit leur mutilation ou incapacité, pourvu qu'ils soient Belges et habitant le Hainaut depuis six mois et qu'ils aient au moins douze ans pour l'école et quatorze ans pour l'atelier.

La journée de travail sera de huit heures : de 8 à 12 et de 1 à 5 heures.

(*Revue Internationale de Médecine et de Chirurgie*).

IIIe Congrès international de l'Assistance des aliénés. — Le Congrès se tiendra du 7 au 11 octobre 1908 à Vienne.

Il embrassera toutes les questions de l'assistance des aliénés ; donc il ne s'agira pas seulement des thèmes d'un intérêt purement médical, mais aussi les personnalités de la juridiction, les ingénieurs, les employés et les pédagogues sont priés d'y prendre part.

Le Comité central d'organisation a proposé les thèmes généraux suivants et déjà acquis les rapporteurs suivants :

I. « *De l'état actuel de l'assistance des aliénés dans les différents pays* ». Rapp. général : Bresler-Lublinitz. — Dr Buchholz : « Sur l'assistance des aliénés à Hambourg ». — J. Deventer (Amsterdam) : « Assistance des aliénés criminels et dangereux ». M. Lemos, J. Mattos (Porto) : « L'assistance des aliénés en Portugal ». — J. Moreira (Rio de Janeiro) : « Sur le type le plus convenable d'assistance pour les aliénés des pays chauds. » — Starlinger (Mauer-Oehling), directeur : « Etudes sur le budget des asiles d'aliénés de la Basse-Autriche. » — Rixen (Breslau), méd. chef : « Assistance des détenus criminels, devenus aliénés ».

II. *Assistance médicale des aliénés.* — Vos (Amsterdam) : « Récompense de travail dans les asiles d'aliénés. » — Pilcz (Vienne) : « Essais thérapeutiques modernes dans la psychiatrie. » — Holub (Vienne) : Thème sera publié plus tard.

III. *Assistance des aliénés et progrès dans la technique.* Rapp. Berger (Vienne). Thème sera publié plus tard. — Dr Herting (Galkhausen) : « Progrès dans la technique des établissements pour les aliénés. »

IV. *Assistance des aliénés et administration.* Rapp. : Géreényi (Vienne).

V. *Assistance des aliénés et assurance.* Rapp. : Regierungsrat — Dr Kögler (Vienne). Privatdozent Fuchs (Vienne).

VI. *La législation concernant les aliénés dans les différents pays.* Rapp. généraux : Mongeri et Alfonso Milan).

Aschaffenburg (Cologne), Stransky (Vienne) : « Expertise médico-légale et jury-laïque ».

VII. *Assistance des idiots, épileptiques et dégénérés* (Minderwertige »). Rapp. : Schiner (Vienne), - Weygandt (Würzburg).

VIII. *Rapport du Comité international sur la proposition du Dr Frank (Zurich), de fonder un institut international ayant pour but d'étudier et de combattre les causes des maladies mentales.*

IX. *Assistance des aliénés dans les armées.* Rapp. : Drastich, médecin-maj. (Vienne) : « Assistance des aliénés en guerre ».

Comme dans les deux Congrès précédents, en dehors des séances scientifiques, une série d'excursions est projetée (pour visiter les diverses institutions, surtout le nouvel asile provincial de Vienne « Am Steinhof », institut le plus moderne et le plus vaste en Europe, et l'asile de Mauer-Oehling) ; le département de la Moravie a invité les membres du Congrès à visiter les asiles d'aliénés de la Moravie ; le buste de v. Krafft-Ebing sera inauguré solennellement dans l'université ; il y aura des festivités, etc., etc.

Le programme détaillé, concernant les séances, les fêtes, le règlement du Congrès, la question des logements, etc. sera publié à juste temps.

Les déclarations des rapports doivent être adressées jusqu'au premier juin 1908, les déclarations d'adhésions jusqu'au premier septembre 1908 au secrétaire général Professeur Dr Alexandre Pilcz, Vienne, XIII, /12. Le prix de cotisation (20 cour. pour les membres, 10 cour. pour les dames de la famille) doit être adressé au secrétaire trésorier Dr Max Dobrschansky, Vienne, XIII /12.

La Mutuelle de Saumur. — Nous rappelons à nos lecteurs la *Mutuelle Médicale Française de Retraites*, œuvre purement philanthropique fondée par le Syndicat Médical de l'Arrondissement de Saumur, approuvée par arrêté Ministériel du 10 Mai 1900, patronnée par l'Association des Médecins de Maine-et-Loire.

Elle s'étend à tous les Médecins de France et à leurs femmes, et est destinée à donner à ses adhérents une retraite de droit et non de faveur, soit entière (après 50 ans d'âge et 20 ans de participation), soit proportionnelle (après 5 ans de participation) — dans tous les cas, la pratique médicale étant abandonnée, — pour une cotisation annuelle de 60 francs.

Au 1er juin dernier, le nombre des Sociétaires (hommes et femmes), s'élevait à 339, l'avoir social à 104871 fr. 23

La veuve d'un Sociétaire (y ayant droit) est retraitée à 375 fr. pour l'année 1908, et un Sociétaire infirme à 450 fr.

S'adresser au Secrétaire, Dr Terrien, à Varennes-sur-Loire, pour tous renseignements.

Le Directeur-Gérant : **Dr H. JEANNE.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Freres et THIRON 3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales

Trentième année N° 31 Dimanche 2 AOUT 1908

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

IIE ASSEMBLÉE NATIONALE DES PRATICIENS DE FRANCE
CONGRÈS DE LILLE

Compte rendu sommaire

(*sous réserve de détails qui seront mis au point dans le « Compte rendu sténographique* ») (1).

Le deuxième Congrès des Praticiens de France s'est réuni à Lille les 25, 26, 27 et 28 juin 1908.

10.000 Médecins et 1,100 Etudiants en médecine y étaient représentés régulièrement par 200 *délégués*.

Près de 1.600 médecins avaient cotisé à *titre individuel* en qualité de *congressistes*. (Les noms seront publiés dans le volume du « Compte rendu des Séances » qui paraîtra très prochainement.)

600 confrères ont fait acte de présence effective aux diverses séances du Congrès.

SÉANCE D'INAUGURATION (25 *juin*).

La séance est ouverte à 2 heures et demie dans la Grande salle de la Société industrielle.

M. Bigo-Danel, président d'honneur du Comité de patronage local, prononce une allocution dans laquelle il rappelle l'utilité de former des commissions mixtes comprenant des médecins, des assureurs, des industriels et des mutualistes pour résoudre les conflits qui peuvent se présenter.

Le Docteur Dubuisson, Député du Finistère, Président du Comité de Vigilance, prend la parole. Il fait allusion aux campagnes menées récemment contre le corps médical et en particulier à celle qui a eu lieu au sujet des médecins-experts.

Le Docteur Coppens, de Lille, Président du comité d'organisation, remercie les congressistes venus au Congrès de tous les points de la France. Il déclare que l'expérience a démontré qu'à la justice de leur cause, les praticiens devaient ajouter la force résultant de leur groupement et de leur organisation professionnelle.

Le bureau définitif est constitué comme suit :

Présidents d'honneur : MM. les Docteurs Dubuisson, Coppens, Olivier, Reymond, Sénateur de la Loire.

Président du Congrès : M. le Docteur Gairal.

Vice-présidents : MM. les docteurs Caudre-

(1) Le prix de ce volume, qui sera des plus intéressants, sera d'environ 3 francs (frais d'envoi non compris).

LIER, DECLERCQ, LAMBIN, JEANNE, LANDE, MONPROFIT, MOTAIS, COSSE ;

Secrétaire-général : M. le Docteur AUBERT.

M. le Docteur GAIRAL remercie le Congrès de l'avoir élu à titre de Président de l'Union des Syndicats médicaux, de cette union qui fait la force du corps médical et qui nous permettra de faire triompher nos revendications.

M. LE PRÉSIDENT donne connaissance des lettres d'excuses du Maire de Lille, représenté par M. BINAULT, Adjoint, de MM. les Docteurs DOYEN, HUCHARD, REYMOND, FOVEAU DE COURMELLES et SIROT.

M. LEREDDE, de Paris, prend la parole et expose le rapport de la Sous-Commission d'Enseignement du Comité de Vigilance. Il rappelle les décisions de celle-ci, d'accord avec le premier Congrès des Praticiens.

« L'hôpital, centre d'enseignement, enseignement technique, suppression de l'agrégation et privat-docentisme, autonomie des Facultés et Ecoles de médecine ».

Il déclare que la commission a été guidée dans tous ses actes par l'intérêt des étudiants et par la volonté de faire disparaître tout esprit de corps et de caste dans le corps médical, il fait appel aux maîtres des Ecoles pour prendre la tête de mouvement de réformes.

M. COSSE, de Tours, prend la parole au nom de la Sous-Commission du libre choix et expose les revendications de celle-ci.

M. QUIDET, de Paris, Trésorier du Comité de Vigilance, donne connaissance de son rapport financier qui est approuvé par le Congrès.

M. BOUDIN, d'Oyonnax, soulève la question de l'enseignement déontologique dans les Ecoles et Facultés de médecine. Une discussion s'engage entre de nombreux membres du Congrès.

M. LANDE, de Bordeaux, déclare que l'enseignement de la déontologie existe déjà dans certaines écoles.

Le Congrès, reprenant la rédaction adoptée l'année dernière à laquelle il fait une petite adjonction, émet le vœu « que toutes les Facultés de Médecine organisent en fin d'études un enseignement d'exercice professionnel et de déontologie, d'accord avec les Syndicats médicaux, sanctionné par un interrogatoire le jour de la thèse ».

Le Congrès, sur la proposition de M. BOUDIN, émet le vœu suivant :

« Les Facultés ne devraient être autorisées à laisser afficher des offres de postes médicaux qu'autant que les renseignements précis auraient été fournis sur le poste par le Syndicat de la région intéressée ».

M. AUBERT, secrétaire général du Congrès, résume son rapport dont les conclusions sont adoptées.

M. MOTAIS, d'Angers, soulève la question de l'admission des malades non indigents dans les hôpitaux.

Après une longue discussion, le Congrès confirme les vœux du Premier Congrès et déclare que les médecins n'ont pas à faire de transaction sur ces questions, il admet le vœu suivant :

« Les hôpitaux étant fondés pour les indigents doivent être exclusivement affectés aux indigents, sauf en cas d'urgence et à titre provisoire. »

La séance est levée à 5 h. 50 du soir.

1re SÉANCE DU VENDREDI 26 JUIN

(*Matin*).

La séance est ouverte à 9 h. 20 sous la présidence de M. GAIRAL.

M. GASSOT, de Chevilly, expose les travaux de la Commission ministérielle de réforme et se félicite des concessions faites aux praticiens.

M. SURMONT, de Lille, expose les travaux de la Commission nommée par le Syndicat de Lille. Le point essentiel du rapport de M. SURMONT est la nécessité qu'il y a à ne laisser l'étudiant pénétrer à l'hôpital qu'après avoir fait des études anatomiques, histologiques et physiologiques.

M. DURET, de Lille, approuve dans son ensemble le rapport de M. SURMONT.

M. SOREL, de Dijon, déclare que la question essentielle sur laquelle le Congrès doit délibérer ce matin est la question de la suppression de l'agrégation déjà votée par le premier Congrès. M. SOREL s'oppose à tout titre d'Etat et déclare que la sélection des professeurs ne doit se faire que par l'enseignement lui-même et au cours de cet enseignement sans aucun concours qui isole des autres ceux qui enseignent.

M. SICARD, de Paris, appuie le système des diplômes en ce qui concerne le recrutement des médecins légistes.

M. LEREDDE, de Paris, appuie l'opinion émise par M. SOREL, il déclare que le système des concours est un système démoralisant pour les étudiants dès le début de leurs études et rappelle que jamais aucune attaque personnelle n'a été faite depuis le début du mouvement de réforme contre une personne quelconque, mais que le système administratif est mauvais et doit être supprimé de manière définitive ; il rappelle que l'échec de M. DURET à l'agrégation en 1883 a été un scandale public après beaucoup d'autres.

M. BOUISSON, de Marseille, défend les certificats de médecin sanitaire maritime.

M. DELPEUT, de Rambouillet, réclame un concours à l'entrée des études médicales.

M. LE FUR, de Paris, appuie la proposition de M. SOREL et de M. LEREDDE et déclare que le Congrès a à choisir entre le système administratif et le système des Facultés autonomes.

M. MENCIÈRE, de Reims, appuie la suppression de l'agrégation sous cette réserve : « Laisser marcher de pair « Agrégation » et « Privat-Docentisme », l'institution vraiment bonne devant, à l'expérience, faire disparaître l'autre. »

M. NUYTS, de Roubaix, demande que l'art dentaire soit réservé aux médecins et que la stomatologie soit enseignée aux étudiants en médecine.

M. LEMOINE, de Lille, s'élève contre l'immoralité profonde du système des concours. Il déclare également que l'institution du décanat doit être transformée pour éviter la formation des partis dans le corps enseignant. Il demande le renouvellement annuel du doyen dont le rôle serait purement administratif.

M. OUI, de Lille, demande que la période des études prépathologiques dure un an et non 18 mois.

M. DUFOUR, de Marseille, combat les opinions de M. SICARD sur le diplôme de médecin légiste. Il réclame la suppression des diplômes spéciaux.

M. TOURTOURAT, de Paris, appuie les opinions de M. DELPEUT.

M. MOTAIS, d'Angers, se rallie à la suppression de l'agrégation en admettant le principe des concours.

A la majorité, le Congrès adopte le vœu suivant de M. COPPENS :

« Le deuxième Congrès des Praticiens de France, réuni à Lille, le 26 juin 1908 ,

Considérant, d'une part :

1° Que le Congrès de Paris a condamné tous les certificats ou diplômes spéciaux ;

2° Que rouvrir la discussion sur ce point serait diminuer la portée d'un acte qui doit être *définitif.*

Considérant d'autre part :

1° Que le « Certificat d'Etudes Médicales Supérieures » est maintenu sous le titre : « Admissibilité à l'Agrégation » et les « Diplômes spéciaux » sous la dénomination : « Titres Universitaires »;

2° Qu'il y a lieu d'élever à nouveau une protestation énergique au nom de toute la France médicale,

Décide :

Toutes mesures nécessaires seront prises pour que satisfaction légitime soit accordée, pleine et entière ».

Le Président met aux voix les conclusions du rapport de M. Surmont, qui sont adoptées à l'unanimité.

« Le Congrès des Praticiens réuni à Lille, le 26 juin 1908, émet le vœu :

1° Que la réforme des études médicales soit au plus tôt réalisée dans le sens indiqué par le rapport qui lui est soumis :

2° Le Congrès émet le vœu que la policlinique médicale et la policlinique chirurgicale soient ajoutées à la liste des cliniques spéciales avec stage obligatoire ;

3° Le Congrès émet le vœu qu'il soit créé dans les Facultés un cours de thérapeutique des maladies par les agents physiques ;

4° Le Congrès émet le vœu que l'enseignement de l'anatomie soit complété par des démonstrations sur l'homme vivant ; celui de la physiologie par l'étude des procédés cliniques d'exploration appliqués à l'individu sain ;

5° Le Congrès émet le vœu que l'étudiant en médecine ne soit envoyé à l'hôpital qu'après y avoir été préparé par l'étude complète et pratique de l'anatomie, de la physiologie, de l'histologie, de la physique et de la chimie médicale, ainsi qu'il a été spécifié dans le cours du rapport ;

6° Le Congrès émet le vœu que les médecins, membres du Parlement, veuillent bien prendre en mains la défense auprès des pouvoirs publics de la réforme des Etudes médicales préconisée dans ce rapport ».

Le vœu suivant, présenté par M. Nuyts, au nom des stomatologistes, est également adopté en adjonction au 3° :

« 1° Obligation des études médicales complètes pour l'exercice de l'art dentaire, de la stomatologie ;

2° Enseignement de la stomatologie dans toutes les Facultés au même titre que les autres spécialités ;

3° Réorganisation des services hospitaliers de stomatologie, sous la direction de médecins spécialistes et enseignement pratique de la stomatologie ».

Enfin, le Congrès, sur la proposition de MM. Sorel, Leredde et Le Fur émet le vœu suivant:

« Le deuxième Congrès des Praticiens maintient les décisions du premier Congrès de Paris, c'est-à-dire :

1° La suppression des titres spéciaux :

2° La suppression de l'agrégation. »

Les autres vœux présentés sont renvoyés à la séance de l'après-midi.

La séance est levée à midi et quart.

2e SÉANCE DU VENDREDI 26 JUIN

(*Après-midi.*)

La séance est ouverte à 2 heures et demie sous la présidence de M. Gairal

M. Regnault, de Sèvres, expose les résultats de son enquête sur l'enseignement clinique en province.

Les vœux suivants sont adoptés :

« 1° Les externes et les stagiaires doivent collaborer au service de garde avec les internes.

2° L'enseignement de la bactériologie pratique et de l'anatomie pathologique doit se faire à l'hôpital au moyen d'un laboratoire central, sous les ordres d'un chef ;

3° Il conviendrait de demander que l'on favorise par tous les moyens possibles des cours libres dans nos Facultés et Ecoles, même dans le cas où ces cours libres feraient concurrence aux chaires officielles ».

M. Lafontaine, de l'Association Corporative des Etudiants en Médecine de Paris, expose les grandes lignes de son rapport sur l'hôpital centre de l'enseignement. Il a étudié complètement l'organisation possible de l'enseignement technique et pratique dans les hôpitaux de Paris. Tous les élèves doivent remplir le rôle actif spécifié par le premier Congrès des praticiens. Le stagiaire doit disparaître. Les élèves doivent être répartis en petits groupes dans les services, rendant service aux malades par le travail fait en commun avec le chef de service. La création de moniteurs ou d'assistants est indispensable. En somme, l'organisation doit se rapprocher de celle des services d'accouchement tels qu'ils fonctionnent à l'heure actuelle. A la conception actuelle de la Faculté monument, il faut opposer la conception du premier Congrès des Praticiens, la Faculté décentralisée étant partout où il y a des matériaux d'enseignement.

Le Congrès émet le vœu suivant :

« Que tout hôpital public ou privé, *toute clinique* importante devienne centre d'enseignement ».

M. Maire, de Vichy, prend la parole sur le recrutement du personnel des hôpitaux à l'étranger et en France et demande la nomination des médecins et des chirurgiens des hôpitaux sans concours par une Commission administrative.

M. Rachet, de Honfleur, et M. Sorel proposent un amendement auquel le rapporteur se rallie, d'après lequel ces médecins seraient nommés par un concours sur titres après avoir été présentés par des délégués des groupements médicaux de la région.

Les amendements suivants sont adoptés :

« 1° Dans les grandes villes où un concours est possible, la nomination des médecins des hôpitaux ne pourra avoir lieu qu'à la suite d'un concours dont les conditions scientifiques et morales restent à déterminer par le futur Comité de Vigilance ;

2° Dans les petites villes, le service des médecins d'hôpital sera assuré par les médecins de la ville par roulement, après un stage de trois ans et sous le contrôle des organisations médicales. »

« 1° Révision de la loi concernant la nomination des médecins praticiens des hôpitaux de Province.

2° Nomination faite après la présentation des candidatures aux fonctions administratives par les groupements professionnels auprès des pouvoirs publics. »

Les conclusions du rapport de M. Maire étant contradictoires aux amendements ci-dessus adoptés, ne sont pas mises aux voix.

M. Le Fur, expose son rapport sur l'autonomie des Facultés et Ecoles de Médecine. Il déclare qu'aucune des réformes votées par le Congrès des Praticiens de l'année dernière et celui de cette année n'est possible sans la liberté administrative des Ecoles. Les Ecoles doivent avoir l'autonomie budgétaire et disposer de leurs fonds ; elles

doivent organiser, sous la pression de l'opinion médicale, l'enseignement technique qui n'existe pas à l'heure actuelle. Il expose que le système de l'autonomie existe dans tous les pays du monde, sauf en France. M. Leygues, lui-même, l'ancien Ministre, s'est rallié au système d'autonomie des Universités rivales et indépendantes les unes des autres.

M. OUI, de Lille, prend la parole et déclare que les Facultés jouissent d'une liberté qui est même trop grande sur certains points à l'heure actuelle. Elles ont besoin d'une direction et d'une autorité plus grandes. Il conteste certains points du rapport de M. LE FUR.

M. JEANNE présente quelques observations sur la situation financière.

M. SOREL fait observer à M. OUI que si les Facultés jouissent de la liberté dont il prétend qu'elles sont pourvues à l'heure actuelle, elles auraient dû, depuis longtemps, faire les réformes qu'à l'heure actuelle elles réclament.

M. LEREDDE déclare que les Ecoles actuelles ne sont pas des Ecoles professionnelles : elles ne peuvent le devenir qu'à la condition d'avoir l'autonomie.

M. LAFONTAINE dit que si les Facultés avaient l'autonomie, toutes les réformes devraient être accomplies depuis longtemps.

M. LEREDDE répond à M. OUI et fait observer que les Facultés ne trouvent pas d'argent autour d'elles parce qu'elles ne sont pas des personnes morales.

M. LE FUR réfute les assertions de M. OUI.

Les conclusions du rapport de M. LE FUR sont adoptées comme suit :

« Le Congrès des Praticiens de Lille :

Convaincu que l'exécution des réformes de l'Enseignement Médical réclamées par le premier Congrès et la Commission permanente et en particulier l'organisation d'un enseignement pratique et technique, à la fois professionnel et scientifique, *nécessaire à tout étudiant en médecine sans exception*, exigent l'autonomie et la liberté des Facultés et Ecoles de Médecine,

Se rallie au principe de l'autonomie sous les garanties de contrôle de l'Etat et du Corps médical indiquées dans le rapport qui lui a été soumis,

Approuve le projet de loi présenté aux Chambres,

Fait appel aux organismes professionnels, aux Syndicats médicaux, à la Presse médicale, et aux Maîtres de nos Ecoles pour appuyer ce projet et en assurer le succès prochain, dans l'intérêt des Etudiants en médecine et de l'enseignement médical en France. »

La séance est levée à 6 h. 45.

1re SÉANCE DU SAMEDI 27 JUIN (*Matin.*)

La séance est ouverte à 9 h. 25 sous la présidence de M. GAIRAL.

Les docteurs LEMIERE, de Lille, et BOUDIN exposent leur rapport sur le libre choix pour les assistés.

M. AUSSET, de Lille, déclare qu'on veut refuser le libre choix dans une intention politique. Il convient, selon lui, de faire une progagande active auprès des assistés qui sont des électeurs, mais il faut toujours rester en dehors des luttes politiques.

M. LAGACHE, de Tourcoing, prétend, au contraire, que le libre choix favoriserait des intérêts politiques. Il cite à l'appui de ses dires une circulaire de l'Association médicale française.

M. LE FUR répond que l'Association médicale française n'existe plus depuis deux ans.

Après une discussion à laquelle prennent part MM. ACHERAY, LABADY, GUILLEMONAT, DARQUIER, NOIR, DUBOST, DECOURT et BOMBART, le Congrès admet les conclusions suivantes du rapport :

« Le deuxième Congrès des praticiens de France, réuni à Lille, du 25 au 28 juin 1908.

« Considérant que tous les médecins ayant subi les mêmes examens, possédant le même diplôme, supportant les mêmes charges, doivent avoir accès aux fonctions de médecin de l'assistance ;

« Considérant que l'Assistance médicale gratuite est une charge sociale et non médicale à laquelle les médecins participent comme tous les citoyens en payant leur quote-part des impôts établis et qu'ils ne sont plus obligés de supporter une nouvelle charge, imposée à eux seuls, en donnant leur concours à l'Administration et aux Bureaux d'Assistance, à un prix au-dessous de la valeur du travail, émet les vœux :

« 1° Que le libre choix du médecin soit garanti à tous les indigents ;

« 2° Que tous les médecins ayant accepté le règlement départemental soient admis aux fonctions de médecin de l'Assistance ;

« 3° Que le projet de loi déposé par M. le Docteur Dubuisson et plusieurs de ses collègues, avec addition d'une modification à l'article 35 de la loi de 1893, obligeant les villes autonomes à assurer le libre choix à leurs assistés, soit voté le plus rapidement possible ;

« 4° Que tous les syndicats médicaux et même tous les praticiens fassent des démarches près des députés de leur département pour les engager à voter ces modifications à la loi de 1893 ;

« 5° Que tous les groupements médicaux agissent près des élus : conseillers généraux, maires, conseillers municipaux et près des Bureaux d'Assistance pour obtenir partout que le service de l'assistance médicale gratuite soit organisé d'après le système dit Vosgien ;

« 6° Qu'une sanction soit prévue contre ceux qui mettraient obstacle à l'article 4 de la loi et surtout contre les maires, secrétaires de mairie, membres du Bureau d'assistance qui abuseraient de leur autorité pour influencer le choix de l'assisté ;

« 7° Le médecin choisi devra toujours inscrire lui-même son nom sur le carnet ou le bon de visite et signaler toutes les infractions à cette règle à la Commission de contrôle ;

« 8° Pour éviter les abus réciproques possibles et pour prévenir les conflits, il sera établi une commission de contrôle composée mi-partie de conseillers généraux et mi-partie de médecins qui, sous la présidence d'une personne neutre, ayant une autorité morale suffisante et les connaissances juridiques nécessaires, remplira le rôle de tribunal d'arbitrage ;

« 9° Toute entente sera basée sur le principe de l'application du tarif de la classe à laquelle appartient le malade ; le taux minimum (celui réclamé par l'Assistance médicale gratuite) étant celui demandé au malade ayant le minimum de ressources, lorsqu'il a recours directement au médecin ;

« 10° Comme il y a intérêt pour tous à recourir le plus exceptionnellement possible à l'hospitalisation, il sera établi dans chaque département un tarif chirurgical, le tarif Dubief étant pris comme base ;

« 11° Il sera alloué au médecin une indemnité de déplacement en rapport avec les conditions géographiques du pays, mais qui ne sera jamais inférieure à un franc le kilomètre à l'aller seu-

« lement calculée du domicile du médecin à celui « du malade ;

« 12° Il sera prévu une augmentation d'hono« raires pour les visites de nuit et les visites d'ur« gence ;

« 13° Que dans tous les départements où il sera « fait une résistance à l'application du principe « du libre choix, tous les praticiens agissent sur « l'opinion publique par des écrits, des conféren« ces, des démarches personnelles et aussi sur les « assistés pour les engager à réclamer le libre « choix par voie de pétition ;

« 14° La vaccination gratuite sera réservée aux « seuls assistés et ils auront le libre choix du mé« decin entre tous ceux qui accepteront le tarif « départemental ;

« 15° Le service des enfants assistés, tout en « étant assuré comme par le passé par des inspec« teurs pour la partie purement administrative, « devra accorder, en cas de maladie, le libre choix « du médecin au nourricier de l'enfant ;

« 16° Les certificats délivrés au postulant à « l'assistance prévus par la loi du 14 juillet 1905, « dite loi d'Assistance aux vieillards, devront « être rémunérés d'après un tarif spécial et pour« ront être délivrés par tous les médecins accep« tant ce tarif ; l'Administration pouvant se ré« server le droit d'établir une contre-expertise ;

« 17° Le Congrès, estimant que la fonctionnari« sation à outrance du médecin est un danger « permanent pour la dignité professionnelle « condamne toutes les associations médicales qui « lutteraient contre le principe du libre choix ».

M. Bolliet, de Lyon, lit les conclusions de son rapport sur le libre choix pour les mutualistes. Les conclusions suivantes sont adoptées :

« La cotisation moyenne des membres participants des Sociétés de secours mutuels ne couvre pas les dépenses de maladie.

« La prime, dans toute assurance, doit couvrir le risque.

« L'insuffisance de la cotisation est la cause des conflits entre médecins et mutualistes.

« Nous vous demandons d'adopter le vœu suivant :

« Le Congrès des praticiens de Lille, rendant hommage aux sentiments de conciliation des membres de la Commission qui a élaboré l'accord médico-mutualiste, émet le vœu que l'article 2 de la loi du 1er avril 1898 soit modifié ainsi :

Article 2. — Ne sont pas considérés comme sociétés de secours mutuels les associations qui, tout en organisant, sous un titre quelconque, tout ou partie des services prévus à l'article premier : 1° *n'établissent pas une cotisation suffisante pour parer à l'un ou à tous les risques prévus à l'article premier et en rapport avec ces buts* ; 2° créent, au profit de telle ou telle catégorie de leurs membres et au détriment des autres, des avantages particuliers. Les sociétés de secours mutuels sont tenues de garantir à tous leurs membres participants les mêmes avantages, sans autre distinction que celle qui résulte des cotisations fournies et des risques apportés, *et, dans les cas où elles assurent le service de maladie, d'accorder le libre choix du médecin, sous la réserve que les sociétés ne seront pas tenues au-delà de la somme fixée par elles pour chaque consultation.*

Subsidiairement,

Modifier ainsi l'article 16, paragraphe 2 :

L'approbation ne peut être refusée que dans les deux cas suivants :

1° Pour non-conformité des statuts avec les dispositions de la loi ;

2° Si les statuts ne prévoient pas des recettes proportionnées aux dépenses, *pour le service de maladie*, pour la constitution des retraites garanties ou des assurances en cas de vie, de décès ou d'accidents. »

M. Diverneresse, de Saint-Mandé, expose les conclusions de son rapport sur le libre choix du médecin par les blessés.

Après les observations de MM. Berruyer, de Paris, et Regis, de Paris, l'heure étant trop avancée pour étudier l'ordre du jour, la séance est levée à midi et renvoyée à deux heures.

2e SÉANCE DU SAMEDI 27 JUIN 1908. (*Après-midi*).

La séance est ouverte à deux heures quarante-cinq sous la présidence de M. Gairal.

Le Congrès reprend la discussion sur le rapport de M. Diverneresse.

Après une longue et ardente discussion à laquelle prennent part MM. Courtault, de Paris, Dufour, Proby, d'Oullins, Verhaeghe, de Lille, Motais, d'Angers, Henri Coppens, de La Bassée, Profichet, du Havre, Monprofit, d'Angers, Guillemonat, de Paris, Vallat, de Joinville-le-Pont, Frère, de Le Quesnoy, etc., l'Assemblée, après une adjonction de M. Declercq, de Lille, adopte les vœux suivants :

« 1° Le deuxième Congrès des Praticiens émet le vœu qu'aucune collectivité industrielle, philanthropique, politico-sociale ou commerciale ne soit autorisée à organiser des services médicaux ayant pour but le traitement des blessés du travail, ce traitement devant être assuré par le Corps médical lui-même, le contrôle étant laissé aux responsables ;

2° Que le certificat initial de l'accidenté soit, sur la demande des intéressés, établi en consultation par le médecin traitant du blessé et par le médecin de la Compagnie d'assurances qui se substitue au patron ;

« 3° Que les médecins soient tenus de s'entendre dès leur première visite pour revoir ensemble, en consultation, les blessés aussi souvent qu'il serait nécessaire, de se mettre d'accord au préalable sur toute opération ou cure spéciale : massage, électrothérapie, radiographie, hydrothérapie, etc., qui ne présenterait aucun caractère d'urgence ou qui (non urgente également) entraînerait cependant une mutilation du blessé (amputation, résection, etc) ;

« 4° Regrette que des magistrats et des experts interprètent d'une manière irrégulière la loi sur les accidents du travail et notamment l'article 30 de la loi se rapportant à tous ceux qui entravent le libre choix du blessé ;

« 5° Emet le vœu que le Ministre de la Justice fasse une application sévère de l'article 441 du Code d'instruction criminelle ;

« 6° L'article 4 de la loi du 31 mars 1905 sur les accidents du travail sera modifié de la manière suivante :

« Le chef d'entreprise est seul tenu dans tous les cas, en outre des obligations contenues à l'article 3, des frais d'hospitalisation, selon le tarif commun à chaque hôpital, et en plus aux honoraires médicaux et aux frais pharmaceutiques suivant le tarif Dubief. — Une délégation du Congrès présentera ce vœu et celui de l'hôpital aux seuls indigents à M. le Président du Conseil, Ministre de l'Intérieur ;

« 7° Le Congrès décide que le forfait est incompatible avec l'idée syndicale ;

« 8° Engage tous les Syndicats médicaux à rechercher les moyens propres à faire disparaître dans le plus bref délai le contrat forfaitaire ;

« 9° Déclare que pour assurer le libre choix du médecin en évitant à la fois la pression des assurances et des organisations politico-financières, une action parallèle des syndicats médicaux

avec les syndicats patronaux et ouvriers pourra s'effectuer toutes les fois qu'il sera nécessaire ».

Le Congrès, sur la proposition de MM. Jeanne, Monprofit et Cosse, décide d'ouvrir une souscription à l'effet d'offrir un objet d'art à M. Coppens, en témoignage de la reconnaissance que lui doit le Corps médical, comme promoteur des Congrès des Praticiens.

Sur la proposition de MM. Proby, Goujon, Lépine, Bolliet, et Boudin, le vœu suivant est adopté.

« Que les délégués médicaux à la Commission « spéciale de révision du tarif des accidents du « travail repoussent énergiquement tout tarif « comportant un forfait, quelle que soit la forme « sous laquelle il sera présenté ».

Les conclusions suivantes du rapport de M. Dubuisson, sur l'extension aux ouvriers agricoles de la loi sur les accidents du travail sont adoptées à l'unanimité :

« Le Congrès émet le vœu que si la loi sur l'extension aux exploitations agricoles de la législation des accidents du travail est votée, le tarif applicable pour les soins médicaux soit le même que celui de la loi de 1898 ».

M. de Grissac, d'Argenteuil, expose les grandes lignes de son rapport sur la responsabilité médicale et l'expertise qu'elle comporte. Il demande que tout confrère contre lequel une instruction judiciaire est ouverte soit assisté de droit d'un expert choisi par lui. Il demande également que toutes les expertises médicales soient contradictoires, c'est-à-dire que tout accusé ait le droit d'être assisté d'un expert médical choisi par lui.

Le Congrès, sur la proposition de M. Dufour, émet le vœu :

« Que l'expertise médicale contradictoire soit au plus tôt instituée par une loi, et confie au Comité de Vigilance nommé à la fin du Congrès le soin d'étudier et d'établir les conditions dans lesquelles la liste des experts sera constituée. »

A l'occasion de ce vœu, M. Chambellan, de Paris, soulève la question des expertises qui ont eu lieu à propos d'une affaire retentissante. Il trouve surtout « répréhensible que des experts officiels aient attaqué des praticiens devant une Société scientifique au sujet d'une expertise antérieure à la leur ».

M. Declercq demande que le Congrès profite de cette situation pour confirmer énergiquement la dénonciation des certificats spéciaux de médecine légale.

Après une discussion à laquelle prennent part de nombreux orateurs, les conclusions suivantes sont adoptées :

» 1° Que la responsabilité de l'acte médical ne soit exclusivement recherchée qu'en cas de faute lourde ;

2° Que l'expertise ne soit jamais confiée à un seul médecin ;

3° Que le médecin inculpé soit assisté pendant tout le cours de l'instruction d'un médecin désigné chargé de rendre l'instruction véritablement contradictoire et dont les dires devront être consignés dans le rapport des experts rédigé en commun ;

4° En raison des faits nouveaux portés à la tribune à l'occasion d'expertises récentes, le Congrès confirme le vœu déjà émis antérieurement que des certificats spéciaux de médecine légale ne soient plus délivrés ».

Le vœu suivant, présenté par M. Dubuisson est adopté :

« Le Congrès soucieux de prévenir les incidents regrettables qui pourraient à l'avenir se reproduire, comme par le passé, à l'occasion d'expertises médicales ;

Considérant que ni les titres de l'expert, ni les certificats dont il peut être pourvu ne peuvent le mettre à l'abri d'erreurs inévitables pour un homme qui examine des faits ressortissant à une partie de la médecine qui lui est étrangère ;

Considérant que les experts doivent, selon la nature de l'affaire, être désignés parmi les spécialistes autorisés ;

Considérant de plus que le vote de la proposition de loi organisant l'expertise contradictoire est susceptible d'éviter des erreurs de diagnostic ;

Emet le vœu ;

« 1° Que les experts soient désignés pour émettre leur avis sur les cas se rapportant à leur spécialité, sans exiger autre chose qu'un certain nombre d'années d'exercice et sans tenir compte des certificats qu'ils peuvent posséder ;

2° Que la proposition de loi de M. Cruppi relative à l'expertise contradictoire soit votée le plus rapidement possible ».

Malgré l'intervention de M. Lande, de Bordeaux, le Congrès adopte la motion suivante présentée par MM. Chambellan et Variot, de Paris, au nom d'un certain nombre de leurs confrères :

« Considérant que dans l'expertise médico-légale de Villedieu-sur-Indre, les docteurs Bruneau et Audiat ont été l'objet d'attaques injustifiées de la part de certains experts et que, malgré ces attaques, ils ont défendu leurs convictions basées sur des constatations positives avec une énergie digne des plus grands éloges.

Le Congrès regrette que dans cette affaire des manquements graves aux règles de la déontologie aient été commis vis-à-vis des praticiens experts de province,

Emet le vœu que dorénavant toute expertise médico-légale soit entourée de garanties suffisantes pour éviter le retour de faits aussi regrettables et félicite hautement les docteurs Bruneau et Audiat pour leur sincérité et leur courage scientifiques . »

M. Coppens donne communication au Congrès des grandes lignes de son rapport sur l'organisation du Corps médical en vue de la défense et du relèvement professionnels. Après observations de MM. Noir, de Paris, et Tussau, de Lyon, les conclusions formulées comme suit sont adoptées:

« En présence de la situation actuelle (économique et sociale) :

En présence de l'esprit des Administrations et des Pouvoirs, et, par suite, de leur tendance à porter atteinte à notre conscience et à notre indépendance professionnelles,

Le deuxième Congrès des praticiens de France, assemblé à Lille, le 27 juin 1908,

Considérant d'une part qu'il est nécessaire, dans l'intérêt supérieur de la défense et du relèvement professionnels,

1° Que soient créés partout des syndicats médicaux ;

2° Que ces syndicats s'unissent régionalement en fédérations.

3° Que les fédérations régionales constituent, à leur tour, un organisme central : Union ou confédération.

Emet les vœux suivants ;

A. — Que tous les syndicats (encore isolés ou à naître), que toutes les fédérations (à créer ou déjà existantes), s'affilient à l'Union des syndicats médicaux de France ;

B. — Que l'Union des syndicats médicaux modifie ses statuts dans la mesure nécessaire pour les adapter à la constitution et au fonctionnement de ce nouvel organisme.

Considérant d'une part, que cette organisation ne sera guère parachevée avant la réunion du 3e Congrès des praticiens,

Charge le Comité de vigilance de travailler à la réalisation de ces vœux ;

Lui donne tout pouvoir pour parler et agir, en vue de la réalisation de ces vœux, au nom du Corps médical ;

Décide, pour la mettre à sa disposition, la création d'une Caisse de Défense alimentée par dons et par souscriptions individuelles ».

M. Jayle, de Paris, résume son rapport sur le projet actuel de l'impôt sur le revenu au point de vue des médecins.

Comme conclusions d'une assez longue discussion qui s'engage à ce sujet et après accord entre MM. Jayle, Wicart et Guillemonat, les vœux suivants sont adoptés :

« Le Congrès des praticiens représentant 9.743 médecins,

Considérant que : 1° l'impôt sur le revenu doit être basé dans toutes les classes de la société sur les charges de famille et sur le montant des revenus ;

2° Que l'impôt sur le revenu doit être beaucoup plus élevé sur les revenus du capital que sur les revenus du travail ;

3° Que le revenu du travail ne doit être imposé qu'une fois et que l'impôt complémentaire ne doit porter que sur le capital comme en Prusse ou ne pas exister comme en Angleterre ;

4° Que du revenu imposable doivent être défalquées les sommes payées pour les primes d'assurance sur la vie, contre les accidents, la maladie, pour les cotisations philanthropiques à titre de membres honoraires, etc...

Emet les vœux suivants :

1° Que l'article 53 soit modifié en introduisant la phrase : « après diminution des frais inhérents à la profession » à la suite des mots : « est établi annuellement » ;

2° Qu'il soit introduit à l'article 55 après les mots : « cette déclaration sera faite » les mots : « sans aucune violation du secret professionnel »;

3° Que le mot « détaillée » soit supprimé après le mot « déclaration » dans ce même article 55 ;

4° Que la déduction d'un quantum, d'un cinquième des bénéfices avant l'établissement de l'impôt soit demandée.

Renvoie au Comité de vigilance la motion suivante :

Le règlement d'administration publique prévu à l'article 94 énumérera limitativement, en tenant compte des conditions d'exercice spéciales à chaque profession ou occupation les indications que devra contenir la déclaration et les justifications dont elle devra être accompagnée pour en établir l'exactitude.

Invite tous les syndicats médicaux de France à faire des démarches officielles en vue d'assurer la réalisation des vœux émis par le Congrès et à engager tous les confrères à user de l'influence qu'ils peuvent avoir sur tout membre du Parlement pour obtenir les amendements demandés au projet de l'impôt sur le revenu ».

Enfin le Congrès sur la proposition de M. Barbanneau, de Pouzanges, émet le vœu suivant :

« L'impôt sur les bénéfices des professions libérales et de toutes occupations lucratives non comprises dans une précédente catégorie est établi annuellement à raison de la moyenne des bénéfices nets réalisés pendant les trois années précédentes, déduction faite sur chaque revenu individuel d'une somme de :

Deux mille francs si le contribuable a son domicile réel dans une commune de 3.000 habitants et au-dessous ;

Deux mille cinq cents francs si le contribuable a son domicile réel dans une commune de 3.001 à 10.000 habitants;

Trois mille francs si le contribuable a son domicile réel dans une commune au-dessus de 10.000 habitants ;

Trois mille cinq cents si le contribuable a son domicile réel dans le département de la Seine.

Chaque imposable a droit en outre si son revenu de la septième catégorie ne dépasse pas vingt mille francs, aux déductions suivantes :

Déduction de 7/8 sur la portion de revenu ne dépassant pas 3.500 ;

Déduction de 2/3 sur la portion du revenu comprise entre 3.500 et 4.500 francs :

Déduction d'un tiers sur la portion du revenu comprise entre 4.500 francs et 6.000 francs ».

La séance est levée à sept heures du soir.

SÉANCE DU DIMANCHE 28 JUIN 1908.
(*Matin*).

La séance est ouverte à neuf heures un quart sous la présidence de M. Gairal.

Le Président propose l'adoption de l'adresse suivante à la Municipalité lilloise :

Les membres du deuxième Congrès des Praticiens réunis à Lille en 1908, reconnaissants de l'accueil particulièrement aimable et bienveillant qui leur a été réservé par la municipalité lilloise, adressent à celle-ci et particulièrement à M. Delesalle maire de Lille, l'hommage de leur respectueuse gratitude et l'assurance de leur plus sympathique souvenir.

M. Vimont, de Paris, expose son rapport sur le relèvement des honoraires médicaux ; se basant sur le renchérissement de la vie en France, il demande que les honoraires des médecins soient relevés proportionnellement, d'autant plus que les charges de l'assistance médicale gratuite et des œuvres d'assistance sociale incombent de plus en plus à la profession médicale.

M. Treille, de Lavaveix-les-Mines, propose de charger le Comité de Vigilance d'étudier la question du relèvement des honoraires en matière d'assistance médicale gratuite.

M. Chapon, de Paris, préconise le relèvement du prix de la visite.

M. Decourt, de Mitry-Mory, rappelle la motion votée par le premier Congrès relative au repos hebdomadaire et insiste sur la nécessité d'obtenir tout au moins un repos hebdomadaire relatif des médecins.

M. Acheray, de Paris, préconise le règlement des honoraires à chaque consultation.

Les conclusions du rapport de M. Vimont, formulées comme suit, sont adoptées :

« 1° En présence des tendances de l'Etat, du département et des communes à créer des services médicaux gratuits ;

2° En présence du développement incessant de la mutualité dans les classes moyennes et aisées ;

3° En présence de l'augmentation des impôts et surtout de l'augmentation que doit créer le projet Caillaux de l'impôt sur le revenu ;

4° En présence de l'augmentation croissante des frais professionnels généraux du Médecin, en rapport avec les progrès scientifiques et les exigences de la clientèle ;

Considérant que, comme tout travailleur, le médecin a droit à un salaire qui lui permette de vivre et d'élever sa famille ;

Décide qu'il y a lieu d'augmenter le taux des honoraires médicaux en France, suivant en cela l'exemple donné par les syndicats ouvriers et patronaux ;

Invite tous les groupements médicaux, syndicats ou sociétés, à mettre la question à l'étude et à solutionner dans un délai rapproché, par l'adoption générale du tarif JEANNE, avec adaptation de ses chiffres aux circonstances locales ou régionales. »

Le vœu suivant émis par M. CHAPON est adopté :

« 1° La visite ou consultation ne pourra jamais être inférieure à deux francs ;

2° Les visites de 2 francs seront portées à 3 francs ;

3° Les visites de 3 francs à 4 francs ;

4° Dans les grandes villes, notamment à Paris, les visites et consultations seront portées à 6, 8 ou 10 francs suivant les cas que le médecin appréciera. »

Le Docteur VIDAL, de Castres, donne les conclusions de son rapport relatif au Syndicat obligatoire. Il expose la nécessité d'imposer à tout médecin l'entrée dans un syndicat au début de sa carrière.

L'amendement suivant de M. AUBERT est adopté :

« Le Congrès de Lille :

Considérant que le seul moyen de rendre les syndicats moralement et pratiquement obligatoires est d'en faire des organismes de défense et de combat qui assurent aux seuls membres qui se rangent librement sous leurs drapeaux en même temps qu'une indépendance personnelle aussi pleine que possible, une aide puissante et efficace dans toutes les manifestations de leur activité sociale,

Emet le vœu :

Que toutes les œuvres d'assistance et d'hygiène sociale, que le service médical des mutualités, des accidents du travail, des administrations, fonctionnent sous le contrôle de commissions mixtes émanées du sein des organisations syndicales ».

Les vœux suivants sont adoptés :

De M. VITOUX, de Paris : « Il est souhaitable que tout médecin fasse partie du syndicat de sa région ».

De M. BOURGEOIS, de Reims :

« Un avis imprimé exposant en quelques articles la nécessité de l'association syndicale sera remis aux étudiants le jour de la soutenance de leur thèse ou bien au moment de la remise du diplôme. On pourra y joindre la liste des œuvres médicales, d'assistance et de prévoyance avec l'adresse de leurs secrétaires ».

M. DEROY, trésorier du Congrès, donne lecture de son rapport financier qui se solde par un actif de 4,356 francs 10 centimes.

M. COPPENS propose de nommer comme suit le Comité de vigilance :

1° Le nombre des membres de la Commission de vigilance est fixé à 40 ;

2° 30 membres seront désignés par les grandes organisations médicales comme suit :

Syndicat de la Seine	4
Fédération du Nord et du Pas-de Calais	4
Fédération du Sud-Est	4
Syndicat de Marseille	1
Syndicat de Nice	1
Syndicats de la région de Bordeaux	2
Syndicat médical de Paris	1
Union des Syndicats	11
Syndicats de spécialistes	2

3° Ces 30 membres, à leur tour, en nommeront 10 (1).

Sur la proposition de M. NOIR, le Congrès décide que chaque groupement professionnel, régulièrement constitué (syndicat ou société) qui ne sera pas représenté au Comité de vigilance pourra y envoyer un délégué ayant voix consultative. Un avis devra alors être officiellement adressé au Bureau du Comité.

L'ordre du jour ci-après de M. COPPENS est adopté :

« Le Congrès des praticiens de Lille, parlant au nom du Corps médical de France,

Considérant,

Que le Ministère de l'Instruction publique persiste dans la voie où il s'est engagé en créant le certificat d'études médicales supérieures,

Que ce certificat supprimé à la suite des protestations unanimes du Corps médical est reparu sous la forme de l'admissibilité à l'agrégation ;

Que le premier examen aura lieu au mois de novembre ;

Que le Ministère agit au mépris de l'opinion médicale et de l'opinion publique éclairées par les Congrès qui affirment la nécessité de l'organisation d'un enseignement technique et professionnel,

Engage les étudiants en médecine dont les intérêts sont méconnus, et leurs associations, à protester dans les Ecoles contre un concours nouveau qui maintient et aggrave l'organisation actuelle ;

Invite les membres du Corps médical, dont la volonté est négligée, et leurs associations à protester de la manière la plus énergique auprès des membres du Parlement contre les actes d'un ministère de l'Instruction publique ignorant des conditions élémentaires de l'enseignement médical ».

L'adjonction suivante proposée par M. Etienne BAZOT, de Paris, est également adoptée :

« Et étant donnée l'urgence, donne pour première mission au Comité de vigilance de faire une démarche auprès de M. le Président du Conseil pour demander le retrait de l'examen (ou concours) annoncé pour le mois de novembre ».

Sur la proposition de M. GROSSET, de Ligré-Coutureau, le Congrès décide de mettre à l'étude pour le prochain Congrès la question des « maisons de retraite pour les médecins ».

M. SMESTER, de Paris, propose la motion suivante qui est adoptée :

« Pour donner une sanction au vote du Congrès sur l'autonomie des Facultés, le Congrès décide qu'une pétition sera adressée à tous les membres du Parlement pour les prier d'appuyer le projet de M. DURAND.

Sur la proposition de M. MARION, d'Arles, le Congrès émet le vœu :

« Qu'à l'avenir le diplôme d'université délivré aux médecins étrangers ne soit jamais sous aucun prétexte transformé en diplôme d'Etat».

Sur la proposition de l'Association Corporative des Etudiants en médecine d'Alger, le Congrès adopte les vœux suivants :

« 1° Que l'auxiliariat soit supprimé ;

Les auxiliaires déjà créés ou en cours d'études pourraient être maintenus, à condition que le droit d'exercer la médecine leur soit retiré ;

2° Que le décret du gouverneur de l'Algérie instituant les auxiliaires médicaux indigènes

(1) Ces 10 membres seront choisis surtout parmi :
1° les représentants des grandes régions non indiquées ci-dessus ;
2° les représentants des Associations corporatives d'Etudiants en médecine ;
3° les membres de la Presse professionnelle.
Tous les syndicats non représentés pourront, de droit, nommer un délégué qui aura voix *consultative*.
Le Comité de Vigilance fera, de plus, appel à *titre consultatif* à toutes les compétences nécessaires.

soit rapporté comme préjudiciable aux intérêts des médecins français en Algérie ».

M. Delpeut demande que le Comité de vigilance étudie la question de l'admission dans les écoles et facultés de médecine par la voie du concours.

Son vœu est adopté.

En l'absence de M. Pierre Seytre, de Cannes, rapporteur et après observations de M. Declercq, sur la déclaration obligatoire des maladies contagieuses par le médecin, la conclusion suivante est adoptée :

« Le 2e Congrès des praticiens émet le vœu que l'article 5 de la loi du 15 février 1902 soit modifié dans le sens ci-après:

« La déclaration de tous cas de maladies contagieuses est obligatoire pour tout parent, frère, tuteur, ami, maître ou patron du malade et généralement pour toute personne destinée à vivre auprès de lui pendant le cours de la maladie, qui devra la faire en adressant à l'autorité municipale le certificat médical rédigé en forme spéciale par le médecin traitant, aussitôt son diagnostic établi ».

L'adjonction suivante présentée par MM. Declercq et Joubert, de Burie, est adoptée :

« Le médecin sera rémunéré pour ses déclarations par le département ou la commune suivant un taux que le Comité de Vigilance aura à déterminer ».

D'autre part, MM. Goinard et Gillot, d'Alger, proposent au Congrès le vœu ci-après qui est adopté :

« 1° Que pour des raisons d'équité élémentaire dans les concours médicaux d'Alger, le Jury tout entier soit toujours tiré au sort et que la présidence de ce Jury n'appartienne pas de droit constamment à la même personne ;

2° Que l'Ecole n'intervienne pas dans le recrutement du Corps hospitalier auquel elle n'est pas elle-même ouverte au détriment de l'enseignement médical en Algérie ».

Le Président annonce la clôture des travaux du 2e Congrès des Praticiens. Il remercie tous ceux qui par leur concours ont contribué à la parfaite réussite de cette deuxième réunion et donne rendez-vous à tous les Congressistes au prochain Congrès qui se tiendra dans une ville qui sera déterminée par le Comité de Vigilance.

M. Coppens, au nom des Congressistes, remercie le Président pour l'énergie avec laquelle il a conduit les débats. Un ban est battu en l'honneur de M. Gairal.

Un Congressiste, au nom de ses confrères venus du dehors, remercie tous les médecins lillois de leur aimable accueil et de leur hospitalité.

La séance est levée à onze heures quarante-cinq.

LA SEMAINE MÉDICALE

Remarques sur la gastrectomie.

M. le Dr H. Delagénière, du Mans, ayant eu l'occasion de pratiquer, depuis 4 ou 5 ans, dix opérations de gastrectomie pour cancer, publie dans les *Archives provinciales de chirurgie*, à la suite de ces 10 observations, d'intéressantes remarques sur l'opération en elle-même.

La gastrectomie totale et sub-totale constitue une seule et même opération, tant au point de vue de la marche du cancer de l'estomac que de la technique opératoire.

Cette opération est compatible avec l'existence. On connaît aujourd'hui plusieurs cas opérés avec de longues survies. Jules Bœckel cite un cas de Maydl avec une survie de 11 ans. Il s'agissait d'une gastrectomie très étendue.

Habituellement la survie a été dans les autres cas de 3 ans 1/2 au plus. D'après Bœckel, la mortalité opératoire serait de 39 % : pour les dix cas de Delagénière ; elle a été de 40 % (4 morts).

« Il est probable que ce chiffre est assez rapproché de la vérité pour la période actuelle ; mais il en sera de cette opération ce qu'il en a été des autres. La technique s'est peu à peu perfectionnée et la gravité opératoire a diminué progressivement. Nous sommes persuadé qu'il en sera ainsi pour la gastrectomie totale.

« Pour nous rapprocher autant que possible de ce but, nous pouvons déjà apporter quelques notions utiles, qui découlent de l'étude de nos observations. C'est ainsi que la zone de la grosse tubérosité de l'estomac, que l'on considérait comme une zone isolée et habituellement indemne, doit être regardée comme *suspecte*, tout au moins dans sa moitié inférieure, si le cancer est avancé. La vraie zone isolée constitue un petit cul-de-sac, que le chirurgien a toute latitude de réséquer, en remontant sa résection jusqu'à l'œsophage et même sur ce conduit.

« Les travaux de Bormann et de Cunéo ont démontré qu'il fallait dépasser les limites du mal, au moins de 3 centimètres. Nous pensons qu'il faut pousser plus loin encore la résection quand on le pourra, et atteindre 4 centimètres. Cette règle sera presque toujours inapplicable sur le bord droit de l'œsophage ; et en ce point la résection devra arriver jusqu'au bord de ce conduit.

« Pour rétablir la continuité du tube digestif, nous avons recours à la méthode de Billroth deuxième manière, et nous implantons notre collerette cardiaque ou œsophagienne dans la première anse jéjunale, passée à travers une ouverture faite au mésocolon. Malgré cette exclusion du duodénum, contraire à la physiologie, les malades guérissent très bien et s'alimentent parfaitement. De plus, dans les cas de récidive, ils ne ressentiront pas les mêmes symptômes et en somme tireront jusqu'au dernier moment le bénéfice le plus grand de leur opération.»

Anesthésie chirurgicale par les appareils.

La question des appareils appliqués à l'anesthésie n'est pas nouvelle, mais c'est surtout depuis ces dernières années que l'éclosion de nouveaux appareils a remis en honneur ce mode d'administration du chloroforme.

M. le Dr E. Klein, de Lille, vient d'étudier dans sa thèse les nouvelles méthodes et après une comparaison très impartiale termine par les conclusions suivantes :

1° Il semble indéniable que les appareils ont donné des résultats excellents et qu'ils sont supérieurs à la compresse ; la majorité des chirurgiens est d'accord sur ce point.

2° Tous les nouveaux appareils donnent des résultats superposables, et il est difficile d'établir la supériorité de l'un ou de l'autre. On préfère généralement celui qu'on connaît le mieux. et

c'est pour cela que nos préférences iront plutôt à l'appareil D'halluin, qui nous a semblé commode et facile à manier.

3° Leur supériorité réside-t-elle dans l'emploi des mélanges titrés ? Nous ne le croyons pas ; comme nous l'avons montré, cette méthode ne paraît pas indispensable pour une bonne anesthésie et n'est pas une garantie de sécurité absolue.

Ensuite les appareils, du moins ceux que nous avons expérimentés, ne donnent pas de mélanges titrés, théoriquement, ils les donnent peut-être, mais pratiquement nous n'avons pas constaté qu'ils les donnaient. La cause est due surtout aux variations de température et de ventilation pulmonaire et à la plus ou moins rapide évaporation du chloroforme par suite de l'agitation ;

4° Leurs avantages sont ailleurs : ils résident dans la régularité d'administration du chloroforme et dans la facilité de leur maniement, qui est une sécurité pour l'opérateur, à condition de surveiller attentivement le malade, et suivant l'expression de Jules Guérin, de ne pas accorder toute sa confiance à une machine de précision substituée aux mains et à l'intelligence de l'homme.

Traitement psychologique de l'homosexualité.

Les retentissants procès allemands ont mis sur le tapis de l'actualité, dans les sociétés savantes, la question de l'homosexualité.

« L'homosexualité vraie, dit M. Witry, de Trèves-sur-Moselle, est non pas une perversité, mais une maladie ou mieux une anormalité congénitale ; à ce titre, elle devrait échapper à la rigueur des codes lesquels se contenteraient de punir les délits d'outrage public à la pudeur ou d'excitation de mineurs à la débauche.

Or, cette maladie peut être traitée, en particulier par les méthodes hypnotiques.

M. le Dr Bérillon a exposé à l'occasion de cette question, de très intéressantes remarques à la Société d'hypnologie :

« Une analyse attentive portant sur un grand nombre d'hommes m'a démontré que ceux qui accordent à l'instinct sexuel une satisfaction normale sont doués d'un sens olfactif en bon état de fonctionnement. C'est un point essentiel sur lequel il est nécessaire d'insister.

« Au contraire, j'ai constamment observé de l'anosmie chez les sujets qui manifestent des dispositions marquées à l'inversion sexuelle. Chez un certain nombre, cette anosmie peut s'expliquer par l'existence de rhinites atrophiques ou hypertrophiques. Il en est chez lesquels cette anosmie semble de nature essentielle, sans cause apparente, sans doute sous la dépendance de la dégénérescence héréditaire.

« L'inversion sexuelle aurait donc un point de départ évident dans une altération de la fonction olfactive.

« Si la première condition pour être un bon hétéro-sexuel et pour subir l'attrait du sexe opposé est d'avoir un bon odorat, l'état contraire prédispose certainement à l'homosexualité.

« En même temps que j'ai constaté cette diminution de la puissance olfactive chez les homosexuels, j'ai acquis la certitude que ces mêmes sujets présentaient une prédominance de l'aptitude visuelle. Par ces caractères, ils se rapprochent de l'état habituel de la femme qui, n'étant jamais une olfactive, se montre, au contraire, lorsqu'on se place au point de vue sexuel, essentiellement visuelle.

« L'inversion sexuelle ne serait donc, à tout prendre, qu'une inversion sensorielle, d'où l'indication dans le traitement de l'homosexualité de placer la rééducation du sens olfactif à la base de toute intervention thérapeutique. Ici, la théorie s'est trouvée pleinement confirmée par la pratique. Les homosexuels chez lesquels nous avons procédé à la rééducation de l'olfaction, tant par l'emploi des agents physiques que par celui de la suggestion dans l'état d'hypnotisme, ont tous bénéficié d'une modification très marquée dans l'orientation de leurs dispositions sexuelles.»

CLINIQUE MÉDICALE

Hôtel-Dieu : M. le Professeur Dieulafoy.

Les troubles trophiques de l'hystérie : leur origine.

Un cas d'escarres multiples, profondes et récidivantes, depuis 2 années sur les deux bras. Amputation du bras gauche.

Discussion sur la cause de ces escarres : s'agit-il de névrite avec troubles trophiques ; s'agit-il de lésions d'origine hystérique... ou d'autre chose ?

Vous connaissez, la plupart d'entre vous du moins, ce malade que j'ai déjà présenté à ma leçon de samedi dernier. Vous vous rappelez son histoire. Il a été atteint, depuis deux ans environ, de plaques gangreneuses au bras gauche d'abord, puis au bras droit. Comme antécédents, il aurait eu des attaques nerveuses mal précisées. Un jour, au commencement de décembre 1905, dans une de ces crises, il fit une chute et se blessa à la tête et au pied gauche, qui devint douloureux et sur lequel une escarre se forma. La lésion fut pansée et guérit. Peu de temps après survint, au bras gauche, une seconde escarre, puis une troisième, une dixième, une vingtième, une trentième, sur la main, l'avant-bras, le bras. Les escarres se produisent rapidement, en une demi-heure ou une heure. Le malade sent une démangeaison profonde — c'est l'expression dont il se sert — et, une demi-heure à une heure après, la plaque de sphacèle est constituée. Ces escarres sont arrondies ou ovalaires, grisâtres, brunâtres, noirâtres, sèches. Entourées au bout de quelques jours d'un sillon d'élimination, elles se détachent, et la plaie sous-jacente se répare en laissant une cicatrice chéloïdienne. Le patient a consulté quinze à vingt médecins qui ont pensé à la syphilis, à l'actinomycose, à l'hystérie, aux troubles trophiques des névrites. Dans cet ordre d'idées, un chirurgien proposa de faire l'élongation des nerfs du plexus brachial. L'élongation fut pratiquée : elle fut suivie de douleurs terribles dans tout le bras, à tel point qu'on fut obligé de recourir nuit et jour aux injections de morphine. En outre, des phénomènes de paralysie se déclarèrent et, de nouvelles escarres étant apparues, le chirurgien proposa cette fois, et pratiqua, l'amputation du bras malade.

Alors le bras droit se prend à son tour. Les mêmes accidents s'y produisent, les mêmes escarres s'y développent. De nouveau, le chirurgien parle d'élongation des nerfs. Le patient refuse et vient à l'Hôtel-Dieu, le 25 avril 1908.

Samedi dernier, lorsque je vous présentais ce malade, il n'avait encore rien eu aux membres inférieurs. Le lendemain dimanche, en se couchant, il trouve au pied gauche une plaque gangréneuse qui s'est accompagnée, les jours suivants, de traînée inflammatoire lymphangitique,

dont il ne reste plus aujourd'hui qu'une petite éruption vésiculo-croûteuse.

Telle est l'histoire de cet homme. Il a eu, en tout, une centaine de plaques de sphacèle, successivement sur le bras gauche, le bras droit et le pied gauche.

Le problème est posé, il s'agit de le résoudre. Que sont ces escarres ainsi répétées depuis deux ans ? Est-ce de la syphilis ? Non, notre homme n'est pas syphilitique et cela ne ressemble pas à la syphilis, ni comme aspect, ni comme développement. Est-ce du diabète ? Non plus. Je n'insiste pas, d'ailleurs, sur la distinction de cette affection avec le mal perforant, les lésions gangreneuses diabétiques qui, en dehors de la glycosurie concomitante, n'ont pas ce début subit, ces récidives incessantes. Est-ce de l'actinomycose ? Non plus, évidemment. Sont-ce des troubles trophiques ? Mais quels troubles trophiques ? Il est des troubles trophiques causés par des altérations de l'encéphale, de la moelle, des nerfs. L'escarre fessière siégeant du côté de l'hémorrhagie cérébrale est un exemple de trouble trophique encéphalique, comme l'a montré Charcot. Les affections médullaires, le tabès, peuvent entraîner des troubles trophiques, parfois très accusés. Nous avons eu, à l'Hôtel-Dieu, un tabétique chez lequel existait, au-dessus de l'anus, un mal perforant sacré, une caverne tellement profonde qu'elle confinait au rectum. Il y a, également, des troubles trophiques consécutifs aux névrites (alcoolique, diabétique, lépreuse, saturnine, etc.). Mais, tous ces troubles trophiques ne peuvent pas être assimilés à la pléiade de plaques gangreneuses qui ont ravagé, pendant si longtemps, les deux bras et l'un des pieds de notre malade. Et puis, cet homme n'est ni tabétique, ni alcoolique, ni diabétique, ni saturnin. Il n'a aucune des causes des névrites ; il n'en a aucun des signes, aucun des stigmates. Il n'a eu ni douleur, ni troubles de sensibilité, de motilité, ni atrophie musculaire.

Poursuivons notre enquête. Est-ce de l'hystérie ? Il existe, a-t-on dit, assez fréquemment, des troubles trophiques dans les névroses. Nous avons été élevés, jusqu'à ces derniers temps, avec cette idée que la névrose, maladie sans lésion, pouvait fabriquer des lésions. Voilà un état nerveux — l'hystérie, pour l'appeler comme tout le monde — qui serait capable de créer des lésions. Charcot avait l'habitude de dire : l'hystérie provoque tout ce qu'on veut. On a décrit, par exemple, des troubles sécrétoires, des sueurs profuses, de la polyurie, de l'anurie hystériques. On voit des hystériques rester quinze jours sans manger, et elles ne maigrissent pas ! D'autres sont quinze jours sans uriner et cela n'aboutit pas à l'urémie ! On avait pensé, dès lors, que la nutrition, chez ces malades, est différente de ce qu'elle est chez les autres personnes. Quelle opinion avoir sur ces faits ? J'ai soigné autrefois une jeune fille atteinte d'une soi-disant anurie hystérique. Elle n'urinait pas depuis une quinzaine de jours ; on ne trouvait jamais d'urine dans son urinal. Or, elle finit par m'en faire l'aveu : elle buvait ses urines ! Et l'hématémèse hystérique ? Nous avons eu dans le service une jeune femme présentant des hématémèses. On discutait l'hypothèse d'ulcère, de cancer, d'hématémèse hystérique. Le cas était plus simple : tous les matins, la malade se faisait saigner les gencives ou la gorge avant la visite ; elle avalait son sang et le rejetait ensuite sous forme d'hématémèse. Un jour, elle eut de l'œdème hystérique du membre supérieur. Elle se le créait elle-même en serrant, le soir, à l'insu de tous, son bras à la racine. Et elle était heureuse de voir qu'on s'occupait d'elle et de tromper ainsi tout le monde.

La conception admise jusqu'alors de l'hystérie subit actuellement un assaut. On est en train de la démolir. M. Babinski est à la tête du mouvement. Je ne sais si nous arriverons à changer le vieux nom d'hystérie. On le gardera sans doute, mais ce qu'on ne gardera pas, c'est le faisceau des troubles vaso-moteurs et trophiques, œdèmes, pemphigus, ulcérations, gangrènes hystériques. La question est, en ce moment, devant la Société de Neurologie, et elle va être remise à sa place véritable. Ces éruptions bizarres, ces herpès singuliers, ces pemphigus hystériques : supercherie que tout cela ! Dans nombre de cas, la fourberie a pu être découverte : la malade se faisait des applications caustiques, de teinture de cantharides, d'acide nitrique, ou elle s'appliquait un vésicatoire, un bouchon trempé dans l'acide phénique (les lésions avaient, ici, la forme arrondie et la grandeur du bouchon). Telle encore l'observation de M. Brissaud. Elle concerne une jeune couturière qui, s'étant un jour piquée au doigt, eut un petit abcès, ouvert par M. Kirmisson, dans *lequel on* trouva un fragment d'aiguille. A cela, rien que de naturel. Quelques jours après, la main devenait, en un autre point, douloureuse et il se formait un second abcès : nouvelle incision, nouveau fragment d'aiguille dans la suppuration. Puis, survint un troisième abcès à la région supérieure du bras avec un troisième fragment d'aiguille. Puis, un quatrième abcès au sein gauche avec un quatrième fragment d'aiguille. Le caractère morbide de cette *fantaisie ne pouvait* pas se discuter. Jusque là, la jeune fille n'avait jamais eu de troubles nerveux. A la suite de son premier abcès, un état psycho-mental s'était produit. La malade avait consulté des médecins, des chirurgiens. On s'occupait d'elle ; elle triomphait. On a vu la supercherie. Ces sujets-là peuvent ne pas avoir d'antécédents névropathiques et entrer dans l'hystérie par une simulation.

Revenons à notre homme. L'hystérie ne saurait expliquer ses lésions. Nous venons de voir ce que valent les soi-disant troubles trophiques de cette névrose. Du reste, rien, aucun stigmate nous autorise à le qualifier d'hystérique.

Alors, direz-vous, à quoi sont dues, chez ce malade, les plaques gangréneuses ?

Il ne s'agit pas de syphilis, ni de diabète, ni de tabès, ni de névrite. Jamais les névrites ne sont capables de provoquer en une heure des plaques *gangréneuses qui se répètent par* centaines.

Il ne s'agit pas de troubles trophiques d'origine hystérique — conception battue en brèche et dont il ne restera bientôt plus rien.

Dès lors, à quoi avons-nous affaire ? Nous le verrons dans la prochaine leçon.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

ETUDES ET PROJETS

Les Syndicats Médicaux.
Leur Fonctionnement. — Leur Organisation.
Leur Influence. — Leur Rôle.

Par le Dr P. Viroulaud,
de Villebois-la-Valette (Charente).

(*Suite.*)

Voici le texte de l'accord général intervenu tout récemment et portant création d'une procé-

dure d'arbitrage pour le règlement des conflits médico-mutualistes :

« La Commission mixte médico-mutualiste chargée d'établir un accord permettant le règlement rapide et gratuit de tous les différends qui pourraient s'élever sur le territoire entre le corps médical et les Sociétés, Unions et Fédérations des Sociétés de secours mutuels.

« Rendant hommage à la haute impartialité et la maîtrise avec lesquelles M. le Président Emile Loubet a dirigé les débats de la Commission.

« Après avoir pris connaissance des résultats de l'enquête médicale confiée à la Fédération nationale de la mutualité française par la Commission mixte, et constaté, en raison de la diversité des situations et des habitudes locales, l'impossibilité d'établir quant à présent un mode uniforme de rémunération.

« Déclare que ses membres, tant médecins que mutualistes, animés d'un même désir d'entente et d'un même sentiment de conciliation, s'arrêtent aux résolutions suivantes, de nature à apaiser et même à prévenir tout conflit :

« I. La Commission prend acte de la généralisation progressive du système à la visite et du libre choix du médecin, et demeure convaincue que le temps et les progrès des mœurs rendront de plus en plus fréquente, partout où elle sera possible, l'application de ce double système, sans qu'il soit besoin de modifier les conventions en cours.

« II. Il ne devra être rien changé à l'organisation des secours médicaux et pharmaceutiques, tels qu'ils existent dans l'immense majorité des Sociétés, c'est-à-dire qu'il n'y a pas lieu de substituer une indemnité pécuniaire au secours médical et pharmaceutique immédiat et en nature, et qu'au contraire, dans l'intérêt de la santé publique il y a lieu de fortifier les fonctions d'hygiène sociale confiées à la mutualité ;

« III. Si un différend venait à se produire, tous les groupements ayant des sections en province se mettront en rapport avec les Unions départementales de Sociétés de secours mutuels et s'abstiendront de saisir les Sociétés isolément. Il en sera de même des sociétés, qui pour tout incident, saisiront le corps médical par l'intermédiaire des Unions de Sociétés :

« IV. Les difficultés, les abus, les incidents, les conflits seront portés, par les soins de la partie la plus diligente, devant un Conseil arbitral départemental, où siégeront, en nombre égal, des représentants du corps médical et des représentants des Unions de Sociétés. La présidence de ce Conseil sera confiée à une personnalité réunissant l'unanimité des suffrages et choisie, autant que possible, parmi des personnes ayant une compétence juridique ;

Les parties suivront les règles ordinaires de l'arbitrage prescrites par les articles 1003 à 1028 du Code de procédure civile.

Les décisions du Conseil arbitral seront susceptibles d'appel devant la Commission nationale d'arbitrage médico-mutualiste, érigée en Commission permanente, et qui siègera à cet effet toutes les fois qu'il sera nécessaire et au moins une fois par an ;

V. Chaque département sera invité à désigner trois médecins et trois mutualistes, choisis parmi les groupements médicaux et les groupements mutualistes représentés au sein de la Commission mixte médico-mutualiste ;

VI. Les Conseils arbitraux départementaux pourront être appelés à siéger pour donner leur avis sur toutes les améliorations à apporter au régime médical des Sociétés de secours mutuels tant dans l'intérêt des médecins que dans celui des Sociétés elles-mêmes.

Fait à Paris, le 23 novembre 1907,

Le Président,
Emile LOUBET.

Les représentants des Sociétés de secours mutuels :
Léopold MABILLEAU, MIROUEL.
HÉBRARD
RÉTALI, TOUSSAINT.

Les représentants du Corps médical :
LEREBOULLET, JEANNE.
NOIR, DIVERNERESSE, DE GRISSAC.

Cette Commission était composée comme suit :
Président : M. Emile Loubet.

a) Pour les Sociétés de secours mutuels :
MM. Léopold Mabilleau, président de la Fédération nationale française et de la Fédération internationale de la Mutualité ; Victor Lourties, vice-président du Sénat, vice-président du Conseil supérieur de la Mutualité ; Mirouel, membre du Conseil supérieur; Louis Keller, président l'Union du 1er Collège, vice-président de la Fédération nationale ; Jean Hébrard, secrétaire général de la Fédération nationale ; Emile Leveu, trésorier de la Fédération nationale ; le docteur Rétali, administrateur de la Fédération nationale ; le docteur Toussaint, délégué de l'Union mutualiste des cantons d'Argenteuil et de Montmorency (Seine-et-Oise).

b) Pour le corps médical :
MM. les docteurs Gairal, président de l'Union des Syndicats médicaux ; Louis Gourichon, vice-président de l'Union des Syndicats médicaux ; Noir, secrétaire général de l'Union des Syndicats médicaux ; Brouardel, président de l'Association générale des médecins de France ; Lereboullet, secrétaire général de l'Association générale des médecins de France : Jeanne, rédacteur en chef du *Concours médical* ; de Grissac, représentant le « Sou médical » ; Diverneresse, représentant le « Sou Médical » ; Secrétaire ; M. Eugène Montet, secrétaire général du Musée social.

Et le docteur Jeanne le faisait suivre des observations et des conseils que l'on va lire :

« Au *Congrès des Praticiens*, à l'*Association Générale des médecins de France*, aux Assemblées générales de l'*Union des Syndicats médicaux*, du *Concours* et du *Sou Médical*, les délégués médicaux de la Commission ci-dessus avaient demandé qu'on voulût bien laisser l'attitude de belliqueuse intransigeance en vue de l'accord qu'ils pressentaient prochain et qui vient d'être signé.

Alors comme aujourd'hui, après avoir constaté l'impossibilité actuelle d'appliquer la formule jadis présentée par M. le Dr Gairal, au nom de nos Sociétés de défense professionnelle, ils pensèrent que la guerre sans trêve et sans issue serait chose ruineuse pour les S. S. M. et pour les médecins ; que là où il n'y aurait que révolution mortelle, l'évolution peut se faire assez rapidement par persuasion réciproque et collaboration permanente ; que l'enquête menée par la Fédération nationale en a fourni une preuve irréfutable.

Les assemblées professionnelles leur ayant continué mandat de poursuivre cette tâche, ils n'hésitent pas désormais à prier les groupements médicaux de la leur faciliter.

Et comment ?

En s'abouchant au plus vite avec les groupements mutualistes régionaux pour la constitution des commissions d'arbitrage prévues par l'accord ; en renvoyant ensuite à celles-ci la solution de tous les litiges dès qu'ils sont signalés, ou

même pressentis seulement, en tout cas avant nul geste de lutte ou d'hostilité.

C'est une ère nouvelle qui s'ouvre pour l'action syndicale féconde : il faut s'y préparer avec beaucoup plus de soin qu'à ces manifestations trop souvent aussi stériles que bruyantes dont s'est émaillée la longue période d'où nous sortons. Le choix des arbitres médecins doit être notre grosse préoccupation : pas de danseurs où il faut des calculateurs ; pas d'insouciants où il faut des renseignés et des consciencieux ; pas de systématiques et d'obstinés où sont indiqués les esprits ouverts aux exigences du progrès social.

Les syndicats médicaux seront, nous n'en doutons pas, à la hauteur de cette mission, comme de celle absolument analogue qui va, dit-on, leur être confiée au sujet des litiges entre médecins et assureurs devant les lois d'accidents du travail.

C'était le vœu du Congrès des Praticiens préparant l'application de la *Liberté de Confiance* des malades et blessés ; les syndicats le réaliseront à la satisfaction de tous. »

L'arbitrage dans les Syndicats médicaux.

L'accord intervenu entre les représentants des Sociétés de Secours mutuels et ceux du Corps médical remet le soin de solutionner les conflits qui pourraient éclater à un Conseil arbitral départemental. Les hommes éminents qui l'ont élaboré ont ainsi marqué d'une consécration officielle un mode de juridiction qui, à juste titre, peut passer pour un des meilleurs sinon le meilleur. C'est un procédé simple, rapide, peu coûteux et qui est, en somme, le tribunal idéal pour tout ce qui a trait aux questions professionnelles.

Le Syndicat de Versailles, qui avait institué dans ses statuts un vrai tribunal d'arbitrage sous le titre de Conseil de famille, en a tiré des services considérables. En effet, son action peut s'étendre aux difficultés survenant entre médecins et collectivités, médecins et clients, enfin médecins entre eux.

Nous venons de voir ce que la commission médico-mutualiste attendait des tribunaux d'arbitrage pour la solution pacifique du conflit médico-mutualiste.

Ce principe doit s'étendre aux contestations entre médecins et Compagnies d'assurances. Les unes et les autres auraient certainement à y gagner. Aussi un groupe de médecins de la banlieue parisienne vient-il de signer un compromis avec les représentants des Compagnies d'assurances, pour créer une commission d'arbitrage permanent (1). C'est un essai, il est vrai, mais on est en droit d'en attendre les meilleurs résultats. Le contact fréquent de médecins et d'assureurs, entraînant des relations courtoises, finissant par faire tomber bien des méfiances et des appréhensions de part et d'autre, légitiment ainsi la pensée de l'éminent économiste Frédéric Bastiat : « Tous les intérêts légitimes sont harmoniques ».

Entre médecins et clients, les discussions qui peuvent survenir ont surtout comme point de départ des contestations d'honoraires ; est-ce que, dans ce cas, la solution rapide du conflit par des arbitrages très compétents en la matière n'est pas préférable au maquis de la procédure et au retentissement donné à l'affaire par le Tribunal civil ou la justice de paix ?

Enfin, nous verrons dans le chapitre suivant qu'ils sont une sauvegarde de la dignité de la profession médicale et du respect des conventions entre confrères ou vis-à-vis du syndicat.

(1) Des commissions analogues fonctionnent en Allemagne et donnent les meilleurs résultats.

Puisque l'arbitrage est un mode de procédure qui semble fait exprès pour les Syndicats médicaux et les intérêts professionnels en général, on nous permettra de reproduire l'étude qu'en a faite au Syndicat du Rhône, le Dr Taty:

« L'arbitrage est un droit de juridiction conféré à des particuliers par la volonté libre des parties, en vertu d'une convention appelée compromis.

Un décret des 16-24 août 1790 avait organisé la matière, et le texte des deux premiers articles mérite d'être cité, bien qu'il ait été modifié par le Code de procédure civile. Voici ce texte.

« Article premier.— L'arbitrage étant le moyen le plus raisonnable de terminer les contestations entre les citoyens, les législateurs ne pourront faire aucune disposition qui tendrait à diminuer soit la faveur, soit l'efficacité des compromis.

« Art. 2.—Toutes personnes ayant le libre exercice de leurs droits et de leurs actions pourront nommer un ou plusieurs arbitres pour prononcer sur leurs intérêts privés, dans tous les cas et en toutes matières, sans exception. »

Ces textes montrent avec quelle faveur extrême était déjà vu l'arbitrage dans le droit intermédiaire. Le Code de procédure civile est venu toutefois apporter quelques limites au droit de compromettre, c'est-à-dire de constituer des arbitres en vue de la solution d'un différend, notamment en ce qui concerne les questions d'Etat.

C'est aujourd'hui dans le livre troisième de ce Code, articles 1003 à 1028, qu'il faut chercher les règles de l'arbitrage ou du compromis moderne. Nous rappellerons ci-dessous les plus importants de ces articles :

« 1003.— Toutes personnes peuvent compromettre sur les droits dont elles ont la libre disposition.

1004. — On ne peut compromettre sur les dons et legs d'aliments, logements et vêtements ; sur les séparations d'entre mari et femmes, divorces, questions d'état, ni sur aucune des contestations qui seraient sujettes à communication au ministère public.

1005. — Le compromis pourra être fait par procès-verbal devant les arbitres choisis, ou par acte devant notaires ou sous signature privée.

1006. — Le compromis désignera les objets en litige et les noms des arbitres, à peine de nullité.

1007. — Le compromis sera valable, encore qu'il ne fixe pas de délai ; et en ce cas, la mission des arbitres ne durera que trois mois, du jour du compromis.

1008. — Pendant le délai de l'arbitrage, les arbitres ne pourront être révoqués que du consentement unanime des parties.

1009. — Les parties et les arbitres suivront, dans la procédure, les détails et les formes établis pour les tribunaux, si les parties n'en sont autrement convenues.

1010. — Les parties pourront, lors et depuis le compromis, renoncer à l'appel. — Lorsque l'arbitrage sera sur appel ou sur requête civile, le jugement arbitral sera définitif et sans appel.

1011. — Les actes de l'instruction et les procès-verbaux du ministère des arbitres seront faits par tous les arbitres si le compromis ne les autorise à commettre l'un d'eux.

1012. — Le compromis finit : 1° par le décès, refus, départ ou empêchement d'un des arbitres, s'il n'y a clause qu'il sera passé outre ou que le remplacement sera au choix des parties ou au choix de l'arbitre ou des arbitres restants ; 2° par l'expiration du délai stipulé ou de celui de trois mois, s'il n'en a pas été réglé ; 3° par le par-

tage, si les arbitres n'ont pas le pouvoir de prendre un tiers arbitre.

1013. — Le décès, lorsque tous les héritiers sont majeurs, ne mettra pas fin au compromis ; le délai pour instruire et juger sera suspendu pendant celui pour faire inventaire et délibérer.

1014. — Les arbitres ne pourront se déporter si leurs opérations sont commencées ; ils ne pourront être récusés si ce n'est pour cause survenue depuis le compromis.

1015..... (Vise l'inscription de faux).

1016. — Chacune des parties sera tenue de produire ses défenses et pièces une quinzaine au moins avant l'expiration du délai du compromis et seront tenus, les arbitres, de juger sur ce qui aura été produit. Le jugement sera signé par chacun des arbitres, et dans le cas où il y aurait plus de deux arbitres, si la minorité refusait de le signer les autres arbitres en feraient mention et le jugement aura le même effet que s'il avait été signé par chacun des arbitres. — Un jugement arbitral ne sera, dans aucun cas, sujet à l'opposition.

1017. — En cas de partage, les arbitres autorisés à nommer un tiers seront tenus de le faire par la décision qui prononce le partage ; s'ils ne peuvent en convenir, ils le déclareront sur le procès-verbal, et le tiers sera nommé par le président du tribunal qui doit ordonner l'exécution de la décision arbitrale. — Il sera, à cet effet, présenté requête par la partie la plus diligente. — Dans les deux cas, les arbitres divisés seront tenus de rédiger leur avis distinct et motivé soit dans le même procès-verbal, soit dans des procès-verbaux séparés.

1018. — Le tiers arbitre sera tenu de juger dans le mois du jour de son acceptation à moins que ce délai n'ait été prolongé par l'acte de la nomination ; il ne pourra prononcer qu'après avoir conféré avec les arbitres divisés qui seront sommés de se réunir à cet effet. Si tous les arbitres ne se réunissent pas, le tiers arbitre prononcera seul, et néanmoins il sera tenu de se conformer à l'un des avis des autres arbitres.

1019. — Les arbitres et tiers arbitres décideront d'après les règles du droit, à moins que compromis ne leur donne pouvoir de prononcer comme amiables compositeurs.

1020. — Le jugement arbitral sera rendu exécutoire par une ordonnance du président du tribunal de première instance dans le ressort duquel il a été rendu : à cet effet, la minute du jugement sera déposée dans les trois jours par l'un des arbitres, au greffe du tribunal. — S'il avait été compromis sur l'appel d'un jugement, la décision arbitrale sera déposée au greffe du tribunal d'appel, et l'ordonnance rendue par le président de ce tribunal.

Les poursuites pour les frais du dépôt et les droits d'enregistrement ne pourront être faites que contre les parties.

1021. — Les jugements arbitraux, même ceux préparatoires, ne pourront être exécutés qu'après l'ordonnance qui sera accordée, à cet effet, par le président du tribunal, au bas ou en marge de la minute, sans qu'il soit besoin d'en communiquer au ministère public ; et sera ladite ordonnance expédiée ensuite de l'expédition et de la décision.

La connaissance de l'exécution du jugement appartient au tribunal qui a rendu l'ordonnance.

1022. — Les jugements arbitraux ne pourront, en aucun cas, être opposés à des tiers.

1023.— L'appel des jugements arbitraux sera porté, savoir : devant les tribunaux de première instance pour les matières qui, s'il n'y eût point eu d'arbitrage, eussent été, soit en premier, soit en dernier ressort, de la compétence des juges de paix ; et devant les Cours d'appel pour les matières qui eussent été, soit en premier, soit en dernier ressort, de la compétence des tribunaux de première instance.

1024. — Les règles sur l'exécution provisoire des jugements des tribunaux sont applicables aux jugements arbitraux.

1025. — Si l'appel est rejeté, l'appelant sera condamné à la même amende que s'il s'agissait d'un jugement des tribunaux ordinaires.

1026 et 1027.... (Visent la requête civile).

1028. — Il ne sera besoin de se pourvoir par appel ni requête civile dans les cas suivants :

1° Si le jugement a été rendu sans compromis, ou hors des termes du compromis ;

2° S'il l'a été sur compromis nul ou expiré ;

3° S'il n'a été rendu que par quelques arbitres non autorisés à juger en l'absence des autres ;

4° S'il l'a été par un tiers sans en avoir conféré avec les arbitres partagés ;

5° Enfin, s'il a été prononcé sur choses non demandées.

Dans tous ces cas, les parties se poursuivront, par opposition à l'ordonnance d'exécution, devant le tribunal qui l'aura rendue et demanderont la nullité de l'acte qualifié jugement arbitral.

Il ne pourra y avoir recours en cassation que contre les jugements des tribunaux, rendus soit sur requête civile, soit sur appel d'un jugement arbitral.

(*A suivre.*)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

La note globale des honoraires en cas de collaboration.

Nous enregistrons avec une satisfaction bien naturelle les lignes suivantes de notre confrère Granjux dans le « *Bulletin médical* » :

« Depuis longtemps, les médecins praticiens se plaignent avec raison des ennuis qu'ils éprouvent — après une opération — pour faire régler leurs honoraires. Les clients, après avoir honoré le chirurgien, se considèrent comme définitivement libérés des conséquences pécuniaires de l'opération, et sont surpris de la voir évoquée à nouveau à la fin de l'année dans la note de leur médecin. Souvent ils manifestent leur étonnement. De là des difficultés de toutes natures.

« A la Commission administrative de la Société Société centrale de l'A. G., cette situation a été envisagée il y a quelques années et, à l'unanimité, nous avons adopté le principe de la *note globale*, c'est-à-dire comprenant les honoraires du chirurgien, de ses aides et du médecin traitant. Mais nous n'avons pas cru devoir déterminer quels devaient être les honoraires du médecin traitant par rapport à ceux du chirurgien.

« Cette question vient d'être abordée dans une réunion de l'Association amicale des médecins de la Banlieue-Ouest, à laquelle avaient été convoqués nombre de chirurgiens et de médecins des hôpitaux.

« S'y trouvaient, notamment, MM. Lereboullet, Fernand Bezançon, Claude, Henriquez, Triboulet, Œttinger, Routier, Savariaud.

« Après discussion, le principe de la *note globale* a été adopté. Les honoraires du médecin traitant ont été fixés au quart de ceux du médecin, au tiers de ceux du chirurgien, après défalcation de ceux des aides. Les membres présents ont pris l'engagement d'honneur, les uns de remettre qui le quart, qui le tiers de leurs honoraires, et les autres de ne pas demander davantage.

« Laissant de côté le quantum des honoraires,que nous n'avons pas la prétention de juger, nous n'hésitons pas à féliciter consultants et praticiens d'avoir adopté le principe de la note globale, qui attribue au praticien, ouvertement et à la connaissance du malade, la rétribution qui lui est due, et fera cesser une rémunération faite dans la coulisse, et par cela même prêtant à des suspicions regrettables à tous égards.

« Nous espérons que le principe de la note globale sera adopté par tous les groupements professionnels. »

Tous ceux qui connaissent le tarif rédigé en 1897 par notre Rédacteur en chef verront dans la décision ci-dessus rapportée l'application des idées que développait ce travail en ses deux derniers chapitres, idées qui, d'ailleurs furent souvent portées dans les groupements par nos amis et notamment par MM. Lepage, Gouffier, etc...

Si, pour une fois (revenant de Belgique), nous faisons timidement une petite revendication de priorité, c'est afin de constater la lenteur avec laquelle, chez les médecins,marchent les courants de défense professionnelle.

Onze ans d'hésitation et d'inertie devant des questions si vitales !! Et que de suspicions tout cela nous a valu !!

Consolons-nous avec le refrain de nos confrères de Lille.

« Le corps médical s'agite » etc., etc... (Voir *Petit Praticien*), et rappelons aussi le dernier vœu du 2e Congrès des Praticiens qui allait se séparer et décida en partant, sur le rapport de Vimont,

« D'inviter tous les groupements médicaux à « l'adoption générale du tarif Jeanne avec adap- « tation de ses chiffres aux circonstances locales « ou régionales et sans descendre pour l'acte mé- « dical le plus simple au-dessous du minimum de « 2 fr. »

Mais faudra-t-il encore onze ans pour réaliser cela ?

CHRONIQUE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Note des délégués médicaux de la commission ministérielle du tarif-accidents du travail.

(Remise en novembre 1907.)

Les desiderata des Syndicats médicaux et autres groupements professionnels des praticiens français en vue de la révision du tarif des honoraires pour soins donnés aux victimes du travail.

Monsieur le Directeur,

Depuis deux ans, en notre qualité de délégués à la commission ministérielle, nous avons reçu les avis (peut-être serait-il plus juste de dire les plaintes) de la presque unanimité des Sociétés médicales qu'une circulaire ministérielle d'octobre 1905 avait invitées à parler à propos de l'application de l'article 1er de l'arrêté-tarif du 30 septembre de la même année.

Ces avis nous sont parvenus : 1° sous la forme prévue par ladite circulaire ; 2° par l'envoi de délibérations très étendues et de rapports très étudiés insérés aux procès-verbaux des séances des groupements régionaux, et souvent même publiés dans leurs Bulletins ; 3° par des communications aux assemblées générales des groupements centraux ; 4° par les cahiers adressés au Comité de préparation et aux rapporteurs du Congrès des Praticiens ; 5° par des études publiées dans toute la presse médicale ; 6° enfin, par des milliers (nous n'exagérons pas) de lettres adressées à l'Union des Syndicats médicaux, à l'Association Générale des médecins de France, au *Concours médical.*

Nous savons, d'autre part, que quelques Sociétés, peu nombreuses du reste, et sans doute parce que généralement non adhérentes à nos grandes fédérations, ont fait parvenir directement leurs observations ou doléances au Ministère du Commerce et au Ministère du Travail. Mais la plupart nous en ont quand même soumis au moins la substance et celle-ci fait partie de notre documentation.

Ceci rappelé, *nous entrons sans plus tarder* dans l'examen des renseignements que fournit cette dernière.

1° *La nécessité de commissions d'arbitrage entre responsables et médecins.*

Cette question apparaît comme ayant un caractère d'importance capitale, nos Sociétés étant d'avis que, *dans la pratique*, l'existence et le fonctionnement de ces organes est la condition *sine qua non* de l'application de la loi de 1905, faite suivant sa lettre et surtout suivant son esprit, but définitif qu'il convient d'atteindre au plus tôt.

C'est pourquoi, par note spéciale remise à Monsieur le Directeur de l'assurance et de la prévoyance sociale, nous avons insisté de toutes nos forces en faveur de la création officielle de ce rouage de paix et de loyal contrôle. Nous ne nous y arrêtons pas ici davantage.

3° *L'urgence de la révision du Tarif de* 1905.

La demande formelle d'une révision dès que sera écoulé le délai légal est formulée par tous les groupements et appuyée sur le préjudice grave causé par telles ou telles dispositions du régime actuel qui apparaissaient comme ne pouvant être équitablement maintenues parce qu'elles ont des répercussions intolérables sur le bon traitement des lésions et sur les conditions nécessaires à la possibilité de la pratique médicale.

C'est en nous basant sur cette constatation que, par la note spéciale dont nous parlions tout à l'heure, nous avons transmis officiellement la demande de révision à M. le Directeur de l'assurance et de la prévoyance sociale.

3° *Les critiques des Syndicats médicaux.*

Passons maintenant en revue les vœux détaillés des Syndicats médicaux.

a) *Différence du prix de l'acte médical au cabinet et au domicile rapproché d'un blessé.* — L'illogisme de cette distinction arbitraire, qui s'appuie sur certaines habitudes urbaines est vivement relevé par la masse des praticiens ruraux qui, eux, ne peuvent s'assujettir à des heures fixes, pour de rares consultations, ayant à parcourir du matin au soir des clientèles de grand rayon. Ils s'appuient sur tous les arguments jadis rappelés par le Tarif Jeanne pour dire : « L'acte médical qui sert de base et d'unité doit être fixé *partout* au chiffre de 2 fr., que ce soit au cabinet ou dans une étendue d'un kilomètre autour de celui-ci. *Pas de distinction à établir à ce sujet entre localités de population différente : c'est un contre bon sens, c'est de l'arbitraire souverainement injuste, cela n'a aucun fondement rationnel.* Que si, dans les

grandes villes, on élève le prix de cette unité à 2 fr. 50 ou 3 fr., il faut qu'il soit entendu que c'est par mesure forfaitaire basée sur la difficulté d'y taxer pour chaque espèce l'indemnité kilométrique. En agissant ainsi, on laissera, ce qui est juste, le praticien seul juge compétent et *désintéressé* de la préférence à donner aux soins à domicile ou aux soins à son cabinet. »

b) *Comment doit se compter l'indemnité kilométrique* ?

Sur ce point encore, tous nos groupements sont d'accord à répéter : « *D'après la distance qui sépare la maison du médecin de celle où il soigne le blessé.* » Toutes les distinctions que nous avions artificiellement établies dans la rédaction de l'article 8 du tarif actuel, *toutes*, disons-nous, à l'exception de la tarification de nuit, ont subi les plus amères critiques et souvent même ont forcé les médecins *à ne pas répondre au libre choix du blessé.* C'est à un tel point que des groupements entiers et des plus importants, le Rhône, par exemple, ont refusé de marcher autrement que sur appel du patron, c'est-à-dire en se plaçant dans d'autres conditions que celles de l'application du tarif. Les conséquences de notre article 8 ont révolté tout le monde ; c'était l'organisation du « laisser mourir » dans tous les départements à population peu dense, à communes très étendues, en pays de montagne, etc.

Nous n'avons pu faire patienter nos mandants sur ce point qu'en leur affirmant la Commission disposée à supprimer ces distinctions purement arbitraires.

c) *A quel taux rémunérer les déplacements* ?

Constatons d'abord que le transport en chemin de fer n'avait rien à voir dans nos préoccupations, parce que le praticien n'en use pas pour ses tournées, à moins de vouloir se condamner de parti pris à de folles pertes de temps.

Mais faut-il, pour le transport en voiture, s'en tenir au chiffre actuel et surtout à son uniformité ?

A première vue, les rapports de nos groupements diffèrent beaucoup sur cette question.

Mais l'examen attentif de leurs dires prouve bien vite que jamais moyenne critiquée ne fut aussi injuste que celle-là, surtout dans ses contingences avec les habitudes régionales. On se rend encore compte que, portée à 0,60 centimes au lieu de 0,40, elle rémunérerait à peu près équitablement la masse médicale prise dans son ensemble, mais elle jure inapplicablement dans la pratique quand on la fait jouer à côté des prix habituels du reste de la clientèle.

Nous persistons donc à penser que, s'il est créé des Commissions arbitrales régionales s'inspirant du même esprit que la Commission de 1905, nous devrions leur laisser le soin de fixer des prix régionaux compris entre 0,40 centimes et 1 franc, en se tenant légèrement au-dessus des prix analogues adoptés pour l'Assistance départementale.

Là serait l'équité inattaquable, et là seulement la solution vraie de la difficulté.

d) *Le rétablissement du prix de* 5 *fr. pour tous les certificats.*

S'il est un acte par lequel nous ayons froissé la dignité des médecins consciencieux dont la Commission tenait tant, disait-elle, à respecter le caractère et les intérêts, c'est celui qui nous fit abaisser à une rémunération de gratte-papier obscur l'honoraire des certificats médicaux qui seraient devenus le rouage capital de l'application régulière de la loi accidents. Nous en avons lu et entendu de dures sur ce point ; résumons-les dans le reproche d'avoir amoindri et presque disqualifié le médecin, cet arbitre né entre les intérêts *à concilier* du patron et de la victime. On a tué ainsi du premier coup l'initiative d'hommes scrupuleux qui se faisaient d'emblée intermédiaires de pacification. Et le jour où ils ont su d'où leur venait le coup, n'était-il pas quasi-naturel pour eux ou bien de rester dans l'indifférence du scribe à la table qui ne se préoccupe pas de prévoir ou bien de ne mettre leur sagacité qu'au service de la victime dont ils avaient charge ?

Il faut reconnaître ou nier le rôle arbitral du médecin dans l'application des lois de solidarité sociale. Si on le nie, une Commission comme celle de 1905 peut céder la place à un pouvoir arbitraire quelconque opérant sans scrupule et sans ménagements ; si on le reconnaît, on doit le prouver par des actes.

Quarante sous pour un certificat ! Et le plus souvent zéro ! Nous avons reçu des reproches et presque des injures pour avoir contresigné cela, nous n'avons rien trouvé pour nous défendre... parce qu'il n'y avait rien, en effet.

e) *Fixation d'un honoraire pour le médecin traitant du blessé quand celui-ci réclame sa présence à une expertise dont il est l'objet.*

Sans même attendre le dépôt de notre demande à ce sujet, nos Sociétés de défense professionnelle n'ont pu se retenir d'aller dire à Monsieur le Ministre du travail les graves conséquences d'une lacune laissée sur ce point dans le Tarif de 1905. Un énorme dossier de faits a permis de mesurer l'état d'infériorité des victimes devant l'expert quand celui-ci entend le médecin patronal, ce qui arrive constamment, et quand le blessé n'est pas assisté du sien.

Nous savons qu'on avait répondu à cela : « Il ne s'agit pas là de *frais médicaux.* Mais nous continuons de penser que cet acte de présence, à l'expertise, du médecin librement choisi par le blessé est un acte uniquement médical de constatation de symptômes, de diagnostic, de pronostic, acte accompli dans des conditions de difficulté qui exigent un honoraire spécial analogue à celui que reçoit le médecin patronal. Sa tarification par l'arrêté ministériel est pour le moins aussi légitime que celle des certificats et nous ne comprendrions pas qu'il y eut à ce sujet deux poids et deux mesures : encore moins pourrions-nous le faire comprendre aux Syndicats dont nous sommes les mandataires.

f) *Nécessité d'entendre les spécialistes au sujet de leurs honoraires.*

Il y a deux ans, nous avions fait aveu d'hésitation et de compétence insuffisante devant le chapitre des honoraires des spécialistes. Leurs groupements n'avaient d'ailleurs fourni aux délégués médicaux que des données assez imprécises. Aujourd'hui, la situation est tout autre ; les syndicats de spécialistes se sont préparés à documenter la Commission ; nous demandons que leurs représentants soient entendus par elle, leur concours devant être sur ce point aussi utile que le nôtre serait insuffisant.

g) *Lacunes à combler.*

Elles sont de divers ordres.

1° L'une des plus grosses consiste dans la nécessité de limiter le nombre des séances de massage, de mobilisation, d'électricité, d'hydrothérapie, de mécanothérapie pouvant être prescrites, pratiquées ou surveillées par le seul médecin traitant. D'accord avec plusieurs groupements, et notamment le Syndicat de la Seine, nous estimons, qu'au-delà de dix séances le médecin patronal doit être appelé par le médecin du blessé à se prononcer, par voie d'ordonnance écrite et signée en commun, sur la continuation, la modification ou la suspension de ces traitements ; la rencontre des deux médecins dans ces cas, comme

dans beaucoup d'autres, qu'on devrait multiplier pour la sauvegarde des intérêts à concilier, tombant sous la tarification prévue à l'article 4 de l'arrêté.

2° Si nous nous décidons enfin à admettre le principe de l'uniformité de prix pour l'*unité consultative* et l'*unité visite* précisée comme nous l'avons dit, les syndicats médicaux admettraient le remplacement des chiffres prévus à l'article 11 (F. G. H. I. J. K. L.), par un chiffre unique intermédiaire adopté pour simplification. Ainsi disparaîtrait cette étrangeté de tels ou tels actes médicaux rémunérés à des prix inexplicablement différents suivant qu'ils étaient pratiqués au lit du blessé ou sur la chaise longue de notre cabinet.

3° Le repos nocturne du médecin est quelque peu protégé par la tarification des soins de nuit ; il en est de même de l'emploi méthodique de son temps troublé par les visites à heure fixe.

Une trentaine de Syndicats, c'est-à-dire la plupart de ceux qui ont adressé leurs observations depuis la loi sur le repos hebdomadaire et celle sur l'extension du risque professionnel aux professions commerciales, réclament que cette protection soit étendue à l'après-midi dominical du médecin, cet ouvrier de la santé publique dont le Ministère du travail ne voudra pas se désintéresser plus que des autres et qui a bien droit à quelques heures de repos hebdomadaire quand l'urgence et l'humanité ne sont pas en jeu.

4° Enfin et surtout les Syndicats ont signalé comme lacune particulièrement regrettable (faut-il dire du tarif ou de la logique de ses rédacteurs?) la fameuse division des prix d'après le chiffre de la population des communes. Ils nous ont rappelé que le tarif d'expertise civile avait contenu longtemps une énormité de ce genre, quant aux honoraires des vacations, que personne ne l'avait jamais comprise ni expliquée ; qu'elle avait disparu sous le ridicule vers 1894 ; que chacun s'était alors étonné qu'elle eût pu durer et même naître. Ils conjurent la Commission de supprimer cet anachronisme auquel n'a pu remédier en rien l'enquête palliative, d'ailleurs avortée, prévue au même article 1er du tarif.

Tel est, Monsieur le Directeur, le résumé des demandes sur lesquelles les Syndicats médicaux basent leur vœu de révision prochaine du tarif.

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de nos meilleurs sentiments,

Dr PEDEBIDOU. Dr JEANNE. Dr DUBUISSON.

A l'appui de la réclamation relative au minimum de 2 fr., dont il est parlé dès le début de cette note, les délégués médicaux avaient reçu la lettre ci-dessous, qui réduisait à néant les arguments fournis en 1905 par les assureurs au sujet de la région du Nord.

Lille, le 3 octobre 1907.

A Messieurs les Membres de la Commission pour la révision du tarif des honoraires médicaux dans les accidents du travail.

Les deux importants groupements professionnels de la région du Nord : la *Fédération des Syndicats médicaux du Nord et du Pas-de-Calais*, qui comprend 15 Syndicats et compte près de 600 membres, d'une part, et l'*Association de Prévoyance et de Secours mutuels des Médecins du département du Nord*, qui est une filiale de l'*Association générale des Médecins de France*, et qui compte plus de 400 membres dans notre département, d'autre part, ont reçu mandat de leurs adhérents de venir vous présenter les observations suivantes :

Lors des dernières modifications apportées à la loi sur les accidents du travail, la plupart de nos confrères croyaient que les honoraires seraient réglés d'après le tarif Dubief, mais ils ont été grandement lésés dans leurs intérêts, parce que l'arrêté ministériel subséquent a compris la plupart des villes du Nord parmi celles où le prix de la visite est abaissé à 1 fr. 50, parce que, dans les dix années qui ont précédé la loi, le prix de la visite ouvrière aurait été inférieur à 2 francs.

A l'heure actuelle donc, les visites médicales pour les accidents du travail sont tarifées à 1 fr. 50, et la consultation dans le cabinet, même quand elle nécessite un pansement, à 1 franc.

Il est évident que la bonne foi de la Commission a dû être surprise par des rapports et des certificats dont nous ne connaissons pas l'origine, mais qui commettaient une grave erreur en affirmant que la visite ouvrière, dans les villes du Nord, se payait couramment au-dessous de 2 fr.

Victimes d'un véritable déni de justice, les médecins du Nord ont fait établir des certificats par les maires des principales communes de notre département, attestant quels sont les prix et les usages dans notre région, et nous ont chargés de vous les transmettre.

Nous remplissons donc le mandat qui nous a été confié, en vous transmettant SOIXANTE certificats portant sur CENT UNE communes, et nous espérons que cette démarche suffira pour vous démontrer le bien-fondé de notre réclamation lorsque nous demandons que, dans toutes ces localités, le prix de la visite aux accidentés du travail soit fixé à 2 francs, comme par le passé, puisqu'il est prouvé par les certificats ci-joints que ces communes ne se trouvaient nullement dans le cas prévu par la loi pour être soumises au tarif d'exception de 1 fr. 50.

Nous attirons aussi votre attention sur deux autres points : le prix des certificats de maladie et de guérison, d'une part, et le tarif kilométrique, d'autre part.

Vous verrez par l'extrait du procès-verbal de notre dernière Assemblée générale quels sont les *desiderata* de nos confrères sur ces deux points. Les raisons qui militent en faveur du relèvement du tarif y sont résumées, et nous nous tenons à votre disposition si vous aviez besoin, à ce sujet, de quelques explications complémentaires.

Recevez, Messieurs, l'assurance de notre parfaite considération.

Pour les médecins du Nord et par ordre :

Le Président, Dr CAUDRELIER,
Le Secrétaire, Dr G. LEMIERE.

Le Président, Dr NOQUET.
Le secrétaire, Dr SURMONT.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

La question du cumul dans le Tarif Dubief.

Justice de Paix du XVIIIe arrond. de Paris.

29 *mai* 1908.

M AYME, juge.

Attendu que Delpeuch a formé opposition à l'exécution d'un jugement par défaut rendu contre lui, en date du 27 mars dernier, qui l'a condamné à payer au docteur Houlié la somme de 285 francs pour soins médicaux donnés à un de ses ouvriers à la suite d'un accident du travail ;

Attendu que la dite opposition est régulière, le reçoit opposant au fond ;

Attendu que Delpeuch soutient que la somme réclamée n'est pas due en totalité, la note d'honoraires du docteur Houlié n'ayant pas été établie conformément au tarif de l'arrêté ministériel du 30 septembre 1905 applicable aux accidents du travail ;

Attendu que le défendeur ne paraît pas contester le quantum des visites ni la nature des soins donnés mais soutient que le docteur a compté à tort 7.50 des pansements dont le prix a été fixé à 5 francs par le tarif ministériel ;

Attendu que la prétention du défendeur ne paraît pas justifiée ; qu'en effet il s'agit dans l'espèce de pansements antiseptiques complets nécessités par la gravité de l'état du malade atteint d'un phlegmon au pied droit ;

Qu'aux termes de l'article 10 du tarif précité, il est alloué au médecin traitant, en sus du prix d'une visite, une allocation correspondant au prix de deux visites, soit 7.50 par chaque pansement antiseptique ;

Que les termes formels du dit article ne se prêtent à aucune interprétation divergente sur le sens à donner à la prescription qu'il renferme ;

Que dans ces conditions il y a lieu d'accueillir dans son intégralité la demande de Houlié.

Par ces motifs, dit que le jugement par défaut sera exécuté.

Note. — La question du cumul du prix de la visite ou consultation avec les allocations prévues par le Tarif ministériel pour les opérations de petite chirurgie ne peut plus donner lieu à des divergences dans les décisions des tribunaux de paix, à moins que certains juges de paix continuent à fermer les yeux et les oreilles aux manifestations définitives de la jurisprudence des juridictions d'appel. Aux documents déjà publiés dans le *Concours*, il y a lieu d'ajouter les renseignements suivants. Dans le n° 1 du 5 janvier 1908 a été publiée une décision de M. le juge de paix du XIIIe arrondissement de Paris du 18 octobre 1907, *conforme à la jurisprudence de la IVe chambre*, 3e section du tribunal civil de la Seine (spécialement chargée des questions relatives à l'application de la loi accidents). Le patron ou plutôt sa Compagnie d'assurances avait frappé d'appel la décision du juge de paix. L'affaire venait à l'audience il y a quelques jours, mais le tribunal avertit, dès l'ouverture des débats, l'avocat de l'appelant que toute plaidoirie était inutile, la jurisprudence du tribunal et son opinion sur la question étant définitivement établies. L'avocat patronal n'eut plus qu'à demander une remise de l'affaire pour pouvoir se désister de son appel.

Le jugement du tribunal de paix du XVIIIe arrondissement de Paris que nous publions aujourd'hui montre que la solution de la question du cumul ne peut plus faire aujourd'hui l'ombre d'une discussion, quoiqu'en disent avec *assurance* les représentants... de celle-ci

REPORTAGE MÉDICAL

Association d'enseignement médical professionnel. — *Liste des cours de vacances.* — Du lundi 21 septembre au samedi 3 octobre 1908.

1° *A l'hôtel des sociétés savantes, rue Serpente* : 8 heures, Chirurgie pratique (exceptionnellement, ce cours n'aura pas lieu pendant cette série et reprendra à Pâques 1909), Dr Cazin ; 11 heures, Chirurgie dentaire, Dr Roy ; 4 heures, Electricité médicale, Dr Legros ; 5heures, Accouchements, Dr Dubrisay.

2° *Dans différents hôpitaux :* 8 heures, Thérapeutique dermatologique et syphiligraphique; Dr Leredde, Etab. dermatologique, 31, rue La Boëtie ; 9 h. 1/2. Gynécologie, Dr d'Herbécourt, Clinique, 73, rue d'Amsterdam ; 9 h. 1/2. Auscultation, Dr Audistère, Hôtel-Dieu ; 9 h. 1/2. Thérapeutique infantile, Dr Armand-Delille, Enfants-Malades ; 11 heures. Maladies des voies urinaires, Dr Pasteau, Necker; 4 heures. Orthopédie et chirurgie infantile. Dr Paul Barbarin, Clinique, 76, quai des Orfèvres ; 5 heures Ophtalmologie, Dr De Font Réaulx. Clinique, 73, rue d'Amsterdam ; 5 heures. Oto-rhino-laryngologie, Dr Caboche, Clinique, 73, rue d'Amsterdam ; 6 heures. Oto-rhino-laryngologie. Dr Menier, Clinique Médico-Chirurgicale, 76, quai des Orfèvres.

Le droit d'inscription de chaque cours (qui comprendra en moyenne neuf leçons) est fixé à 25 francs payables en s'inscrivant. — On peut s'inscrire par correspondance, ou le lundi 21 septembre, de 11 heures 1/2 à midi, à l'hôtel des Sociétés Savantes.

Pour les inscriptions et tous renseignements, s'adresser au Dr Paul Barbarin, 186, faubourg Saint-Honoré.

Physiothérapie. — *Cours de vacances.* — MM. les Drs Albert-Weil, Bardet, de Beurmann, Bouloumié, Cautru, Desfosses, Dominici, Durey, Kruger, Lagrange, Lalesque, Gaston Lyon, Mougeot, Pariset et Sandoz feront du 15 octobre au 7 novembre, à l'*Ecole des Hautes Etudes Sociales*, 16, rue de la Sorbonne, *un cours complet de physiothérapie avec démonstrations et exercices pratiques.*

Ce cours sera divisé en *trois séries* de 20 leçons et sera complété par une visite de deux jours aux installations modèles de physiothérapie et d'hydrologie de Vichy.

La première série comprendra l'électrothérapie, la radiothérapie, la radiumthérapie, la photothérapie et la méthode de Bier.

La deuxième série comprendra le massage, la mécanothérapie, la gymnastique thérapeutique et éducative.

La troisième série comprendra la diététique, l'hydrologie, la climatothérapie, les cures naturistes, l'hydro et la thermothérapie.

Le prix de chacune des séries de vingt leçons est de quarante francs.

Le prix du voyage d'études à Vichy (frais de séjour et de transport compris) par suite d'une entente avec la Compagnie fermière, ne sera que de trente francs.

On peut s'inscrire, dès à présent, pour une série ou pour les trois chez MM. Vigot frères, 23, place de l'Ecole-de-Médecine ou chez le Dr Durey, 16, rue de Logelbach.

Le programme détaillé sera publié ultérieurement ; l'horaire des diverses leçons sera réglé de telle sorte que les élèves pourront suivre les 3 séries simultanément.

Association française d'Urologie. — La douzième session de l'*Association française d'Urologie* se tiendra à Paris, à la Faculté de médecine, du 8 au 10 octobre 1908, sous la présidence de M. le professeur Guyon.

La question mise à l'ordre du jour est la suivante : « De l'incontinence dite essentielle de l'urine ». Rapporteur : M. Bazy (de Paris).

Les Membres de l'Association qui auraient une communication à faire, soit sur cette question, soit sur un autre sujet, sont priés d'en informer le secrétaire général : M. E. Desnos, 59, rue La Boëtie, Paris.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs Dousset, de La Guerche (Ille-et-Vilaine) et Garavel, de Montreuil-sur-Seine (Seine), membres du « Concours ».

Le Directeur-Gérant : **Dr H. JEANNE.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales

Trentième année N° 32 Dimanche 9 AOUT 1908

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médécine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

ASSOCIATION AMICALE

50 ans : l'âge critique.

Oui, chers Confrères, chers Sociétaires, pour vous, l'âge critique est la cinquantième année. C'est à ce moment là que beaucoup d'entre vous vont se voir fermer le droit de s'assurer une retraite pour eux ou pour leurs veuves, s'ils laissent s'écouler l'année, s'ils laissent passer la séance du Conseil de septembre sans envoyer leur adhésion aux combinaisons C ou D.

Combien, depuis quelques mois, en ai-je reçu de ces lettres désolées de confrères qui, apprenant qu'il existe en France une Amicale indemnité-maladie, et recevant sur leur demande un exemplaire de nos statuts, me répondent, navrés, qu'ils n'ont plus l'âge voulu pour entrer à A ou à C ou à D, parce qu'ils ont attendu trop longtemps pour s'occuper de prévoyance pour eux-mêmes ! Il y a huit jours, la femme d'un brave et vieux confrère, ayant par hasard ouvert le *Concours Médical* en attendant son mari attardé dans la campagne, apprit qu'une œuvre de solidarité confraternelle assurait les médecins français à la fois contre la maladie et contre la vieillesse, et que cette même œuvre ouvrait une section de retraite pour les veuves. Vite, en l'absence du confrère trop occupé à consoler ses malades pour s'occuper de lui-même, elle m'écrivit..... Mais hélas ! le mari a 63 ans ! Que faire ! et j'ai dû répondre : « Trop tard ! »

D'autres, et ici, je parle de nos propres camarades de l'Amicale, ont bien l'intention de s'assurer une retraite et d'assurer leurs veuves : j'en ai pour preuves leurs lettres, leurs demandes de renseignements ; les combinaisons C et D les intéressent fort, ils reçoivent nos statuts, les mettent en vue sur leur bureau pour les lire à la première minute libre entre deux consultations ; puis arrive un journal, une brochure, un client ; on jette le journal sur les statuts, la brochure sur le journal, on reçoit le client, on oublie les projets, on n'a pas vu la fameuse limite d'âge de 50 ans qui clôt le droit d'entrée aux combinaisons de retraites C et D... Un jour à 52 ans, à 55 ans, on repense après une causerie entre camarades, après un article du *Concours*, qu'il serait tout de même utile et bon de s'assurer la retraite. Vite, on fait un effort, on écrit au Secrétaire Général et celui-ci répond : « Vous avez plus de 50 ans, cher confrère, donc vous ne pouvez plus entrer aux combinaisons C et D ! et les vieux jours ne sont pas assurés, et le confrère meurt laissant sa veuve sans ressources !

Et d'ailleurs, pourquoi attendre la 50e année ! pourquoi, vous tous les jeunes de la Combinaison A, n'adhérez-vous pas tout de suite à C et à D si vous êtes mariés ? Plus vous entrerez jeunes, plus la prime à payer sera légère à votre budget.

Attention donc ! gare aux 50 ans ! Que tous

nos camarades menacés à bref délai par cet âge fatidique n'hésitent pas un instant et s'inscrivent en masse. Tous les confrères nés en 1858 n'ont plus que deux mois devant eux pour adhérer à la Combinaison C qui leur donnera dans 15 ans 1200 fr. de retraite pour une prime qu'avec une contre-assurance, nous remboursons à leurs héritiers, s'ils meurent avant 65 ans.

Ils n'ont plus que deux mois pour adhérer à D, pour assurer à leurs femmes 600 fr. de retraite s'ils meurent avant elles.

C'est au prochain Conseil de septembre 1908 que, pour eux, auront lieu les dernières admissions.

Et afin qu'aucun d'eux n'en ignore, comme on dit au Palais, nous avons relevé les numéros de tous ceux que la cinquantaine menace : en voici la liste : Nul ne pourra nous reprocher de ne pas l'avoir prévenu.

52	101	121	122	129	132	136	153
194	245	247	259	282	290	297	307
321	330	332	345	359	362	371	376
397	400	438	478	483	510	515	531
554	594	595	598	601	605	701	712
721	752	779	786	841	851	862	986
993	1049	1137	1151	1205	1319	1426	1436
1441	1479	1487					

Dr MIGNON,

Secrétaire Général de l' « Amicale ».

LA SEMAINE MÉDICALE

La rachistovaïnisation.

Le *Journal de chirurgie* de GOSSET, PROUST et DUMONT, donne un résumé fort bien étudié et tout à fait impartial de cette fameuse méthode nouvelle d'anesthésie générale qui consiste à injecter dans le canal rachidien, par le procédé de la ponction lombaire et après avoir soustrait une dizaine de centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien, environ 8 c.c. de solution stovaïnée et qui a nom *rachistovaïnisation*. De nombreuses discussions ont eu lieu à la Société de chirurgie et dans diverses Sociétés, et l'impression générale qu'elles laissent est plutôt défavorable. Chez les malades ainsi anesthésiés, on a noté si fréquemment des troubles graves (syncopes mortelles, parésies et même paralysies prolongées, douleurs tenaces, troubles trophiques, fourmillements, sueurs, engourdissements, etc.) que la plupart des chirurgiens se décident à l'abandonner.

Tout au plus peut-on encore l'essayer dans les opérations sur les membres inférieurs et sur le bassin ; il est de toute nécessité de ne pas placer le sujet dans une position trop horizontale, ni surtout la tête plus basse que le bassin, sous peine de risquer une mort subite par paralysie bulbaire.

La conclusion est donc formelle. Puisque nous avons dans l'éther et le chloroforme des procédés d'anesthésie à peu près sans danger, surtout depuis le perfectionnement des méthodes et des appareils, ne nous laissons pas tenter par l'apparente commodité de la rachistovaïnisation procédé dont les dangers dépassent de beaucoup l'efficacité.

La rachicocaïnisation, chère à notre confrère Le Filiâtre, a encore besoin que le temps et les expériences confirment le bien que l'on en dit. Elle réussit entre certaines mains, mais non pas dans toutes.

Le régime a chloruré.

Les occasions d'appliquer le régime déchloruré ou a chloruré sont malheureusement nombreuses car les cas d'albuminurie sont de plus en plus fréquents (scarlatines, mal de Bright, artériosclérose, diabète suivi d'albuminurie, cardiopathies).

En quelques lignes, rappelons ce que comporte ce régime rigoureux :

A moins d'accidents urémiques aigus on pourra permettre l'usage des viandes rouges ou blanches, car il n'y a pas lieu d'établir entre elles une différence notable. Les poissons d'eau douce seulement, seront également permis. On pourra user largement des œufs préparés de diverses manières et particulièrement avec des sauces ; des pommes de terre cuites à l'eau, au four, assaisonnées de beurre, du riz, qui constitue, on le sait, une bonne alimentation chez les brightiques ; de bon nombre de légumes, tels que petits pois, carottes, poireaux, laitues, chicorées, haricots verts, aubergines, crosnes, salsifis. La plupart de ces aliments pourront être préparés avec des condiments multiples : vinaigre, citron, estragon, thym. Les sucreries, peuvent rendre service ; le chocolat sec ou liquide, en particulier ; on devra se méfier que nombre de pâtisseries sont préparées à la fois avec du sel et du sucre.

C'est précisément parce qu'il est riche en chlorure de sodium que le pain ordinaire ne pourra être employé. Aussi a-t-on préconisé un pain spécial, dont on trouve actuellement diverses variétés commerciales ; il a le désavantage de se dessécher rapidement, mais, par certains artifices de préparation, on peut atténuer cet inconvénient. L'eau sera la principale boisson ; mais on peut permettre le vin à des doses modérées.

Seront formellement exclus de la table des malades : les poissons de mer, les huîtres, les moules, les conserves et en général tout ce qui contient une proportion même minime de sel.

On ne compte plus les succès de cette nouvelle méthode alimentaire qui fait disparaître presqu'à volonté, les moindres œdèmes dus à l'albuminurie et qui associée à la cure de repos et à la stricte observation de l'hygiène du vêtement et de l'habitation, assure aux Brightiques la survie sans complications, pendant de nombreuses années.

Septicémies et intoxications.

Les progrès de la chimie permettent aux fraudeurs et aux malfaiteurs de commettre avec une facilité et une sûreté presque déconcertantes des crimes répétés sans que la justice et les experts puissent souvent reconnaître la véritable origine du mal qui terrasse les victimes. Depuis quelques semaines, il n'est question que de soi-disant épidémies de régions ou de casernes, épidémies habituellement fort graves et même meurtrières.

A Couterne, près Bagnoles-de-l'Orne, règne de-

puis quelques semaines une épidémie de ce genre.

Plus récemment, à Cherbourg, une quarantaine de soldats, au moins, furent frappés d'un mal terrible, qui emporta un d'entre eux en quelques heures. Analyses, autopsies, enquêtes, ne révélèrent tout d'abord que des faits contradictoires.

A Couterne, le mal paraissait avoir débuté dans une ferme et s'être propagé par le lait ; l'analyse du lait, faite à Chartres, indiqua : *Lait mouillé et écrémé*, ce qui provoqua une hilarité universelle.

A Cherbourg, l'autopsie du premier décédé révéla des ulcérations nombreuses du tube digestif, ce qui fit crier immédiatement à l'empoisonnement.

O douce ironie ! Les expertises sont aussi peu lumineuses qu'il y a cinquante ans et les progrès de la science profitent aux criminels alors que les défenseurs des honnêtes gens, tâtonnent encore dans les nouveaux mystères contre lesquels ils n'ont pas su s'armer, ni se documenter.

De quoi s'agit-il, en réalité ? Devons-nous oser nous prononcer sans avoir en mains les pièces des procès ? ce serait, au moins téméraire, puisque nos confrères chargés des expertises n'ont osé le faire, tout au plus peut-on penser pour le cas de l'épidémie de Couterne à une véritable septicémie éberthienne, c'est-à-dire à une fièvre typhoïde infectieuse et ultra-virulente, dont l'origine doit être dans le puits servant au lavage des récipients à lait de la ferme. Quant aux malheureux soldats de Cherbourg, il est bien possible qu'il s'agisse d'une véritable intoxication par les aliments ou la boisson qu'une main criminelle a pu additionner d'émétique, de sublimé ou de tout autre poison; mais tout cela prouve une fois de plus l'insuffisance de la surveillance hygiénique d'une part, et la nécessité d'instituer dans les départements des laboratoires d'analyse et de vérification analogues à ceux qui fonctionnent à Paris et dans les grandes villes, d'autre part.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Valeur séméiologique des leucoplasies des joues et des commissures.

M. Landouzy fait une communication sur la valeur séméiologique des leucoplasies des joues et des commissures, dites « plaques de fumeurs ».

On a distingué les stomatites blanches, nacrées, siégeant à la face interne des joues, souvent près des commissures (triangles commissuraires des fumeurs), de la leucoplasie vraie, attribuant les premières uniquement à l'action du tabac et considérant les secondes comme fonction de syphilis, de syphilo-nicotinisme (Fournier, Gaucher, Landouzy). M. Landouzy estime aujourd'hui que cette distinction est superflue. Toutes ces affections blanches de la bouche ont, à son avis, une même source : la syphilis. Pour les produire, l'usage du tabac (collaborateur important et puissant toutefois) n'est nullement indispensable.

Ainsi, les taches nacrées, opalines, même atténuées, de la face interne des joues et des commissures, devraient être mises, comme les grandes plaques de leucoplasie linguale, à la charge de la syphilis. Bien plus, elles en constitueraient un stigmate et permettraient de diagnostiquer rétrospectivement une syphilis oubliée ou méconnue. M. Landouzy pose en principe que toute stomatite blanche de ce genre indique la spécificité. On doit rechercher ces taches blanches commissurales, ces plaques « des fumeurs », en raison de leur valeur séméiologique, de leur signification.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Dermatite exfoliatrice consécutive à un traitement mercuriel.

M. Queyrat rapporte l'histoire de deux malades qui furent atteints de dermatite exfoliante, à la suite d'un traitement mercuriel par les pilules de protoiodure, les frictions à l'onguent napolitain et les injections de benzoate de mercure. La médication hydrargyrique employée n'ayant été nullement intensive, il faut attribuer ces complications à une prédisposition individuelle. De tels accidents ne sont pas sans importance, les dermatites exfoliatrices pouvant avoir des suites graves.

Le séro-diagnostic de la sporotrichose.

MM. Widal et Abrami ont cherché à établir si le *sporotrichum Beurmanni* n'était pas susceptible de phénomènes d'agglutination, utilisables en clinique et permettant un séro-diagnostic de la sporotrichose analogue au séro-diagnostic de la fièvre typhoïde.

Il résulte de leurs recherches que l'agglutination du sporotrichum peut se produire avec les spores mais non avec le mycélium. Elle n'a pas, de plus, la précision de l'agglutination typhique. D'ailleurs, le diagnostic de la sporotrichose — affection dont les cas se multiplient de jour en jour — est presque toujours aisément assuré par les cultures, faciles à obtenir après ensemencement du pus sporotrichosique.

Adipose douloureuse de Dercum.

Dercum a décrit, sous le nom d'adipose douloureuse, une affection caractérisée par la présence de nodules lipomateux sous-cutanés, douloureux, auxquels s'associent généralement de l'asthénie et des troubles psychiques.

Les conditions étiologiques de cet état morbide sont mal déterminées. On sait qu'il se rencontre presque exclusivement chez la femme et qu'il débute chez elle à l'époque de la ménopause, ou parfois à la suite d'une ménopause opératoire consécutive à l'ovariotomie (Sicard). S'appuyant sur des observations personnelles et sur un certain nombre d'autres publiées par les gynécologues, M. Sicard est amené à penser que l'adipose douloureuse de Dercum est plus un syndrome qu'une maladie autonome. Cette affection constitue vraisemblablement, dit-il, une simple modalité de l'obésité en général, et de l'obésité féminine par insuffisance ovarienne en particulier. Des obèses ordinaires présentent, en effet, quelquefois, des boules graisseuses localisées non douloureuses, ou, avec une adipose uniformément répartie, des douleurs plus ou moins vives. De même, l'asthénie et les modifications psychiques font souvent partie du tableau morbide de l'obésité simple, surtout de l'obésité post-ovariotomique.

Comme conclusion thérapeutique, si le syndrome de Dercum s'affirme à l'avenir comme une modalité de l'obésité, et de l'obésité par insuffisance ovarienne principalement, il sera indiqué de tenter d'une façon plus systématique et plus prolongée qu'on ne l'a fait jusqu'ici l'opothérapie ovarienne.

M. Rénon, dans plusieurs cas de maladie de Dercum développés après la ménopause, a pu obtenir des améliorations par l'opothérapie associée, thyroïdienne et ovarienne.

Lésions de l'aorte déterminées par l'intoxication tabagique.

L'intoxication tabagique peut-elle créer de l'athérome aortique ? Des travaux nombreux, d'ordre expérimental, ont été poursuivis sur ce sujet, dans ces dernières années, tant en France qu'à l'étranger.

En 1903, M. Josué montrait qu'il était facile d'obtenir chez le lapin, au moyen de l'adrénaline, des lésions athéromateuses de l'aorte. A la suite du travail de M. Josué beaucoup d'auteurs ont tenté de provoquer des lésions semblables avec divers agents toxiques, avec le tabac particulièrement. Les études expérimentales en question ont abouti à des conclusions peu précises, les auteurs ayant eu des résultats tantôt positifs, tantôt négatifs.

MM. Guillain et Gy ont repris dernièrement ces essais en faisant porter leurs expériences sur trente-trois lapins. Sur les trente-trois animaux intoxiqués chroniquement avec différents tabacs trois seulement ont présenté de l'athérome aortique ; un d'eux avait été intoxiqué avec le tabac dénicotinisé par le procédé de Parant. Les auteurs concluent que si l'on peut déterminer parfois chez le lapin, avec le tabac, des altérations athéromateuses, on n'y parvient qu'assez rarement.

Bien entendu, ces données expérimentales ne s'appliquent à l'homme qu'avec de sérieuses réserves. M. Gouget fait justement observer qu'on ne saurait s'appuyer sur elles pour donner aux grands fumeurs une assurance dangereuse et leur garantir l'innocuité de l'abus du tabac pour leurs vaisseaux. Sans doute, des cliniciens comme Potain et Lancereaux ont contesté le rôle de l'intoxication tabagique, en pathologie humaine, dans la pathogénie de l'athérome et de l'artériosclérose. Mais d'autres observateurs, comme Erb, sont d'un avis différent. De plus, l'angine de poitrine tabagique et l'action nocive du tabac en général ne sont mises en doute par personne.

Les recherches de MM. Guillain et Gy ont également porté sur la toxicité comparée des tabacs ordinaires et des tabacs dénicotinisés. En faisant à des lapins des injections de macérations de tabac caporal ordinaire et de caporal doux, ils ont constaté que la toxicité de ce dernier, pour être moindre, n'en est pas moins réelle Ils estiment qu'il faut proscrire les tabacs dénicotinisés au même titre que le tabac ordinaire chez les malades atteints d'angine de poitrine, de cardiopathie, d'artérite chronique cérébrale ou de gastropathie, chez lesquels l'intoxication tabagique est souvent si pernicieuse.

M. Hirtz professe une opinion, basée sur la clinique, plus favorable aux tabacs dénicotinisés. Dans de nombreuses observations personnelles, il a vu le tabac dénicotinisé ne pas provoquer l'angor pectoris, chez des sujets prédisposés, comme le produit, au contraire, le tabac complet. Je connais, dit-il, un sujet qui, sous l'influence d'une pipe de tabac ordinaire, prend immédiatement, une migraine ophtalmique avec angiospasme calcarin, tandis qu'il fume impunément plusieurs pipes de tabac dénicotinisé. C'est un fait fort utile à établir pour ne pas décourager les sujets assagis ayant fait le sacrifice du tabac caporal, plus parfumé mais plus toxique.

Syndrome polyglandulaire : insuffisance et hyperactivité associées de glandes à sécrétion interne.

MM. Rénon et Delille rapportent l'histoire clinique d'une femme chez laquelle, par la symptomatologie et par les effets du traitement opothérapique, ils ont pu porter le diagnostic d'insuffisance thyroïdienne et ovarienne associée à une hyperactivité de l'hypophyse.

La malade était atteinte depuis longtemps de troubles dystrophiques. L'aménorrhée, l'obésité à type spécial survenue après la ménopause, l'asthénie, les bouffées de chaleur, les troubles digestifs rencontrés chez elle, permettaient de penser à l'insuffisance ovarienne. L'anorexie et la constipation (symptômes très anciens), la sensation de froid aux pieds, les migraines périodiques dont elle se plaignait également rendaient, d'autre part, plausible l'hypothèse d'hypothyroïdie. D'autres symptômes, enfin, rappelant le tableau de l'acromégalie (massif facial saillant, langue plus épaisse, etc.), conduisaient à incriminer une hyperactivité hypophysaire. L'épreuve radiographique a d'ailleurs montré une augmentation nette de la selle turcique.

L'opothérapie ovarienne isolée n'amena aucun soulagement. Il en fut de même de l'opothérapie thyroïdienne seule. Associées, en revanche, la poudre du corps thyroïde (0 gr. 20) et la poudre d'ovaire (0 gr. 40) donnèrent une amélioration rapide se maintenant pendant toute la durée du traitement. Ce traitement dut être suspendu de temps en temps, du fait des accidents classiques de la médication thyroïdienne (excitation, tremblement, œil brillant, sudations profuses, douleurs précordiales, etc.). L'administration de la poudre d'hypophyse (0 gr. 20 par jour) provoqua d'une façon intensive les divers effets de l'opothérapie hypophysaire (augmentation de la pression artérielle, ralentissement du pouls, action modératrice vis-à-vis de la thyroïde, etc.), aggravant les troubles dont se plaignait la malade.

Traitement des vomissements des tuberculeux par le sous-nitrate de bismuth.

Le sous-nitrate de bismuth a été recommandé par le professeur Hayem dans la cure des gastropathies douloureuses, dans l'ulcère simple en particulier. Se basant sur les excellents effets que procure ce médicament dans les affections stomacales, M. G. Lion l'a essayé contre les vomissements si tenaces des tuberculeux. Les résultats obtenus lui ont paru vraiment remarquables.

L'auteur administre le sous-nitrate de bismuth de manières différentes, suivant les cas. Aux malades capables d'avaler en une seule fois et de conserver une assez grande quantité de liquide, il donne le bismuth le matin, en une dose de 20 grammes, délayé dans un demi-verre d'eau, une heure avant la première prise d'aliments. Aux malades ne remplissant pas cette condition, il donne le médicament en deux ou trois doses, le matin et le soir, une heure avant le repas.

La tolérance a toujours été parfaite. En général, l'usage du bismuth est continué pendant dix à douze jours, puis suspendu pour être repris si les vomissements reviennent, ce qui est plutôt rare.

Fait remarquable. La toux n'a pas paru influencée par la médication. Seuls, les vomissements se trouvent amendés. Le bismuth semble agir en formant un pansement protecteur de la muqueuse gastrique.

P. L.

DEMANDES-OFFRES

Toute demande de renseignements doit être accompagnée d'un timbre pour la réponse.

N° 110. — Clientèle très transmissible de 15 à 18000 francs à céder dans grande ville à 2 heures de Paris. Prix à débattre mais au comptant.

N° 111. — A vendre d'urgence, clientèle médicale datant de deux ans à 10 minutes de Paris, gare Orsay, 5000 francs touchés, loyer 600 francs beaucoup de loisir.

N° 112. — *Ain.* Poste médical, campagne, à 2 heures de Lyon, moyenne touchée des 4 dernières années 7500 francs. Reprise du bail 300 francs. Indemnité à débattre.

N° 113. — Bretagne. Dans chef-lieu de canton, au bord de la mer, à proximité d'une grande ville, à céder clientèle médicale de 6.000 francs susceptible d'augmentation, le titulaire s'absentant souvent. Conditions : suite de bail (un an 500 francs) d'une maison agréable avec jardin, et indemnité de déplacement.

N° 114. — A céder gratuitement et de suite, excellent poste médical. Rapport 10.000 francs. Fixe 1000. S'adresser au Docteur Gourgand, Marthon, Charente.

N° 116. — Parente de médecin 45 ans, instruite, serait heureuse de trouver place de dame de compagnie — s'occuperait d'une jeune malade ou accompagnerait en voyage.

N° 117. — On demande personne de bonne éducation pour vivre avec dame un peu vieillie dans maison agréable, avec jardin, dans jolie petite ville. Outre logement, nourriture etc..., on offre certaine indemnité.

N° 118. — On demande à entrer en pourparlers avec propriétaire de spécialités pharmaceutiques donnant des résultats, pour collaboration ou achat.

N° 119. — Docteur 31 ans marié, connaissant l'oto-rhino-laryngologie, aiderait, dans station thermale, des Pyrénées de préférence, confrère âgé avec espoir de lui succéder.

N° 120. — Bourgogne. Bon poste à prendre avec pharmacie, population 5.000 ha-

Suite page VI.

Demandes et offres (suite)

bitants, médecin des nourrissons, de la vaccination. Le titulaire est obligé de rentrer dans sa famille pour cause de maladie. Faible indemnité de déplacement.

Association Amicale

Secrétaire général : Dr Mignon, Villa des Pages, Le Vésinet (Seine-et-Oise).
Trésorier : Dr Gassot, Chevilly (Loiret).

Sou Médical

Secrétaire général : Dr de Grissac, Argenteuil (Seine-et-Oise).
Trésorier : Dr Gassot, Chevilly (Loiret).

CORRESPONDANCE
HEBDOMADAIRE

Dr L., à T., à *Concours*. — Voudriez-vous me faire savoir dans le *Concours* (dont je suis un vieil abonné), quel est le prix payé par le parquet pour une opération

Suite page VIII.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

Le delirium tremens consécutif aux accidents.

Le delirium tremens se présente assez souvent comme complication des blessures ; c'est ainsi que sur 11.926 individus, soignés de 1887 à 1892, à l'hôpital de la Charité de Berlin pour des inflammations ou des blessures, 215 présentèrent du delirium tremens.

D'une étude faite sur 100 cas de cette affection observés à la suite d'accidents, le Dr Friedrich tire les conclusions suivantes: Tous les malades étaient des buveurs, qui le plus souvent avaient absorbé pour 0 fr. 40 à 0 fr. 70 centimes d'eau-de-vie par jour.

Le delirium tremens apparaissait généralement de 2 à 6 jours après l'accident ou l'opération ; dans neuf cas seulement, il n'y eut qu'un intervalle de quelques heures entre l'accident et le moment de son apparition, et encore s'agissait-il de malades qui avaient eu de grandes pertes de sang. Les blessés avaient de 30 à 50 ans ; ils présentaient les lésions suivantes : plaie simple (23 fois), fracture simple (23 fois), fracture compliquée (12 fois), érysipèle phlegmoneux (24 fois), etc.

La mortalité s'éleva à 41 °/o ; elle fut par conséquent plus élevée que dans les cas où le delirium tremens reconnaît d'autres causes déterminantes : c'est donc une complication qu'il faut considérer comme dangereuse. Le maximum de la mortalité s'observa sur les individus âgés de 35 à 45 ans.

Il semble donc établi que chaque blessure, depuis la plaie simple jusqu'à la fracture compliquée, peut, indépendamment de l'âge, du sexe, de l'époque de l'année, déterminer l'apparition du delirium tremens chez les buveurs invétérés, les grandes hémorrhagies assombrissent le pronostic au point de vue de la mortalité.

Certains facteurs favorisent l'apparition de cette complication dans les accidents ; ce sont : 1° un changement apporté dans le genre de vie ; la suppression de l'alcool, par exemple. Chez tous les blessés, disciples de Bacchus, il est donc indiqué de prescrire des boissons alcooliques à titre de prophylaxie.

2° Le repos au lit : dans les fractures, il faut instituer des appareils ambulatoires aussitôt que possible.

3° Les hémorrhagies et les suppurations : aussi l'antisepsie la plus rigoureuse s'impose-t-elle.

4° Une certaine disposition névropathique ; car si d'après la statistique citée au début, 2 °/o de tous les blessés présentent seuls du delirium tremens, on est forcé d'admettre cependant que le pourcentage des alcooliques (ivrognes invétérés, alcooliques latents) est plus élevé que 2 %.

Quoi qu'il en soit, il est possible qu'un rapport de causalité existe entre un accident et le delirium tremens, ou mieux que le delirium tremens soit imputable à un accident du travail, qu'il y ait responsabilité du patron si ce delirium tremens détermine chez l'accidenté une incapacité de travail et même la mort. C'est d'ailleurs l'avis émis par l'*Office Impérial Allemand* d'assurances dans un jugement rendu le 15 novembre 1887, qui est le suivant : « L'apparition violente et maligne du delirium tremens, qui a causé la mort du blessé, était en rapport avec l'accident ; sans l'ébranlement violent, l'hémorrhagie et l'excitation cérébrale subie par l'accidenté, en un mot, sans ces conséquences immédiates de l'accident, le delirium tremens ne serait pas apparu ; en tous cas, il n'aurait pas déterminé la mort ; en réalité il faut donc considérer l'accident comme la cause de la mort ».

Néanmoins ces rapports de cause à effet restent toujours une question délicate à élucider pour le médecin-expert. Celui-ci doit étudier chaque cas particulier dans tous ses détails, et quand le delirium tremens apparaît après un accident, il doit se rappeler que :

1° En règle générale, le delirium tremens, qui se manifeste après un accident doit être considéré comme le résultat de la blessure, parce qu'il représente une maladie à laquelle le blessé était prédisposé, mais dont l'accident a déterminé l'éclosion ;

2° Pour établir un rapport de causalité entre le delirium tremens et un accident survenu, il est nécessaire d'analyser dans leurs détails toutes les circonstances du cas ;

3° La question de responsabilité du malade atteint ou mort de delirium tremens doit presque toujours être résolue par la négative.

PRATIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE
DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

XI

D. 3. — Evacuation de foyers sanguins ou purulents par larges débridements et drainages.

Honoraires : cinq visites ou consultations, en plus de la visite ou consultation.

Nous avons déjà traité cette question dans un de nos précédents articles.

Je conseille une fois de plus de faire des incisions larges permettant de mettre le foyer bien à jour ; plus on verra clair et moins on risquera de laisser des clapiers.

Après un bon nettoyage avec de la gaze montée sur une pince, on tamponnera partout et bien minutieusement avec de la gaze et du bicarbonate de soude, ou avec de la gaze simple, et on assistera à une restauration rapide. Le drain ne donnera pas un résultat aussi satisfaisant.

D. 4. — Pansement de brûlures graves ou étendues.

Mêmes honoraires que ci-dessus et mêmes observations. Nous avons déjà traité cette question.

On remarquera que le tarif contient, pour une même série d'accidents, des dispositions particulières suivant la gravité.

Dans des tableaux que nous publierons à la fin de ces notes, nous aurons soin de grouper ces divers articles afin de permettre aux médecins de se reconnaître mieux au milieu des détails du tarif.

D. 5. — Extraction facile de corps étrangers des cavités naturelles.

Le nez, la bouche, l'oreille, l'anus, le vagin et l'urètre, voici les cavités dites naturelles qui peuvent servir de cachette à des objets divers, à des corps étrangers.

La manière de procéder à l'extraction variera avec la région et tous les traités de médecine ont parlé de la question.

On se souviendra du vieux principe : « d'abord ne pas nuire », et si on prévoit une difficulté trop grande, si on est mal outillé, si on est mal secondé, on s'arrangera pour se placer dans des conditions meilleures et recourir au chloroforme s'il en est besoin.

D. 6. — Taxis sans anesthésie par les méthodes de douceur.

Un ouvrier est porteur d'une hernie, cette hernie est contenue par un bandage ou bien n'est pas maintenue du tout. A la suite d'un effort, *au cours du travail*, la hernie s'étrangle. Voici notre cas.

Le chapitre des hernies considérées comme accident du travail est un des plus ardus et la jurisprudence est flottante. Mais c'est surtout auprès des experts qu'on trouve les plus grandes variétés dans les appréciations ; chacun, au gré de son érudition et suivant sa conception particulière, accepte de considérer la hernie comme un accident ou au contraire de n'en faire qu'une manifestation quasi nécessaire et presque fatale d'un état pathologique acquis.

Hernie de force, hernie de faiblesse et discussion sur tous les degrés font de cette affection le maquis le plus dangereux pour les blessés et aussi pour les médecins qui leur donnent leurs soins.

Nous ne saurions trop engager nos confrères à consulter les auteurs qui ont écrit sur ce sujet, Berger, Championnière et quelques autres ; mais qu'ils sachent, avant tout, que là tout est question d'espèce.

Si nous connaissons le blessé et si nous l'avons examiné antérieurement et que nous constations qu'à l'occasion d'un effort, au cours du travail, une hernie qui n'existait pas est brusquement apparue, il nous sera bien difficile de ne pas mettre cette hernie sur le compte d'un accident du travail. Nous agissons de très bonne foi, l'ouvrier lui-même sera persuadé de son bon droit et notre surprise ne sera pas mince quand un expert très savant viendra nous déclarer que nous nous trompons, que le blessé se trompe et que ce qui arrive devait arriver.

Procès, appel, etc., temps perdu pour l'ouvrier, mécontentement général, voilà le bilan.

La raison de la sévérité des experts tient à une cause qu'il faut bien avouer.

Si des cas types comme celui que nous venons de supposer peuvent se produire, il en est d'autres où le blessé, porteur d'une hernie, cherche à faire considérer son infirmité comme accident du travail, soit pour pouvoir porter un bandage aux frais du patron, soit pour se faire opérer en touchant son demi-salaire. On ne peut nier *à priori* qu'il y ait eu des abus et des carottiers. Les bons, les sincères, les honnêtes, payent pour ceux-là.

Malgré tout, notre devoir, quand nous avons une conviction, est de l'affirmer et en dépit des grands maîtres et de leurs théories, nous donnerons notre opinion en toute franchise, et....., de temps en temps nous aurons la satisfaction de triompher.

Revenons au taxis.

Il n'est pas de médecin qui ne connaisse les règles de cette manœuvre, et la prudence jointe à la patience sont les deux qualités nécessaires pour obtenir un résultat satisfaisant.

Quelques vieux praticiens font mettre le malade dans une position déclive, et ce procédé, renouvelé de nos ancêtres, a donné parfois de bons résultats, mais en général quand la réduction tardera à se produire, il sera bon de ne pas insister car on aggraverait la situation. Il faut aussi distinguer entre les hernies récentes et les vieilles ; entre celles qui ont été déjà le siège d'un étranglement, et celles qui s'étranglent pour la première fois.

J'ai eu deux fois un succès assez rapide et fort net en usant du procédé suivant que j'ai lu dans un travail étranger, je crois, il y a longtemps déjà.

Je verse de l'éther en assez grande quantité sur un mouchoir et j'applique cette compresse réfrigérante sur la région de la hernie. La réduction se fait presque immédiatement. Si elle tarde, il n'y a pas à insister.

Sous l'action du froid, il doit se produire une condensation et une réduction de volume des gaz dont on profite hâtivement pour atteindre le résultat désiré.

D. 7. — Injections sous-cutanées de sérums antimicrobiens et antitoxiques y compris le traitement des accidents locaux consécutifs.

L'emploi de divers sérums tend à se limiter et, sans vouloir jeter le discrédit sur certains, qui ont dû à des communications retentissantes une vogue qui ne s'est point maintenue, nous ne retiendrons que le sérum antitétanique dont l'emploi s'impose en matière d'accidents et surtout en matière d'accidents du travail.

Les médecins qui exercent à la campagne et en particulier dans la Beauce connaissent bien les effets du sérum antitétanique et ne manquent pas d'y avoir recours.

Les récents débats de l'Académie ont montré que ce sérum pouvait ne pas toujours réussir, mais qu'il avait en général une action satisfaisante. Quand un blessé nous paraîtra courir un risque du fait du siège et des circonstances de la blessure, nous n'hésiterons pas.

Le public, qui est averti, ne nous pardonnerait d'ailleurs pas un manquement aux précautions qu'il juge nécessaires et notre réputation subirait du fait d'une omission un préjudice certain.

J'ai souvenir d'un cas malheureux où un jeune confrère a eu toutes sortes d'ennuis pour s'être abstenu de faire une injection antitétanique à un blessé qui était tombé d'une voiture qu'il chargeait dans la cour d'une laiterie. Il y avait eu luxation du pouce, assez facilement réduite et petite plaie de la main. Sutures.

Trois semaines après, le blessé mourait du tétanos.

Notre confrère se vit reprocher par la famille de n'avoir pas fait le nécessaire : on parlait même de procès.

Je sais bien que, pour beaucoup d'entre nous, l'obligation d'une pratique qui ne nous paraît pas indispensable ou justifiée nous révolte et nous protestons volontiers contre toute médecine officielle.

Notre conscience doit être notre seul guide, c'est entendu, mais il ne faut pas oublier que la masse est simple et qu'elle ne comprend rien à nos théories. Les lectures des journaux répandent certaines connaissances qui nous créent des nécessités avec lesquelles nous devons compter.

Par prudence et par conviction, donc, je crois devoir recommander de ne pas négliger l'injection de sérum antitétanique.

Pour les autres, chacun agira suivant ses idées et sa pratique personnelle.

Dans le *Concours Médical*, il a paru dernièrement un article très documenté sur le sérum antitétanique. Nos confrères ne sauraient mieux faire que de s'y reporter. Médication, dose, durée d'action, répétition des injections, tout y est mis au point et parfaitement indiqué.

(*A suivre.*)

Docteur Ch. LEVASSORT.

ETUDES ET PROJETS

Les Syndicats Médicaux. Leur Fonctionnement. — Leur Organisation. Leur Influence. — Leur Rôle.

Par le Dr P. VIROULAUD, de Villebois-la-Valette (Charente).

(*Suite.*)

Quelques mots d'explication sur ces textes.

Le compromis ne peut avoir lieu qu'entre personnes jouissant pleinement de leurs droits. La femme mariée, notamment, ne peut compromettre qu'avec le concours du mari dans l'acte, ou son autorisation par écrit. Les administrateurs provisoires d'un absent, d'un aliéné, les tuteurs d'un mineur ou d'un interdit ne peuvent agir sous cette forme quand il y a lieu de régler les intérêts de ceux dont ils administrent les biens. Un mandataire qui n'a que le pouvoir de transiger ne peut compromettre. C'est ce qui résulte de l'article 1003.

Les articles 1005 à 1009 règlent les formes de l'arbitrage et le délai de validité. Il faut noter la simplicité des formes admises par la loi : procès-verbal devant les arbitres choisis, acte devant notaire ou acte sous seing privé, tout est valable, et les parties n'ont que l'embarras du choix.

Le compromis peut fixer un délai aux arbitres. Ce délai peut être quelconque, aussi court et aussi prolongé que les parties le désirent. Quand les parties ne disent rien, la loi exige que la sentence arbitrale soit rendue dans un délai de trois mois, du jour du compromis.

Dans l'article 1010 il y a un principe remarquable. Les parties peuvent renoncer à l'appel. Elles ont donc le droit de donner aux arbitres le pouvoir de décider définitivement et en dernier ressort, quelles que soient l'importance du litige et la valeur en cause. Comme le compromis n'est jamais susceptible de pourvoi en cassation, l'affaire est définitivement jugée en une seule fois.

Les articles suivants se passent de commentaires. Signalons seulement l'article 1014, qui déclare que les arbitres ne peuvent renoncer à la mission par eux acceptée ; s'ils le faisaient, ils s'exposeraient à des poursuites.

La loi met constamment le mot *arbitres* au pluriel. Les parties ont néanmoins le droit incontestable de choisir un seul arbitre, si elles peuvent se mettre d'accord sur ce choix. La loi a statué de *eo quod plerumque fit*, les parties choisissant habituellement chacune un arbitre, qui pourront nommer un tiers arbitre pour les départager, le cas échéant, ou recourir, comme cela se fait souvent, au président du tribunal pour cette nomination. Le tiers arbitre peut d'ailleurs être prévu et choisi d'avance dans le compromis.

Les articles 1016, 1017 et 1018 fixent les devoirs de ces arbitres. L'article 1019 est tout particulièrement important, puisqu'il permet aux arbitres de juger, en s'affranchissant de toutes les règles du droit, si le compromis leur a donné le pouvoir de prononcer comme *amiables compositeurs*.

Comment rend-on exécutoire une sentence arbitrale ? Très simplement, dit l'article 1020 : par le dépôt de la minute du jugement au greffe du tribunal de première instance, s'il s'agit d'un jugement arbitral qui n'a été précédé d'aucun autre jugement ; au greffe de la Cour d'appel, s'il s'agit d'un jugement rendu sur appel, car on peut compromettre sur le jugement d'un tribunal de première instance, au lieu d'aller en appel. Le président du tribunal ou de la cour, suivant le cas met son ordonnance au bas de la décision, qui prend alors toute la valeur et la force exécutoire d'un jugement régulier.

L'article 1022, en déclarant que le jugement arbitral ne peut être opposé à des tiers, fait une application du droit commun qui régit la fraude, l'autorité de la chose jugée et l'hypothèque judiciaire. Cette dernière n'est attachée à la décision arbitrale qu'autant que cette décision est revêtue de l'ordonnance judiciaire d'exécution. (C. civ. 2123). Une sentence arbitrale obtenue contre un héritier ne sera pas applicable aux autres héritiers qui n'auraient pas été parties au compromis.

Les articles suivants ont trait à la compétence. Nous avons dit déjà que l'article 1028 *in fine* déclare qu'il n'y a jamais lieu à recours en cassation et qu'on ne peut user de ce recours que contre les jugements réguliers rendus soit avant la sentence arbitrale, soit sur appel de cette sentence si les parties n'ont pas renoncé à cet appel.

Une sentence arbitrale n'est susceptible d'être annulée que pour cause d'inobservation de la loi, et si le fait s'est produit, c'est par voie d'opposition à l'ordonnance d'exécution qu'on fera annuler cette sentence.

On voit par là quel instrument précieux est à la disposition de nos confrères pour les litiges qu'ils peuvent voir survenir dans l'exercice de leur profession, notamment, comme je le disais au début, en matière de contestations d'honoraires. Ils ont un arbitre tout indiqué qu'ils pourront toujours proposer à la personne avec laquelle ils auront cette contestation : c'est le président du Syndicat, qui peut intervenir soit comme premier et seul arbitre, soit comme tiers arbitre, et qui, ayant le droit de consulter la Chambre syndicale, peut s'entourer de toutes les garanties nécessaires.

Un simple procès-verbal dressé par l'arbitre, signé de lui et des parties, suffit à engager l'instance. Que les parties y renoncent à l'appel et donnent à l'arbitre le droit de prononcer comme amiable compositeur, et voilà un litige promptement jugé, sans frais inutiles, sans démarches pénibles ou désagréables et éteint définitivement, très probablement à la satisfaction générale, à moins que la partie condamnée ne fasse des difficultés pour payer, ce qui entraînerait certainement des actes d'exécution ennuyeux, mais pas plus que pour les jugements des tribunaux, et peut être moins.

Influence morale des Syndicats médicaux.

Leur rôle dans le relèvement de la dignité professionnelle. Les syndicats. Ordre des médecins et Tribunaux d'arbitrage.

Le Syndicat a pour résultat incontestable d'établir entre confrères des relations sympathiques et de les animer de dispositions bienveillantes les uns pour les autres.

D'où vient que les médecins, qui, alors qu'ils sont étudiants, forment un peuple joyeux et uni,

animés de l'esprit de corps et de bonne camaraderie, perdent ces sentiments généreux de leur jeunesse ? C'est qu'ils ne se voient pas, qu'ils ne se fréquentent pas ; ils sont de diverses générations et ils négligent d'entrer en connaissance et peu à peu les exigences de la clientèle aidant, excités par les rapports plus ou moins charitables des voisins, ils s'isolent de plus en plus et deviennent intraitables.

Le syndicat prévient cette catastrophe.

Deux ou trois fois par an, des confrères d'une même région, susceptibles d'être appelés à opérer sur le même terrain ou même ayant leurs clientèles enchevêtrées, se retrouvent dans des réunions amicales et tout à fait professionnelles. Tout d'abord, s'agitent les questions d'intérêt local, chacun fait part de ses réflexions, puis expose ses difficultés, soumet les cas graves à l'expérience et à la sagesse de ses confrères, toujours au point de vue professionnel. Puis, le sujet des conversations étant épuisé, c'est autour de la table d'un banquet que se dissipent les derniers ferments de discorde qui pourraient subsister. Qui donc pourrait ne pas trouver agréable de se voir, de se réunir, de se trouver groupés à la même table comme les membres d'une même famille ?

Grâce aux syndicats, les confrères deviennent des amis, se sentent tout naturellement portés à ne plus se traiter en concurrents, mais en bons confrères et sont ainsi tout disposés à suivre franchement les règles de la déontologie médicale et de la solidarité.

Il y a plus : les syndicats, loin de porter atteinte à la liberté et à l'indépendance du corps médical, en sont, au contraire, la garantie et la seule sauvegarde.

Exploité de tous côtés, le médecin isolé est presque partout doublé d'un fonctionnaire. Obligé de vivre, il a accepté, sollicité presque toujours le maigre traitement que l'Etat ou les départements réservent à leurs fidèles sujets. Le mot fidèle dépeint bien la servitude dans laquelle les pouvoirs publics vont tenir leur victime ; car il lui faudra faire preuve de dévouement à la cause gouvernementale, voire même servir d'agent électoral. Où est-elle donc la liberté, où l'indépendance dont s'enorgueillissent tant certains membres du Corps médical, car si le médecin fonctionnaire tente de montrer des opinions un peu indépendantes, il sera irrémédiablement cassé aux gages, sans même un remerciement pour les nombreux services qu'il aura pu rendre. N'a-t-on pas encore présent à la mémoire l'exemple de ce préfet de la Lozère, que le Conseil d'Etat dut rappeler au respect des lois et des règlements administratifs, pour avoir avec un peu trop de désinvolture retiré le service des enfants du premier âge, au médecin qui remplissait ces fonctions à la satisfaction de tous, depuis nombre d'années (1).

En détruisant les monopoles, et les privilèges, les Syndicats détruisent aussi le fonctionnarisme. Le grand principe du *Libre choix*, pour lequel ils combattent si ardemment, est le seul digne du caractère du médecin. La politique n'a rien à voir avec la médecine, l'esclavage encore moins.

Le Syndicat médical, ordre des médecins

En 1900, devant la crise générale que traversait la profession médicale, le Congrès de Médecine professionnelle et de déontologie médicale chercha les moyens d'enrayer le mal.

« Or, Messieurs, disait le Dr Dignat, que nous « propose-t-on d'opposer au mal ? En réalité, trois moyens. D'abord, sur la proposition « de l'éminent professeur Grasset, de Montpellier, « la rédaction d'un Code de déontologie médicale. Mais ce premier moyen est insuffisant à « lui seul et a besoin d'être complété par autre « chose. Dans ce but on vous a proposé, soit de « donner aux syndicats médicaux, en même « temps qu'un plus ample développement, des « pouvoirs suffisamment étendus qu'ils ne possèdent pas, en France du moins, soit d'organiser, « partout où cette institution fait défaut, des « chambres médicales, c'est-à-dire l'ordre des « médecins.

« Je ne puis m'empêcher de déclarer qu'*aujourd'hui* plus que jamais, je considère les syndicats comme absolument impropres à sauvegarder d'une façon efficace les intérêts multiples « qu'il s'agit de défendre. D'autre part, je ne cesserai de répéter qu'en France du moins, les « syndicats, du fait même de certains dispositifs « de la loi de 1884, et pour les syndicats médicaux, de certaines restrictions contenues dans « la loi de 1892, ne pourront acquérir ni l'autorité, ni les pouvoirs nécessaires à de certains « moments.

« Il nous faut donc recourir au deuxième « moyen proposé, à l'institution des Ordres de « médecins. »

Et le Dr Couvreur, l'un de leurs plus ardents défenseurs, indiquait ainsi le rôle de cet ordre des médecins :

« La nouvelle institution sera une sorte de *Conseil familial*, qui tout en jouissant d'un pouvoir disciplinaire, propre à chasser du noble troupeau les brebis galeuses, emploiera son autorité à l'aplanissement des discussions qui éclosent forcément entre confrères, réunis par les mêmes intérêts. Elle fera de chacun de nous, au lieu d'un solitaire livré à ses seuls ressources pour l'accomplissement de sa redoutable carrière, un individu profitant de la force des autres et trouvant auprès de ses semblables l'appui moral et, s'il le faut, l'appui matériel nécessaire pour parcourir plus aisément le rude chemin. En même temps, prévoyant en l'avenir, songeant que, dans dix ans, le nombre de médecins français, d'après M. Brouardel, dépassera 20.000 et que la profession s'étouffe déjà de cette pléthore, l'ordre réclamera plus de difficultés pour l'obtention du diplôme, et, en exigeant des cotisations annuelles, en sollicitant les dons des heureux du métier, s'organisera rapidement comme cela se passe chez les avocats, comme cela se passe aussi à la Société des gens de lettres où la participation financière n'est cependant que de 20 fr. par an, pour chaque membre, s'organisera, dis-je, pour gratifier les déshérités d'*une retraite à 60 ans*.

« Ce sera, en somme, en même temps qu'un tribunal de famille, une grande mutualité, dans le genre de l'Association des médecins de France, mais autrement puissante que cette dernière, parce qu'elle aura pour elle la force du nombre.

« L'ordre inspirera le Parlement et réclamera de sa sagacité d'autres lois. Sa force même d'association l'imposera comme un conseiller dont on réclamera l'avis pour les questions d'hygiène générale et de prophylaxie.

« J'arrive maintenant aux rapports de l'ordre avec la justice. Les services rendus ne seront pas moins appréciables. La modeste défense organisée par les Syndicats contre les pratiquants de la Médecine illégale aura des effets décuplés. Ceux d'entre nous qui, par indifférence ou par

(1) Tout récemment encore, dans un département du centre-ouest, n'avons-nous pas vu supprimer le service des enfants assistés et de la vaccine au médecin qui l'assurait depuis 45 ans, sans même que, eu égard aux nombreux services par lui rendus et à ses cheveux blancs, l'administration ait eu la politesse de l'en avertir. Ce sans-gêne inouï se passe de commentaires.

crainte, ne veulent pas faire réprimer les nombreux délits dont nous pâtissons, n'auront qu'à livrer le soin de la répression à la mutualité, qui agira anonymement. Enfin, Messieurs, aux heures cruelles où un malheureux confrère, victime d'accusations fausses comme cela s'est vu à plusieurs reprises dans ces derniers temps, sera traduit devant la justice du pays, l'ordre, fidèle à ses principes de solidarité, saura intervenir en faveur de la vérité, et éviter ainsi des scandales toujours nuisibles au bon renom de la profession. »

Ce plaidoyer en faveur de la création d'un ordre ou d'ordres de médecins n'est-il pas le programme même des Syndicats médicaux et de leur union.

En 1900, il est vrai, les syndicats médicaux subissaient une véritable crise, ils souffraient du défaut constitutionnel causé par l'indiscipline et le manque d' « esprit syndical » de leurs membres. Aussi, peut-être à ce moment-là, pouvait-on trouver insuffisantes les garanties qu'ils offraient pour sauvegarder d'une façon efficace tous les intérêts médicaux.

Mais, grâce à la courageuse initiative du Syndicat de Versailles, les groupements médicaux ont pris un essor considérable et une orientation différente de celle qu'ils avaient précédemment. Ils sont devenus des organismes forts et considérés et nous verrons plus loin l'autorité manifeste qu'ils sont à la veille d'acquérir. Aussi ne conçoit-on plus maintenant l'utilité d'un ordre des médecins. Le Syndicat médical est, en effet, un ordre librement consenti.

Mais comment va-t-il agir en tant que chambre de discipline ?

Le Syndicat de Versailles nous l'apprend. Le règlement intérieur porte l'organisation d'un *Conseil de famille*. Ce conseil de famille, dont le nom correspond au rôle qu'il tient à jouer, est composé des membres du bureau, des Syndics et des anciens présidents du syndicat. D'ailleurs, qu'on nous permette de rappeler les statuts qui le concernent.

Le Conseil de famille. Son fonctionnement.

TITRE II.

Article Ier. — Dans le Conseil de famille composé et défini dans ses attributions, comme il est dit à l'article X, doivent être examinés, instruits, arbitrés ou jugés en premier ressort, tous les conflits qui surgissent entre syndiqués.

Article II. — Les plaintes sont portées, avec toutes preuves et documents précis, devant le président du Syndicat. Il ne serait donné aucune suite à des allégations non appuyées de preuves et basées sur de simples racontars d'intermédiaires qui ne seraient pas prêts à en témoigner sous serment ou par écrit.

Article III. — Le président, si l'affaire mérite suite, charge aussitôt le syndic du groupe régional intéressé de procéder à une enquête, d'entendre les deux parties si possible, et de lui adresser un rapport écrit dès qu'il aura pu se faire une opinion.

Article IV. — Au reçu de cette pièce et des documents qui l'accompagnent, le président convoquera le Conseil de famille et, pour être entendus devant celui-ci, les confrères en litige. La comparution de ceux-ci a lieu simultanément ou successivement suivant qu'il en est décidé au préalable par le Conseil. Seront convoqués également tous témoins indispensables à la demande des deux parties adressée au syndic enquêteur.

Article V. — Le Conseil de famille devra toujours tendre à faire accepter son rôle comme celui d'un tribunal d'arbitrage quand il jugera qu'il n'y a pas lieu de faire un exemple pour sauvegarder la discipline syndicale. L'affaire, dans ce cas, ne sera pas portée devant l'assemblée générale, si c'est le désir formellement exprimé par les parties intéressées.

Article VI. — Dans le cas contraire, la question sera soumise à l'assemblée réunie dans les conditions prévues à l'article XIII des statuts. Rapport écrit y sera lu par un délégué du Conseil de famille ; les parties y seront entendues à nouveau, et les votes seront recueillis et appliqués aussitôt s'ils ont été émis dans des conditions prévues par l'article IX des statuts.

N'est-ce pas là le « Conseil familial » tel que l'entendait le Dr Couvreur ?

L'institution de cette juridiction arbitrale, car c'est surtout à cela que tendent les Conseils de famille (art. V), est tout à l'honneur du Syndicat de l'arrondissement de Versailles et l'on en comprend aisément toute la portée. Ne vaut-il pas mieux régler tous nos litiges à huis clos, plutôt que de livrer à un public toujours avide d'histoires et prompt à médire nos misères et les dessous de notre existence ? N'est-il pas préférable aussi, pour les intéressés, d'avoir recours à des juges compétents et experts en la matière, plutôt que de s'exposer aux jugements souvent fantaisistes d'un tribunal mal préparé à ces sortes de procès.

Ces arbitrages sont identiques au point de vue de la loi et ont la même force que ceux dont nous nous sommes occupés, à propos des Sociétés de Secours mutuels. La compétence de ce tribunal peut être très étendue et il serait à souhaiter qu'il soit le seul à régir tous les rapports professionnels, car c'est le tribunal idéal.

L'action de cette juridiction pourra être mise en œuvre dans maints cas :

1° Contestations à l'occasion de conventions entre médecins.

2° Difficultés déontologiques de toutes natures : lorsque les rapports entre confrères sont tendus et qu'il y a lieu à éclaircissement sur la conduite de l'un vis-à-vis de l'autre. C'est alors le Conseil de famille qui instruit l'affaire et décide le plus souvent comme il est prescrit par les statuts.

3° Sévices, etc., entraînant des peines correctionnelles ;

4° Arbitrages entre clients et médecins, ou médecins et collectivités, soit pour un règlement d'honoraires, soit pour attitude injurieuse des uns ou antidéontologique des autres ;

5° Arbitrages entre Syndicats ou entre membres de Syndicats différents.

Dans chacune de ces branches, de nombreux jugements ont été rendus ; il serait trop long de les énumérer ici. Nous n'en retiendrons qu'un exemple donné par la Fédération du Nord en 1904, exemple très intéressant parce que la sentence arbitrale fut rendue entre un médecin et un pharmacien appartenant par conséquent à deux syndicats différents.

« Le syndicat médical de Roubaix, dit M. Goret (1), ayant appris qu'un pharmacien de Roubaix avait donné « des soins à des blessés victimes d'accident du travail, porta plainte devant la Fédération du Nord et du Pas-de-Calais.

La Fédération, après étude du dossier, décida qu'il y avait lieu de poursuivre le pharmacien ; mais elle résolut de faire juger la question par un tribunal d'arbitrage dont un arbitre serait choisi par la Fédération, un second par le Syndicat régional des pharmaciens et un troisième par le Syndicat médical intéressé.

Pour assurer l'impartialité du tribunal, il fut décidé, en outre, que l'un des juges, celui choisi par le Syndicat médical, ne devait pas appartenir à la profession médicale, mais de préférence au barreau ou à la magistrature.

Le pharmacien intéressé déclara accepter cette

(1) Goret. — Syndicats médicaux.

juridiction et les arbitres choisis. Il fut condamné par elle à 1 franc de dommages-intérêts que réclamait le Syndicat médical. »

Ainsi, grâce à son tribunal familial, et aux sanctions qui soulignent ses jugements, grâce à la discipline qu'il impose, le Syndicat rend au médecin le rôle aussi respecté que possible qu'il tend à occuper dans la Société. C'est ce respect, qu'il veut inspirer à ses concitoyens, qui se trouve directement abaissé par les luttes intestines, la concurrence déloyale, la médecine au rabais, le dénigrement du voisin, en un mot par toutes les discordes et les passions mesquines auxquelles il s'abandonne.

Aussi le rôle des syndicats, en ramenant la paix et la cordialité confraternelles, est-il, précisément, de maintenir et de relever la dignité médicale.

« D'ailleurs, disait le Dr Marguerite, dans une « lettre qu'il adressait au « Concours médical » en « 1880, n'êtes vous pas convaincu que du jour où « les intérêts matériels de la profession seront sauvegardés d'une manière sûre, les intérêts moraux le seront aussi, parce que le médecin ne « se trouvera jamais exposé à choisir entre son « intérêt et son devoir. Vous ne verrez plus alors « de ces compétitions, où le médecin laisse toujours quelque lambeau de sa dignité et de son « indépendance au profit de sociétés qui nous « considèrent encore comme taillables et corvéables à merci ».

(*A suivre*).

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

FINANCIÈRE MÉDICALE

Assemblée générale ordinaire du 7 juillet 1908

L'Assemblée générale présidée par M. le docteur Gassot, président du Conseil d'Administration, se constitue en nommant *assesseurs* M. le docteur Raimbert et M. Roux.

M. le docteur Jeanne est nommé *secrétaire de la séance*.

Le Président déclare que les annonces pour l'Assemblée ont été faites régulièrement dans le nº 171 des *Petites Affiches*, du 19 juin 1908, et dans les nos 23, 24, 25, 26 et 27 du journal *Le Concours médical* des 7, 14, 21, 28 juin et 5 juillet 1908.

La liste de présence constate la représentation réelle ou par pouvoirs de 633 actions, soit plus du quart du capital social : l'Assemblée est donc légalement constituée.

Le président annonce à l'assemblée le décès de M. le Dr Beuve, administrateur sortant, dont il vient de recevoir la triste nouvelle.

« Notre confrère, dit-il, que vous connaissiez et estimiez tous, vient d'être subitement enlevé à l'affection des siens. Nous avions en lui un administrateur zélé, consciencieux et habile dont nous regretterons tous l'absence, car nous avions l'intention de vous proposer sa réélection.

« Je serai certainement votre interprète en adressant à sa famille l'expression de nos sentiments de bien sincères condoléances ». (*Approbation unanime*).

Le Président rappelle que le rapport du Commissaire des Comptes, ainsi que celui du Conseil d'Administration ont été tenus à la disposition des actionnaires au siège social pendant quinze jours.

En conséquence le Président donne la parole à l'Administrateur délégué pour la lecture de son Rapport.

Rapport du Conseil d'Administration.

Messieurs,

J'ai l'honneur de vous présenter, au nom du Conseil d'administration, le rapport sur le fonctionnement de la « Financière Médicale » pour l'exercice 1907.

Bilan au 31 décembre 1907.

Actif :

Société générale	3.990 01	
Société française de reports et dépôts	13.091 12	
Caisse	151 25	
Avances à l'Etat	165 02	
La Participation	5.284 15	
Portefeuille	14.901 20	
Maison de santé Plaine-Monceau	92.562 »	
Frais de Const. et d'étab.	5.198 84	
Comptes courants	101.680 »	237.023 59

Passif :

Capital	220.000 »	
Créditeurs divers	433 »	
Réserve légale	2.538 66	
Dividend. non réclamés :		
Coupon nº 3, 300 »		
» nº 4, 543 »		
» nº 5, 921 »	6.546 »	
» nº 6, 1782 »		
» nº 7, 3000 »		
Profits et pertes — Report de 1906	1.385 68	
Profits et pertes — Sold. de l'exerc.	6.120 25	237.023 59

Compte de profits et pertes.

Doit :

Frais généraux	3.604 85	
Amortiss. des frais de Con	452 08	
Solde ment. au bilan	6.120 25	10.177 18

Avoir :

Intér. de la Participation	5.284 15	
» de la maison de santé Pl.-Monc.	3.300 »	
» des banques	568 87	
» du portefeuille	896 16	
Coupon nº 2 périmé	128 »	10.177 18

La comparaison des deux bilans 1906-07 nous montre que l'ensemble des placements du fonds social et des dépôts forme un total sensiblement égal pour les deux exercices :

Le dernier se soldait par	237.414 59
Celui de 1907 par	237.023.59
Soit une différence de	391 »

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée à 4 heures.

AVIS

Paiement du coupon n° 8.

Le coupon n° 8 est payable, depuis le 1er juillet 1908, au siège social de la Société, 23, *rue de Dunkerque.*

Syndicat médical de la région de Bourg (Ain).

Assemblée générale du 2 *avril* 1908.

La séance est ouverte à 2 h. 1/2 sous la présidence de M. Meneault, vice-président, remplaçant M. Passerat, président, empêché d'assister au début de la séance.

Étaient présents : MM. Boccard, Boillerault, Bouilloud, Bourgeois, Chapoy, Colin, Démias, Grosfilley, Meneault, Micaud, Nodet, Passerat, Servas, Touillon et Tronchon.

S'étaient fait excuser : MM. Agniel, Armand, Barbet, Tignel et Vanhægenborgh.

M. le Dr Boudin, d'Oyonnax, représentait le syndicat du Bugey et du pays de Gex ; MM. Perret, de Vonnas, et Naussac, de Villars, le syndicat de Trévoux..

I. — *Compte rendu financier.*

La parole est donnée à M. le Dr Touillon, trésorier, qui fait un rapide exposé de l'exercice financier 1907. La situation est assez favorable puisque, toutes les subventions payées, il reste encore à la caisse d'épargne une somme de plus de 400 francs ; c'est le trésor de guerre du syndicat qui pourra servir le cas échéant à soutenir un procès ou une revendication quelconque.

II. — *Compte rendu moral* (Dr Passerat, *président*).

Les rapports de notre Syndicat avec les groupements voisins sont toujours excellents. La meilleure preuve en est la présence à cette réunion de délégués ; je les remercie au nom de tous.

Le semestre qui vient de s'écouler a été assez mouvementé ; suivant l'ordre chronologique, je signalerai les faits suivants :

Lettre à la Commission administrative des hospices de Bourg, conformément à la décision de la dernière assemblée générale, au sujet des malades payants, pour lui rappeler la réclamation de notre collègue le Dr Touillon. Cette lettre est restée sans réponse.

Lettre reçue d'un confrère ayant quitté le Syndicat au sujet d'un différend avec l'Administration de l'Assistance publique. Ce confrère ne faisant plus partie de notre groupe, je ne la signalerais pas si elle n'était la meilleure preuve de la nécessité du groupement syndicataire. Ce confrère, quoique démissionnaire, demande que nous mettions à l'ordre du jour de notre réunion la question qui l'intéresse.

Visite de Mme Dufour, présidente du Syndicat des sages-femmes du Rhône, venant exposer les doléances de ses collègues de Bourg contre les agissements des maîtresses sages-femmes de la Maternité, qui accaparent la clientèle urbaine, au détriment de leur enseignement et au grand préjudice des sages-femmes de Bourg. Mme Dufour demande sinon l'appui, au moins la neutralité du Syndicat.

Démission de M. Montmain. — Le Président fait connaître les particularités qui l'ont précédée, accompagnée et suivie ; il propose de l'accepter purement et simplement, en espérant que cet incident servira de leçon pour l'avenir.

Soins médicaux aux employés des Eaux et Forêts. — Le président donne lecture de la correspondance échangée à ce sujet avec l'Administration forestière ; cette question sera reprise plus loin.

Adhésion d'une nouvelle société de Secours mutuels au tarif syndical. — Il s'agit d'une mutuelle familiale à Tossiat.

Invitation officielle de la municipalité de Bourg pour assister à la confection de la liste de l'Assistance médicale gratuite.

Aucun de nos collègues n'ayant été libre, le président a dû s'y rendre pour montrer que le Syndicat ne se désintéresserait pas de la question.

Le bureau a reçu également de la mairie une invitation pour assister à la préparation de l'Exposition d'hygiène urbaine et rurale et a fait acte de présence.

Reçu également une note de l'Union fédérative des médecins de Réserve et de Territoriale. Les intéressés peuvent en prendre connaissance s'ils le désirent.

Les questions qui touchent à l'intérêt local ont donc été nombreuses et assez importantes pendant le semestre écoulé. Les questions intéressant la profession dans son ensemble ne l'ont pas été moins.

La maison des médecins. — Le Comité formé à Paris pour la création d'une maison de santé et de repos pour les médecins français nous a adressé une demande d'adhésion avec prière de la communiquer aux membres du Syndicat. Le bureau la tient à leur disposition avec les indications nécessaires pour la souscription.

L'office central pour la répression de l'exercice illégal de la médecine nous a également envoyé une note, accompagnée du rapport de M. B. Dubron, qui met au point la question des commis-voyageurs en bandages, orthopédie, etc. (*Concours médical*, n° 1, 1908). Il annonce qu'il a obtenu du Ministère l'autorisation de se renseigner auprès des doyens des facultés au sujet de l'authenticité des diplômes, qu'il va publier un annuaire officiel du corps médical français et qu'il se met à la disposition du Syndicat pour les renseignements.

A signaler la circulaire de M. Clémenceau sur la révocation des médecins et chirurgiens des hôpitaux de province. Désormais, les préfets, avant d'approuver la délibération révoquant les titulaires, ou modifiant les conditions de recrutement, de durée des fonctions, devront lui soumettre le dossier complet de l'affaire. (*Concours médical* 1908, n° 7.)

A signaler également ce qui a trait à la déclaration des maladies épidémiques. A la réunion générale du *Concours médical*, M. Mirman, directeur de l'Hygiène et de l'Assistance sociales, autorisé par le président du Conseil, est venu faire connaître que les intentions du gouvernement à ce sujet seraient de demander une modification à la loi. L'obligation de la déclaration des maladies contagieuses serait imposée en première ligne au chef de famille ou autre personne légalement responsable et à défaut seulement au médecin traitant.

Conflit médico-mutualiste. — Une commission mixte de médecins et mutualistes avait été chargée d'établir un accord permettant le règlement rapide et gratuit de toutes les difficultés entre le corps médical et les sociétés de secours mutuels. Sous la présidence de M. Loubet, cette commission vient (novembre 1907) d'arrêter les points suivants : après avoir reconnu l'excellence du paiement à la visite et du libre choix, elle décide la création d'un conseil arbitral dé-

partemental mixte, destiné à régler les différends. Vous aurez à désigner les arbitres pour le département de l'Ain.

Réformes des études médicales. — La Commission s'est réunie deux fois, en décembre et en mars, pour discuter le rapport de la Sous-Commission. De grandes réformes ont été proposées qui, si elles sont homologuées, amèneront de profonds changements dans les études.

Congrès des Praticiens. — Le deuxième congrès des Praticiens va se tenir à Lille en juin prochain.

Il est inutile d'insister sur l'importance de cette manifestation de l'esprit médical. Le Congrès aura à discuter entre autres questions : la réforme des études médicales, les diplômes spéciaux, la déclaration obligatoire des maladies contagieuses, le tarif des accidents du travail et tout ce qui s'y rattache, le régime des sociétés de secours mutuels, le libre choix, les assurances agricoles, etc.

Vous aurez à décider la part que le Syndicat doit y prendre.

Campagne des Compagnies d'assurances. — Vous avez pu lire dans la presse politique la campagne menée contre les incorrections de quelques médecins qui auraient abusé de la loi de 1898-1905. Vous avez lu aussi les répliques parues dans les journaux médicaux.

Le but visé est clair : c'est l'abolition du libre choix du médecin. La loi, cependant, fournit le moyen de poursuivre les agissements des médecins marrons ; mais on ne veut pas s'en servir. Les médecins honnêtes seraient les premiers à applaudir des poursuites contre ceux qui déshonorent notre profession, comme ils sont les premiers à demander des commissions de contrôle et à offrir des garanties pour éviter le retour de pareils faits.

Aussi l'Union des Syndicats et le Sou Médical, ont-ils de suite écrit aux ministres de la Justice et du Travail pour demander la vérification des attaques lancées contre le Corps médical, la punition des coupables, s'ils existent, et la nomination de commissions mixtes de contrôle ayant pour but de prévenir et de solutionner, par voie arbitrale, les abus et les litiges relatifs à l'application de la loi sur les accidents.

MM. Démias et Boccard présentent la candidature de M. le Dr Boillerault, nouvellement installé à Ambérieu-en-Bugey. Conformément aux statuts, il sera procédé, à la prochaine assemblée générale, à l'admission du candidat par vote au scrutin secret.

La parole est donnée à M. Chapoy pour la lecture de son rapport sur le libre choix du médecin dans les hôpitaux.

III. — *Libre choix du médecin dans les hôpitaux.*

Le Syndicat n'avait en vue, en mettant cette question à l'étude, que les malades payants. M. Chapoy, qui s'occupe de cet intéressant sujet depuis longtemps, a recherché s'il n'y avait pas moyen de laisser le libre choix à tous les malades, payants ou non.

Il étudie successivement les cas des malades indigents, non payants par conséquent : 1° dans les hôpitaux de grandes villes ; 2° dans les petits hôpitaux.

Les conclusions de M. Chapoy sont que le libre choix n'est pas admissible pour les non payants, dans l'état actuel des hôpitaux, au moins.

On n'admet pas bien plusieurs médecins ou chirurgiens faisant leur visite ou opérant aux mêmes heures dans les mêmes salles, et, si on laisse le choix du médecin, pourquoi pas aussi celui de l'interne, de l'externe, voire du stagiaire qui prend la température.

Le libre choix ne paraît donc pas devoir d'ici longtemps entrer dans les mœurs de nos grands hôpitaux.

Il n'en est pas de même pour les hôpitaux de petites villes ou de chefs-lieux de canton : là deux ou trois médecins sont en présence et un peu de bonne volonté tant de la part des administrations hospitalières que des confrères pourrait à la rigueur permettre le libre choix, même pour les indigents.

Pour ce qui est des malades payants, c'est une autre affaire.

Ces malades sont de deux catégories :

1° Les malades qui paient leur journée d'hôpital et sont dans la salle commune ;

2° Ceux qui sont en chambre payante et pour lesquels l'hôpital joue le rôle de maison de santé.

Il semble au premier abord que, pour la seconde catégorie tout au moins, il ne puisse pas y avoir d'hésitation et que les malades en chambre payante particulière doivent avoir, comme dans toute maison de santé, le droit d'appeler le médecin de leur choix, quitte à le rémunérer.

Pour les premiers la question semble plus délicate et cela surtout par suite de la mauvaise volonté des commissions hospitalières. Pourtant il semble bien que le libre choix est possible pour les malades payants, même en salle commune, à la condition toutefois qu'ils rémunèrent eux-mêmes le médecin qu'ils ont choisi.

Le Dr Boudin, qui a étudié la question à fond, explique comment le libre choix existe dans plusieurs hôpitaux pour tous les malades payants et comment, grâce à l'entente préalable des trois médecins d'Oyonnax, ces trois confrères l'ont imposé à l'administration hospitalière de cette ville.

Il faut bien ajouter, déclare le Dr Boudin, que c'est sous la menace de *grève*, ou, si l'on trouve le mot trop violent, de refus de service à l'hôpital, que nos trois confrères ont obtenu le libre choix pour les malades payants qui rémunèrent de leurs deniers leur médecin. Il en a été de même pour les accidentés du travail en traitement à l'hôpital.

Mais il faut bien remarquer que ce succès n'est dû qu'à l'entente absolue des trois médecins de la ville d'Oyonnax et il est fort probable que s'il y avait eu seulement un dissident l'administration n'aurait pas cédé. De plus il faut bien ajouter qu'il s'agit d'un hôpital tout récemment créé et où la routine n'a pas encore eu le temps de s'imposer au sein de la Commission administrative. Quoi qu'il en soit, le Dr Boudin propose au Syndicat d'émettre le vœu suivant :

1° *Le Syndicat médical de la région de Bourg invite les Commissions administratives à autoriser les médecins des Hôpitaux à présenter aux malades payants leurs notes d'honoraires, chaque fois qu'ils jugent que la situation de fortune de ces malades leur permettrait de payer leurs soins médicaux s'ils étaient soignés chez eux.*

Le principe de la rémunération du médecin par le malade payant paraît en effet être le premier pas dans la voie du libre choix.

Le Dr Boccard propose d'ajouter à ce vœu le paragraphe suivant, concernant spécialement les accidentés du travail ;

2° *Le Syndicat prie les commissions administratives des hôpitaux de bien vouloir user du droit que leur confère la circulaire préfectorale du 8 novembre 1905 en augmentant la rémunération des médecins traitants du supplément du prix de la journée perçu sur les accidentés du travail.*

Ces deux points sont votés à l'unanimité.

Correspondance hebdomadaire

(Suite).

—

tes contre votre client lui-même, le mieux est de les continuer et de le faire condamner à vous payer. Le juge lui accordera vraisemblablement un délai, que vous vous efforcerez d'obtenir le plus court possible. La créance sera sans doute divisée en plusieurs fractions.

Le jugement obtenu, si votre débiteur ne vous paie pas, faites-le exécuter. Si vous vous trouvez en présence de son insolvabilité, par suite de séparation de biens ou pour toute autre cause, vous pourrez alors poursuivre sa sœur, chez qui il a été soigné, si vous pouvez prouver que celle-ci vous a fait appeler. Nous vous enverrons alors, sur votre demande, des documents de jurisprudence à l'appui de votre cause.

La lettre que vous a écrite la sœur en réponse à votre réclamation pourrait, selon ses termes, vous servir comme preuve. Vous pourriez, le cas échéant, nous la communiquer ou tout au moins nous en envoyer copie.

Dʳ E., à *Amicale*. — Je vous envoie ma cotisation du second semestre 1908 et tiens à vous remercier bien vivement de l'aide confraternelle que vous m'avez apportée. Sans le secours momentané que m'a donné l'Association générale, je n'aurais pas pu continuer à rester des vôtres.

Réponse. — Cette constatation des bons résultats donnés par notre convention avec l'Association générale est le meilleur argument qu'on puisse donner aux rares confrères qui n'ont pas encore compris l'indispensable utilité de cette convention.

Dʳ L., de P., à *Concours*. — Je désirerais vous poser quelques questions au sujet du tarif Dubief.

1° Souvent à la campagne, au début des fractures, on emploie un appareil de Scultet, ou autre amovible. Quel prix compter pour le 1ᵉʳ appareil, pour les autres répétitions d'appareils ; j'ai considéré jusqu'ici que c'était le tarif des appareils plâtrés. Ai-je raison ?

2° Après de vaines tentatives de Kocher pour réduire une luxation de l'épaule, je réduis avec 2 hommes vigoureux tirant chacun de leur côté. Dois-je appliquer, article D, n° 9, ou article 12, n° 6.

3° A la suite d'une plaie du poignet, paralysie du médian et fixation par des adhérences du fléchisseur profond. Sous anesthésie locale, je libère le tendon et

Suite page XI.

Correspondance hebdomadaire

(*Suite*).

le nerf. Cette opération n'est pas tarifée. (Prix de la visite, 2 fr.).

4° Plaie grave par batteuse à vapeur. Broiement de l'avant-bras, arrachement des muscles du bras. J'extrais les esquilles, je régularise, je fais une amputation atypique au niveau du coude, sutures, etc.

Est-ce un débridement et régularisation de plaie, ou une amputation du bras ?

Réponse. — 1° Oui, car le médecin est libre du choix de l'appareil de contention.

2° C'est article 12, I, n° 6, avec chiffre de 60 fr. compris entre 40 et 125 fr.

3° Comptez : anesthésie locale 4 fr., 10 fr. pour libération du tendon dans le fond de la plaie.

4° C'est une amputation du bras à compter 55 fr. plus anesthésie et aide s'il y a eu lieu.

Dr H., de R., à *Concours*. — Je vous prie de vouloir me répondre par la voie du *Concours* à une observation que me suggère la réponse au Dr F. de M., page VI, du n° 29, 19 juillet 1908.

Vous semblez indiquer que l'anesthésie générale dans une opération même de doigt ne doit pas être comptée par le chirurgien.

Dans ce cas, le chirurgien touchera dans le Nord, 15 fr. + 1 fr. 50 pour son opération.

Et l'aide le quart de l'opération : 1 V. + 15 fr. anesthésie (10 V.), c'est-à-dire 19 fr. 75 et le chirurgien 1 fr. 50 + 15 fr., opération : 16 fr. 50.

Le chirurgien médecin traitant sera moins rémunéré que l'aide ; cela me paraît invraisemblable, j'ai toujours obtenu le paiement de l'opération plus l'anesthésie pour moi.

Et je n'ai dans ce cas compté que 15 fr. pour l'aide ; les Compagnies n'ont jamais chicané mon aide.

Dans le cas d'une anesthésie générale pour faire un diagnostic, quels seraient alors les honoraires du médecin traitant opérateur (si l'opération n'est pas décidée).

Dans votre façon d'interpréter le tarif, le médecin appelant, traitant, opérateur au besoin, ne rece-

Suite page XIII.

IV. — *Service médical pour les Agents des Eaux et Forêts et pour la Gendarmerie.*

Le Secrétaire rappelle qu'en décembre dernier un certain nombre de confrères reçurent de l'administration des Eaux et Forêts une lettre leur demandant de vouloir bien soigner gratuitement les préposés des Eaux et Forêts et leur famille, sous promesses de récompenses diverses (lettres de félicitations, médailles, mérite agricole, etc.).

Devant ces sollicitations, le bureau du Syndicat a prié ses membres d'inviter l'administration des Eaux et Forêts à s'adresser directement à lui, ce qui a été fait. Le bureau a répondu que seule l'assemblée générale avait qualité pour décider si une réduction pouvait être faite sur les tarifs syndicaux et sous certaines conditions, telles que le paiement direct des honoraires par l'administration aux médecins, le libre choix, etc.., etc., que jusque-là seul le tarif minimum (tarif ouvrier) serait appliqué. Aucune réponse et aucune proposition ne nous étant parvenue, il n'y a donc pas lieu de mettre la question en délibération.

Mais afin d'éviter le retour de pareilles sollicitations que quelques confrères pourraient être tentés d'accepter, le syndicat décide que :

Tout proposition particulière faite à un syndiqué en vue d'un service quelconque, entraînant une dérogation aux tarifs syndicaux, doit être renvoyée au bureau qui examinera.

A propos des forestiers survient la question des soins gratuits aux gendarmes. S'il est vrai que la plupart des gendarmes paient aujourd'hui leur médecin, au moins dans notre région, il n'en est pas moins exact que leur situation est digne d'intérêt.

Le Dr Boudin rappelle la campagne qui vient d'être menée en vue de former un syndicat des médecins de la gendarmerie, dans le but de demander le quart de place pour ses membres sur les lignes de chemin de fer. Notre confrère fait remarquer combien cette solution est bâtarde et peu digne de la profession. En même temps il fait observer que le vote d'un seul syndicat n'a guère d'influence quand il s'agit d'une administration aussi difficile à mettre en branle que celle de la guerre. Aussi, en sa qualité de membre du Conseil de l'Union des Syndicats médicaux de France, le Dr Boudin propose-t-il de s'en rapporter à l'Union qui doit s'occuper au mois de juin de cette intéressante question.

L'Union des Syndicats a en effet l'intention d'inviter l'Administration de la guerre à assurer aux gendarmes les soins médicaux et pharmaceutiques comme elle le fait pour les autres militaires.

V. — *Révision et unification des tarifs syndicaux.*

La Commission vient d'avoir une réunion avant l'assemblée générale. A cette réunion assistaient : MM. Boudin, pour le syndicat de Gex et Bugey ; Perret et Naussac, pour le syndicat de Trévoux ; Touillon et Servas, pour le syndicat de Bourg ; M. Ballivet, président du syndicat de Gex et Bugey, empêché, s'était fait excuser.

La Commission a décidé :

1° Il est indispensable d'accepter un tarif minimum obligatoire pour tous les syndiqués.

Ce tarif doit être applicable à la classe la plus pauvre de la Société.

Il doit être augmenté proportionnellement avec les ressources du malade.

Les indigents, c'est-à-dire ceux pour lesquels ce tarif minimum serait encore trop élevé, doivent être à la charge de la Société, c'est-à-dire de l'Assistance médicale gratuite.

Le tarif sera publié et distribué aux syndiqués sous forme d'affiche à placer dans les salles d'attente ou dans les cabinets de consultation, ou sous forme de carnet.

Ces deux principes sont admis à l'unanimité.

Il est décidé également qu'il n'y aura qu'un seul chiffre en regard de chaque article du tarif, correspondant à un seul prix et non à une accumulation d'allocations comme dans le tarif Dubief.

Les questions de détail sont renvoyées à la Commission qui présentera son travail définitif à la prochaine réunion.

VI. — *Congrès des praticiens.*

Le Syndicat prie le Dr Boudin de vouloir bien le représenter au 2e Congrès des praticiens.

Comme l'année dernière une subvention de 50 francs sera allouée à notre délégué.

Il est décidé en même temps de demander à l'Union des Syndicats du Sud-Est de vouloir bien, comme elle l'a fait en 1907, allouer une certaine somme à notre délégué qui pourrait en même temps être un de ses représentants.

Une somme de 30 francs sera également envoyée par le trésorier comme participation de notre Syndicat au Congrès des praticiens sans préjudice des sommes qui pourraient être souscrites individuellement par les membres du syndicat.

VII. — *Cotisations et subventions diverses.*

Une somme de 10 francs est votée à titre d'allocation à l'*Office central pour la répression* de l'exercice illégal de la médecine.

Le syndicat approuve la continuation de la cotisation à l'Union des Syndicats médicaux de France et à l'Union des Syndicats du Sud-Est.

La liste des membres du syndicat sera adressée à l'Union des Syndicats de France, plusieurs d'entre eux se plaignant de ne pas recevoir régulièrement le bulletin.

VIII. — *Commission d'arbitrage médico-mutualiste.*

Les sociétés de Secours mutuels ayant déjà nommé leurs délégués à cette commission, le syndicat propose de demander aux autres syndicats du département de désigner également leurs Présidents.

Les trois présidents seraient désignés d'office et pourraient en cas d'empêchement déléguer leurs pouvoirs à un membre de leur syndicat.

IX. — *Assistance médicale gratuite.*

MM. Bourgeois, Tignel et Vanhaegenborgh se plaignent des difficultés qu'ils éprouvent en ce moment au sujet de leurs mémoires qui sont contestés et réduits sans qu'ils sachent pour quelle raison.

Certains confrères déclarent également que la loi de 1893 sur l'assistance médicale gratuite est violée d'une façon permanente par certains maires qui accordent ou refusent arbitrairement les carnets de maladie, envoient les malades à l'hôpital sans l'avis du médecin, etc.

Il est décidé qu'on demandera au Préfet de faire parvenir à tous les médecins le *tarif officiel* actuellement en vigueur.

De plus, notre confrère Boccard, en sa qualité de membre du Conseil général, centralisera les réclamations et les présentera à la prochaine réunion de l'Assemblée départementale.

X. — *Nomination des syndics.*

MM. Colin, Tignel et Tronchon sont nommés syndics pour l'année 1908-1909.

La séance est levée à 6 heures.

Le Président, Dr PASSERAT. *Le Secrétaire*, Dr SERVAS.

Syndicat médical d'Arras et de la région

Assemblée générale du 10 *novembre* 1907.

Présidence de M. POITEAU, président.

Renouvellement du Bureau

M. POITEAU est acclamé à l'unanimité des votants (27) et réélu président.

M. BIOLET est réélu vice-président.

M. LANCIAL est réélu secrétaire.

M. FRANÇOIS est réélu trésorier.

M. DÉCHY est élu secrétaire-adjoint.

Sont ensuite réélus syndics : MM. LESTOQUOY, PLANQUE et DERIENCOURT.

En reprenant le fauteuil de la présidence, M. Poiteau remercie les membres du Syndicat de la nouvelle marque d'honneur qu'ils lui témoignent, malgré l'insistance qu'il avait manifestée pour se reposer. « Devant les suffrages de mes collègues, ajoute-t-il, je m'incline comme le soldat : j'obéis. De même que sur la fin de l'automne, on voit encore apparaître comme à présent de belles journées que le soleil rend plus douces et plus tempérées, de même je serai heureux de mettre à votre disposition les quelques journées de paix et de tranquillité qui peuvent encore luire pour moi à l'automne de mon existence. Il me manquera peut-être cette belle qualité de la jeunesse : l'ardeur ; mais je tâcherai d'y suppléer par la ferveur et la conviction de la force que donne l'expérience. Cette expérience de la vie médicale que m'a donnée une carrière déjà longue, c'est bien volontiers que je la mets à votre service ; les quelques heures de paix et de labeur qu'il peut me rester, je les dois au syndicat médical : je serai heureux de les lui consacrer. »

Libre choix du médecin pour l'accidenté du travail.

M. DÉCHY. — De nombreux cas se présentent dans lesquels le blessé ne peut s'adresser librement au médecin de son choix ; ici, on trouve la pression de l'agent d'assurances qui dirige les blessés vers le médecin client de la compagnie ; là, c'est le contremaître d'usine qui envoie d'autorité l'ouvrier sous ses ordres vers son médecin préféré. L'on rencontre même des patrons ou employés ignorant encore les termes de la loi, qui imposent le médecin recommandé par la compagnie d'assurances, en menaçant l'ouvrier du refus de ses indemnités s'il s'adresse ailleurs. Pour combattre cette pression qui se fait sentir de plusieurs côtés il y aurait intérêt à renseigner directement l'ouvrier, à lui faire connaître ses droits et à lui apprendre qu'il peut s'adresser au médecin de son choix plutôt qu'à celui qu'on lui impose, sans avoir pour cela de frais médicaux et pharmaceutiques à payer et sans perdre le bénéfice de ses indemnités journalières.

L'affiche du *Concours médical* résume à merveille ces avis aux ouvriers blessés. Je propose de la faire apposer en face des usines et principaux établissements industriels.

M. BRASSART. — On pourrait peut-être aussi faire distribuer à domicile des fascicules contenant ces avis.

M. LANCIAL. — Le syndicat a déjà envoyé aux patrons et aux agents d'assurance une lettre-circulaire pour les mettre en garde contre ces abus, qui seraient passibles de pénalités. Il serait peut-être bon de s'adresser aussi à l'Inspecteur du travail, sous le ressort de qui doivent tomber ces faits repréhensibles.

M. PLANQUE. — L'affichage serait d'abord indiqué et les autres procédés pourraient être mis à l'étude.

M. le Président met aux voix la proposition d'affichage, qui est adoptée, et rappelle qu'il ne faut pas manquer de signaler au bureau du syndicat tous les faits répréhensibles qu'on viendrait à connaître à ce sujet.

Assistance médicale gratuite et enfants assistés.

M. POITEAU expose quelle est la situation actuelle du médecin d'assistance médicale gratuite et du médecin des enfants assistés de la Seine et du Pas-de-Calais. Ces divers services représentent non plus 11 %, mais bien le 1 /3 ou le 1 /4 de la population que nous soignons, et prennent la moitié de notre temps, non pas que les pauvres soient plus malades, mais parce qu'ils sont plus exigeants.

En ce qui concerne l'assistance médicale gratuite, le tarif établi par le Conseil général du Pas-de-Calais accorde :

1 franc par indigent dans la commune ;

1 fr. 50 par indigent hors de la commune ;

2 francs par indigent à 4 kilomètres et au-delà.

Ces prix s'entendent pour une année ; ce n'est pas fameux encore, mais la vraie amélioration sera donnée par le libre choix. En attendant, nous pouvons lutter pour faire diminuer le nombre des inscrits, car il y a des inscriptions abusives : nous ne serions pas payés davantage, sans doute, mais nous serions en tout cas moins dérangés. Enfin, il importe que chacun de nous vérifie si ses honoraires sont comptés suivant le tarif légal, et qu'il fasse parvenir immédiatement au syndicat toute réclamation qu'il pourrait avoir à faire à ce sujet.

Service des enfants assistés.

Le médecin des enfants assistés du Pas-de-Calais est actuellement chargé de donner aussi ses soins aux enfants âgés de plus de 2 ans lorsqu'ils sont malades. Il recevra pour cela :

1 franc pour la visite à domicile ;

1 franc pour la consultation ;

2 francs pour la visite de nuit ;

Puis il doit envoyer pour chacun un certificat de renseignements. Doit-il envoyer ce certificat à chaque visite, ou à la fin du mois ? C'est encore là une formalité qu'on nous impose facilement.

Vous constatez qu'on augmente à plaisir le travail ; le traitement le sera-t-il en proportion ? Attendons la fin de l'année pour voir le fonctionnement de ce nouveau service.

Le service des enfants assistés de la Seine donne lieu aussi à beaucoup de paperasseries, et subdivise trop les visites à faire suivant les âges des enfants. Aussi, je propose au Syndicat d'adresser au Directeur le vœu suivant ;

« *Le* Syndicat médical d'Arras *prie l'Administration de simplifier le règlement, afin de le rendre pratique ; il l'invite à diminuer les catégories d'âge, pour rendre plus facile au médecin le service de ses visites de surveillance et l'établissement de ses états pharmaceutiques* ».

La proposition de M. POITEAU est adoptée.

Syndicat des Commerçants.

M. BIOLET.— Il semble que plus nous bataillons pour le libre choix, plus celui-ci tend à se restreindre : en effet, jusqu'ici les commerçants choisissaient librement leurs médecins, et voici qu'une Assurance-Maladie s'organise pour leur

offrir gratuitement les soins médicaux et pharmaceutiques.

Cette Compagnie d'assurances m'ayant proposé d'être médecin attitré des commerçants assurés, j'ai répondu qu'il fallait pour cela s'adresser au Syndicat. Il serait intéressant de savoir si des propositions semblables ont été faites à d'autres confrères.

M. Béhague. — J'ai reçu, il y a trois ans, la visite d'un représentant de cette combinaison, qui m'annonçait l'organisation de sa Société ; mais depuis lors, je n'ai entendu parler ni d'assurés, ni de Syndicat de commerçants.

M. Déchy. — Ayant aussi reçu une proposition comme celle de M. Biolet, j'ai voulu me renseigner à fond sur cette question, et me suis adressé pour cela à des confrères du Nord et de Paris. J'ai appris que cette agence organise en même temps l'assistance commerciale, l'assistance médicale, mais cherche surtout à créer, dans chaque ville de France, un comité comprenant plusieurs médecins, pharmaciens, avocats, avoués, notaires, huissiers, lesquels deviennent les premiers assurés de la compagnie contre promesse d'affaires ou de clientèle pour chacun. Puis le Comité une fois constitué et les primes recueillies, on n'entend plus parler de rien et l'on ne voit jamais aucun autre assuré. Il y a tout lieu de penser qu'il s'agit là d'une fumisterie dont le Syndicat n'aura pas beaucoup à s'inquiéter (1).

Certificats spéciaux délivrés par les Facultés de Médecine.

M. Lancial attire l'attention sur le préjudice moral et matériel qu'occasionne au corps médical la délivrance, par certaines Facultés, de certificats d'hygiène à des docteurs ayant suivi quelques cours spéciaux et même à des personnes étrangères à notre profession. Sur sa proposition, le Syndicat émet le vœu qu'il ne soit plus délivré de certificats spéciaux à ceux qui, ayant passé les mêmes examens jusqu'au doctorat, doivent se trouver égaux dès qu'ils possèdent le même diplôme.

(1) N. D. L. R. — Cette opinion de M. le Dr Déchy est devenue aussi la nôtre depuis que nous avons recueilli de toutes parts des renseignements au sujet de cette organisation si grandiose... sur le papier, et que le *Concours médical* a signalée depuis longtemps.

CORRESPONDANCE

Les médecins de colonisation en Algérie.

Monsieur le Rédacteur en chef du *Concours médical*,

Le Congrès de Lille a bien voulu demander la suppression des auxiliaires médicaux indigènes. La médecine de colonisation se meurt pour des motifs divers. L'aveu vient d'en être fait par l'administration elle-même, car on lit l'annonce suivante dans les journaux de la colonie.

« — Alger. — Sont actuellement vacants les postes de médecin de colonisation de Renault, Trezel et Neobroma, dans le département d'Oran. »

Nos confrères de France peuvent donc sans crainte venir en Algérie. Moyennant une rétribution annuelle de 3.000 francs on les autorisera à se promener avec une température de 38° à l'ombre. Etant considérés comme des employés subalternes, ils devront obéir au doigt et à l'œil, tantôt à un maire quelquefois illettré, tantôt à un administrateur et tantôt enfin à un adjoint-administrateur et stagiaire de 25 ans, dont le bagage scientifique est souvent bien léger.

Malheur à l'imprudent qui se permettrait de critiquer la sacro-sainte administration. Silence dans les rangs, telle est la consigne.

La clientèle sera faite sous ses yeux par les auxiliaires médicaux indigènes d'autant mieux vus par l'administration que c'est elle qui les a couvés, et d'autant mieux vus également par les indigènes qu'ils savent se contenter de peu et se mettre à la portée du client adressé par l'autorité supérieure. C'est la médecine au rabais faite par un indigène qui croit tout savoir parce qu'il a pendant deux ans appris le métier d'infirmier.

Mais, me direz-vous, le médecin de colonisation peut arriver à un traitement annuel de 5.000 francs. Ceci est exact, mais il est non moins exact que ceux qui y arrivent sont peu nombreux. L'année dernière, 3 médecins de colonisation sont morts à la tâche. Le plus âgé avait 47 ans et sa nomination à la première classe est arrivée chez lui huit jours après sa mort.

Durant l'année 1908, plusieurs médecins de colonisation ont quitté la colonie sans esprit de retour et parmi les morts je lis les noms de Noguès, 52 ans, médecin de colonisation à Inkermann, et Bouton, 45 ans, médecin de colonisation à Ain Bessem.

A qui le tour ? ? ?

Les portes sont ouvertes. Les candidats au concours du mois de mai n'ayant pas été assez nombreux, l'administration demande des médecins pour les postes de Neobroma, Renault et Trezel.

Entrez, Messieurs les médecins ! !

Le tableau de la vie que vous mènerez en Algérie a été fait par M. le docteur Grcs. Ce dernier n'est pas tendre pour ses confrères, mais il dit des vérités à tout le monde et chacun peut en prendre pour son grade. Renseignez-vous donc au *Caducée*, ce journal vous dira ce que vous deviendrez plus tard si vous désirez être médecin de colonisation en Algérie.

Je n'ignore pas qu'il y a des grincheux partout, mais lorsque vous devrez abandonner la nichée pendant trois ou quatre jours durant chaque semaine, pour aller vivre sous le gourbi ou sous la tente au milieu de tous les parasites que Dieu a mis autour de l'homme, vous trouverez que le médecin de campagne peut en France, manger à sa faim, boire à sa soif, et avoir dans la vie quelques faibles compensations. Ici rien de tout cela ! ! Vous vous direz alors, peut-être un peu tard, qu'il était inutile de mettre la mer entre le pays qui vous a vu naître et vous. Actuellement place aux indigènes. La circoncision est portée sur le calendrier.

Suivez l'exemple de Jésus-Christ.

X.
Membre du *Concours médical*.

La spécialisation de la médecine sanitaire maritime.

Monsieur le Directeur,

Vous vous êtes associé à la campagne entreprise par le Dr Lop contre le diplôme de médecin sanitaire maritime. Etant moi-même ancien médecin naviguant et pourvu du titre incriminé, je suis au courant de la question et je ne suis pas sûr que vous soyez du bon côté dans cette affaire. Il y a une face de la question que vous n'avez peut-être pas vue. Le principal effet du diplôme de M. S. M. a été de *protéger* les médecins naviguants de carrière contre les armateurs. Il ne manque pas de jeunes confrères qui, leur thèse passée, s'accordent quelques mois pour courir le monde. Pour ce faire, aux frais de la princesses, il se font embarquer sur un paquebot comme médecin, et, n'attachant pas d'importance à une situation aussi transitoire, ils se contentent d'appointements dérisoires et même nuls, au grand détriment des médecins naviguants de profession. Le diplôme de M. S. M. est venu barrer la route à la plupart de ces « fumistes »

effrayés d'avoir à préparer un nouvel examen. C'est pourquoi les compagnies de navigation, obligées d'élever leurs prix pour trouver des médecins, font à ce malheureux diplôme une guerre acharnée où l'on s'étonne de voir le *Concours* combattre à côté d'elles.

Il est cependant de l'intérêt de tous, des compagnies comme des embarqués de tous ordres, que le métier de M. S. M., qui est très spécial, soit exercé par des spécialistes qui le connaissent. On vous dit que ce diplôme n'est pas une garantie scientifique. C'est possible, mais il exige du moins une connaissance des règlements sanitaires de navigation indispensable à tout médecin de bord. Celui-ci, en effet, n'est pas seulement un médecin, il est aussi un officier de police sanitaire, chargé dans chaque port de discuter avec les autorités sanitaires locales les conditions d'admission du bateau à la libre pratique. Ce n'est pas le côté le plus facile et le moins pénible de son rôle, et son instruction médicale ne l'y prépare nullement. Il n'est pas étonnant que, pour un métier spécial, on lui demande des connaissances spéciales, sanctionnées par un diplôme.

Le diplôme porte-t-il atteinte au droit de tout médecin d'exercer sur toute l'étendue du territoire ? En aucune façon. Il ne constitue pas un monopole. Il est toujours loisible à un médecin d'embarquer à ses frais sur un bateau et d'y exercer son art. J'ajoute qu'il y serait admirablement accueilli par le confrère du bord, heureux de cette aide inattendue... et d'ailleurs improbable, car le hardi novateur qui voudrait exploiter cette branche aurait peu de chance de faire ses frais ; mais le principe est sauf.

J'espère vous avoir démontré que le diplôme de M. S. M., loin d'être une arme contre les médecins naviguants est, au contraire, un de leurs trop maigres moyens de défense contre l'âpreté des compagnies. Ne contribuez pas à enlever cette protection à des confrères qui exercent un métier pénible, dangereux et mal rémunéré.

Dans l'espoir que vous publierez ce plaidoyer, je vous prie d'agréer, mon cher confrère, l'assurance de mes sentiments dévoués.

Dr CARBONELL.
Médecin sanitaire maritime, ex-médecin des Messageries maritimes.

N.D.L.R. — Nous ne refuserons pas de publier une fois de plus ce plaidoyer en faveur du fameux diplôme. Mais contient-il un argument nouveau capable de modifier les convictions ? Les règlements de police sanitaire maritime (qui tiennent en quelques pages d'instructions) ne peuvent-ils pas entrer dans le programme du cours d'hygiène des Facultés destiné à *tous les Etudiants* ? Il n'y aurait plus alors, *de ce fait du moins*, prétexte à la division des médecins naviguants en *spécialistes* et en fumistes.

Quand donc les médecins naviguants comprendront-ils que le *syndicat avec sanctions* est le seul moyen pour eux, diplômés ou non, d'écarter les rabaisiens et les parasites ? Est-ce le diplôme spécial qui va empêcher un besoigneux d'accepter des conditions ridicules ?

REPORTAGE MÉDICAL

Châtel-Guyon rectifie. — Un journal du matin ayant annoncé ces jours-ci que les Sources de Châtel-Guyon s'étaient complètement arrêtées, la Société des Eaux nous prie de protester hautement en son nom contre cette fallacieuse nouvelle pour laquelle tous les Syndicats Châtel-Guyonnais, Médecins et Société des Eaux en tête, viennent d'intenter une action judiciaire en dommages-intérêts contre le journal en cause. Les 28 sources continuent à fournir leurs 5 millions de litres d'eau quotidiens, et les 6.000 baigneurs actuellement présents à la station n'ont éprouvé à aucun moment ni gène, ni arrêt dans leur traitement hydrothérapique du fait du manque d'eau.

L'impôt sur le revenu.— Le Groupe médical parlementaire s'est réuni jeudi 9 juillet, à 1 heure et demie, à la Chambre, sous la présidence de M. le sénateur Labbé.

La réunion a examiné les conséquences de l'impôt sur le revenu par rapport à la profession de médecin.

Après une discussion assez longue et après avoir entendu les délégués de l'Union des Syndicats médicaux de France et du Syndicat des Médecins de la Seine, MM. les docteurs Philippeau, Noir et Guillemonat, il a été décidé de défendre ou de déposer les amendements suivants :

1° L'article 48 (ancien 53) sera ainsi rédigé :

« L'impôt sur les bénéfices des professions libé« rales,... est établi annuellement *après défalca« tion des frais inhérents à la profession...*

« 2° A l'article 50 (ancien 55) on supprimerait le mot «*détaillée*» qui fait suite à «déclaration» et on « ajouterait à la fin du premier alinéa : « en res« pectant strictement le secret professionnel ».

3° A l'article 48, on ajouterait : « le règlement « d'administration publique prévu à l'article 93 énu« mérera, en tenant compte des conditions d'exer« cice de chaque profession, les indications que « devra contenir la déclaration et les justifications « dont elle devra être accompagnée pour en établir « l'exactitude ».

4° Le taux de l'impôt serait fixé à 25 0/0 dans la 7e catégorie.

5° En cas de contestations, soit sur la déclaration, soit sur la taxation d'office, la preuve de l'inexactitude incombera à l'administration.

Voici donc un nouveau point du programme du Congrès de Lille préparé pour l'action.

Au conseil supérieur de l'instruction publique. — Le Conseil supérieur de l'Instruction publique vient de rejeter un vœu tendant à ce que les femmes soient dispensées du baccalauréat pour l'admission dans les facultés de médecine et les écoles de pharmacie ; vœu qui avait été présenté par MM. Laugier, Boitel, Mme Eidenschenk, MM. Risson, Toutey, Devinat, Michel, Noellet.

A la discussion à laquelle a donné lieu ce vœu, ont pris part, comme il fallait s'y attendre, les membres du Conseil supérieur appartenant au sexe féminin. Elles ont été unanimes à s'élever contre son adoption par le Conseil, faisant valoir comme argument, sans cependant être autorisées à parler au nom du sexe faible tout entier, que les femmes pouvant se destiner à la médecine désiraient être traitées sur le même pied que leurs concurrents hommes et ne sollicitaient pas une dispense qui ne serait qu'une faveur.

(*Gazette des Hôpitaux.*)

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs BALANDA, de Prades (Pyrénées-Orient.) et CORNET, de Saintes (Char.-Inf.), membres du « Concours Médical ».

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON 3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trentième année N° 33 Dimanche 16 AOUT 1908

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Leçon de choses : La force de l'Union.

Les médecins du canton de Creil, fatigués des luttes continuelles qu'ils étaient obligés de soutenir contre les Compagnies d'assurances accidents quand il s'agissait pour eux de recouvrer les honoraires bien modestes qui leur étaient légitimement dus, écœurés en outre par la mauvaise foi de certaines d'entre elles aussi bien que par leur parti pris de chicane voulue et préméditée, se sont réunis en petit syndicat cantonal, distinct du Syndicat général de l'Oise, dont ils continuent toujours cependant à faire partie, et ont résolu de faire cesser un état de choses devenu intolérable.

Des statuts sévères, analogues à ceux du syndicat de Versailles et du Syndicat du S. O. parisien, avec sanctions pécuniaires prévues, ont été rédigés, discutés, acceptés et *signés* par l'unanimité des confrères exerçant dans le canton ; et le Syndicat régulièrement constitué s'est immédiatement mis à l'œuvre.

Etant donné que le libre choix du médecin par le blessé est inscrit dans la loi, que, comme conséquence et dans la plupart des cas le médecin se voit opposer le tarif Dubief absolument insuffisant, notamment en ce qui concerne les certificats payés celui d'accident 2 fr. et celui de reprise du travail *rien du tout,* malgré l'énorme responsabilité qu'il assume de ce chef; étant donné que le supplément d'honoraires légitimement dus au médecin par l'ouvrier est, pratiquement, et dans la plupart des cas, irrécouvrable, nos confrères ont cherché les moyens à employer pour obvier à cet état de choses et n'ont pas tardé à les trouver.

D'une part, les certificats sont indispensables ; le premier, celui de constatation d'accident, au patron, pour accompagner sa déclaration ; le second à la Cie pour faire cesser le payement de demi-salaire. D'autre part, l'humanité empêche les médecins de refuser leurs soins aux blessés, mais ne saurait les obliger, pas plus que la loi du reste, à délivrer ces certificats. Le syndicat du canton de Creil a donc décidé à l'unanimité et en principe, de continuer à donner des soins aux blessés, mais de refuser tout certificat à l'ouvrier se présentant sans être porteur de l'engagement ci-contre signé du patron.

Le docteur choisi par l'ouvrier est prié de donner ses soins à notre ouvrier X..., blessé pendant son travail le.............. et de délivrer les certificats nécessaires à l'application de la loi.

Les soins et certificats seront payés par nous au tarif ouvrier de la région.

Le 190

Timbre de la maison

Signature.

Notification de cette décision fut faite par voie de circulaire à tous les patrons de la région soumis à la loi sur les accidents du travail et le syndicat attendit.

Nous devons leur rendre cette justice que la plupart d'entre eux, conscients des iniquités dont sont victimes les médecins de la part de certaines Cies d'assurances, ne firent aucune observation et se soumirent aux décisions syndicales en signant l'engagement demandé. Certains même d'entre eux, ennuyés de l'attitude de leurs assureurs, résilièrent leurs contrats, quand cela leur fut possible et changèrent de Cie d'assurances. Mais trois des plus importants industriels de la région, assurés du reste à la même Cie, refusèrent de se soumettre aux exigences des médecins et se virent refuser par eux les certificats médicaux qui leur étaient indispensables. La lutte était commencée et nous allons en énumérer, le plus brièvement possible, les diverses phases.

1° La Cie d'assurances fit venir son médecin de Paris pour constater les accidents, et établir les certificats. Ce médecin, fort honorable du reste, mais obligé à des déplacements sérieux et fréquents, par conséquent coûteux pour la Cie d'assurances, cessa ses visites au bout d'une quinzaine de jours.

2° Les patrons assurés, à l'instigation de la Cie, demandèrent alors au juge de Paix de Creil de désigner un médecin pour établir les certificats nécessaires à la déclaration d'accident.

Le juge de paix désigna le médecin légiste de Creil, mais cela ne satisfit personne : 1° parce que les Compagnies trouvèrent le tarif attribué à l'expert trop onéreux ; 2° parce que les autres médecins, ne participant pas à la désignation, se trouvaient lésés au profit d'un seul.

Le Syndicat décida alors que chacun de ses membres refuserait d'accepter les commissions que pourrait leur adresser M. le Juge de paix à la requête des patrons. Ces commissions furent adressées à un certain nombre de médecins de Creil et des localités environnantes, mais sans succès : et à la suite de ces refus les patrons firent leurs déclarations d'accidents en prétendant n'avoir pu se procurer le certificat exigé par la loi.

3° Le Syndicat, poursuivant sa défense, écrivit alors au Procureur de la République la lettre suivante :

Creil, 12 juin 1908.

Monsieur le Procureur de la République,

Au nom du Syndicat des médecins du canton de Creil, régulièrement constitué, dont je suis le président, j'ai l'honneur de porter à votre connaissance que les prescriptions contenues dans la loi du 9 avril 1898, modifiée par la loi du 31 mars 1905, régissant les accidents du travail, ne sont pas exécutées dans le canton de Creil, particulièrement dans les communes de Creil, Montataire, Cramoisy, où les déclarations d'accidents sont faites par quelques patrons sans être accompagnées du certificat médical exigé par la loi.

Pour justifier cette infraction, ces patrons arguent de ce fait qu'ils n'ont pu se procurer les certificats médicaux auprès des médecins de leur voisinage.

Rien n'est plus faux. Tous les médecins du canton sont disposés à faire les certificats d'accidents qu'on leur demandera sous la réserve qu'ils seront payés au tarif local fixé par le Syndicat, c'est-à-dire cinq francs par certificat de constatation d'accident ou de guérison.

Ce tarif a, du reste, été accepté depuis longtemps par un grand nombre de chefs d'entreprise.

Nous espérons, Monsieur le Procureur, que vous prendrez les mesures nécessaires pour que la loi soit également observée par tous.

Pour le Syndicat et par ordre :
Dr Crouzet, président ; Baudon, secrétaire.

Le Procureur de la République écrivit au Juge de paix de Creil en lui demandant des explications qui lui furent adressées dans les termes suivants :

Creil, 18 juin 1908.

Justice de Paix de Creil.

Monsieur le Procureur,

Il est vrai que plusieurs déclarations d'accidents du travail émanant des Compagnies, X.. Y.. et Z.. me sont parvenues depuis dix jours sans être accompagnées du certificat médical que les patrons n'ont pu se procurer par suite du refus opposé par les Docteurs C. D. et B.

J'ai alors fait savoir aux directeurs de ces sociétés qu'ils aient à me présenter une requête et que je désignerais un médecin conformément à la circulaire de M. le garde des Sceaux du 22 août 1901, chap. 3, § 2.

Trois requêtes m'ayant été présentées, j'y ai fait droit aussitôt. Les certificats médicaux ne me sont pas encore parvenus.

Ce conflit a pris naissance dans la prétention des médecins d'obliger les patrons à signer, à l'avance, un imprimé aux termes duquel ceux-ci s'engageraient à payer les soins et certificats au tarif ouvrier de la région.

Vous trouverez ci-joint les imprimés envoyés par les médecins aux patrons. L'imprimé n° 1 (1) avait d'abord été soumis à la signature des chefs d'entreprise, mais les médecins ne le trouvant, sans doute, pas suffisant, l'ont remplacé par l'imprimé n° 2.

Certains patrons ont consenti, mais les Cies X. Y. et Z. ont refusé, prétendant « que la signature de la formule qui leur était présentée aurait pour conséquence de transformer le médecin de l'ouvrier en médecin du patron et, par là même, d'interdire au patron d'invoquer l'application du tarif légal, son unique sauvegarde contre l'exagération possible des frais médicaux. »

Ce sont les termes d'une requête qui m'a été présentée. Les choses en sont là.

Si les médecins désignés refusent de délivrer les certificats demandés, je vous en aviserai.

Veuillez, etc.

Le Juge de Paix.

A la suite de cette lettre, M. le Procureur écrivit au président de notre Syndicat lui demandant les explications qu'il croirait devoir formuler au nom de la Société qu'il représente.

M. le Dr Crouzet répondit le 27 juillet suivant par une lettre approuvée du Syndicat, mais trop longue pour être reproduite *in extenso* dans nos colonnes.

Dans cette lettre, il exposait que les médecins du Syndicat du canton de Creil étaient décidés à ne plus travailler à un tarif inférieur à celui qu'ils avaient établi ; que tout forfait devait être écarté ; que les soins médicaux et chirurgicaux devaient être payés au tarif ouvrier ainsi que les certificats au tarif uniforme de 5 fr. ; que la plupart des patrons avaient accepté nos décisions ; que seules quelques importantes usines poussées par les assureurs s'y étaient refusées ; que la circulaire ministérielle du 9 avril 1898 était formelle disant :

« Il importe tout d'abord de remarquer que, pas plus que le tarif d'assistance médicale gratuite sous le régime initial de l'article 4 de la loi du 9 avril 1898, le nouveau tarif officiel

(1) L'imprimé n° 1 dont il est ici question était un engagement que le Syndicat n'a plus trouvé assez précis et qu'il a remplacé par le n° 2, dont nous avons donné le texte plus haut.

(tarif Dubief) ne s'impose, comme on a pu parfois s'y méprendre, aux médecins et pharmaciens.

« Ils restent, en droit, comme auparavant, entièrement libres de débattre la rémunération de leurs soins ou le prix de leurs fournitures. »

Il ajoutait que le Syndicat ne pouvait prendre au sérieux le procédé d'intimidation de la Cie d'assurances prétendant rendre ses membres responsables de toutes les suites d'accidents qu'ils auraient refusé de soigner ou de certifier; et qu'enfin les médecins refuseraient systématiquement les certificats d'accidents qui ne seraient pas demandés par les patrons dans la forme indiquée, ainsi que de déférer aux requêtes adressées par les patrons et visées par le Juge de paix. En un mot maintenant toutes nos revendications avec explications à l'appui.

Le 10 juillet, il recevait de M. le Juge de paix la lettre suivante :

Justice de Paix
du canton de Creil

Monsieur le docteur Crouzet,

Dans un but de conciliation et pour arriver, si possible, à une entente entre les médecins et les chefs d'entreprise sur la délivrance des certificats médicaux, je vous prie, en votre qualité de président du syndicat médical, de vouloir bien vous rendre lundi prochain à 10 heures du matin, en mon cabinet, à l'Hôtel de Ville, où je convoque également les patrons.

Vous pourrez, si vous le jugez à propos, vous faire assister du secrétaire de votre syndicat et même par d'autres médecins.

Le juge de paix.

Le syndicat ayant décidé d'accepter la proposition de conciliation ci-dessus transcrite, MM. Crouzet et Baudon se rencontrèrent dans le cabinet de M. le juge de paix, le 15 juillet dernier, avec les représentants autorisés des patrons.

Ici se place un incident : l'un des chefs d'industrie ayant jugé bon de se faire représenter par un agent de la compagnie qui l'assure, nos délégués refusèrent formellement son admission, déclarant ne pas connaître les compagnies d'assurances et ne vouloir traiter qu'avec les patrons.

Après une discussion fort courtoise, l'entente suivante fut enfin conclue :

1° Les soins et certificats seront payés au tarif du Syndicat des médecins de l'Oise.

2° Les notes d'honoraires devront être envoyées aux industriels à la fin de chaque trimestre par le bureau du Syndicat.

3° Ces conventions ne seront définitives qu'après approbation du Syndicat des médecins du canton de Creil et des industriels représentés.

Ainsi finit, comme elle devait logiquement se terminer, cette longue campagne que nous livrons sans commentaires aux méditations de ceux de nos confrères qui, pour cesser de se voir exploités, voudront enfin consentir à s'entendre entre eux et avec les patrons consciencieux, franchement et sans arrière-pensée. C'est bien réellement une leçon de choses que nous leur mettons sous les yeux. Dr M.

LA SEMAINE MÉDICALE

Traitement des adénites tuberculeuses.

D'après la thèse de M. le Dr Georges Laberne, de Paris, de tous les traitements proposés contre les adénites tuberculeuses, aucun, même l'exérèse chirurgicale la plus vaste, ne met à l'abri d'une récidive. Il n'existe donc pas de thérapeutique définitive et totale de cette affection.

Pour éviter les cas de récidive, les cicatrices étendues et inesthétiques quand elles siègent à la région cervicale, un grand nombre d'auteurs ont cherché dans le traitement conservateur une thérapeutique comportant une intervention plus limitée et entraînant des cicatrices moins visibles ; toutefois, la plupart de ces traitements nécessitent des soins extrêmement prolongés et ne préservent pas toujours de cicatrices dont l'étendue est à redouter.

Bier a proposé d'appliquer à la tuberculose ganglionnaire sa méthode de stase veineuse et il a publié quelques faits intéressants.

Reprenant la question sur une plus vaste échelle, nous avons appliqué la méthode du chirurgien allemand ; toutefois, à la suite d'essais, nous l'avons modifiée de la façon suivante :

1° Pour nous débarrasser des éléments définitivement frappés de mort, contenus au centre du ganglion ramolli ou sur ses parois, nous avons fait une ponction avec un fin bistouri, et, contrairement à Bier, nous avons rapidement enlevé à la curette tous les tissus désagrégés ;

2° Entre chaque séance d'application de la ventouse, nous avons injecté dans l'intérieur du ganglion de l'éther iodé au 1/20 et maintenu, après cette injection, une mèche imbibée du même liquide ;

3° Pour faciliter cette thérapeutique dans le milieu hospitalier, au lieu des applications intermittentes de ventouses (repos de cinq minutes après une aspiration de cinq minutes), nous avons fait une seule application de vingt minutes.

Cette méthode nous a donné les résultats favorables que nous publions et que nous pouvons résumer de la façon suivante :

1° Rapidité considérable de la guérison ;

2° Cicatrisation au bout de trois à cinq semaines.

3° Cicatrice absolument minime, longue de 2 à 3 millimètres, sans adhérence aux parties profondes et sans aspect chéloïdien.

Les entorses du pied et leurs complications au point de vue de la loi accidents.

Sous l'inspiration de M. le Dr Labeyrie, de Nantes, M. Léon Rio a étudié dans sa thèse les conséquences de la loi accidents en particulier dans les complications des entorses du pied.

L'entorse tibio-tarsienne n'est point la plus fréquente des entorses du pied. L'entorse médio-tarsienne et l'entorse sous-astragalienne la compliquent fréquemment. Elles existent souvent seules.

Les complications immédiates des entorses du pied sont: la désinsertion des ligaments avec ou sans arrachement de parcelles osseuses, les fractures à distance, les fractures des métatarsiens

ou du calcanéum, les épanchements sanguins, les lésions des bourses séreuses normales ou professionnelles, le diastasis de la mortaise péronéo-tibiale.

Les complications éloignées fréquentes sont les arthrites et les raideurs articulaires, les synovites, le pied plat traumatique.

Les complications insolites sont :

1° Des troubles nerveux :

a).— D'origine périphérique (troubles trophiques divers, troubles vaso-moteurs, hyperesthésie) ;

b).— D'origine psychique (hystéro-traumatisme) ;

c).— D'origine centrale (arthrite tabétique, arthrite d'origine myélopathique).

2° Complications dues à la syphilis :

a).— Syphilis acquise ;

b).— Syphilis héréditaire.

3° Les complications d'origine tuberculeuse semblent douteuses.

4° Il faut faire des réserves sur le rapport entre le traumatisme et le cancer.

Dans l'examen d'un malade atteint d'entorse, il faut analyser d'abord et surtout les signes locaux, ce sont eux qui permettent un diagnostic exact ; l'examen général du sujet permet seulement de diagnostiquer parfois une atteinte antérieure de l'articulation et d'éviter des complications possibles.

L'entorse du pied ne donne pas par elle-même droit à une indemnité ; seules ses complications peuvent constituer l'incapacité permanente partielle prévue par la loi.

Le sérum antidiphtérique dans les affections oculaires.

M. le Dr Darier préconise l'emploi du sérum antidiphtérique dans les infections oculaires.

Dans les ulcères infectieux pris au début, la guérison est rapide et complète et le leucome cicatriciel est souvent moins étendu et plus transparent que ceux obtenus par n'importe quel autre traitement.

Quand l'ulcère cornéen est plus avancé, plus profond, plus étendu, ou d'une virulence plus grande, la sérothérapie amène une diminution des douleurs, un arrêt plus ou moins appréciable du processus ulcéreux ; mais il faut le plus souvent, pour amener une guérison complète, mettre à contribution les divers topiques locaux, le galvano-cautère et même la paracentèse de la chambre antérieure pour évacuer l'hypopion ; les injections sous-conjonctivales seront aussi, dans ces cas, d'un précieux secours, soit en stimulant la nutrition du stroma cornéen, soit en provoquant un afflux plus marqué d'anticorps dans le cercle ciliaire et l'humeur aqueuse, soit encore et surtout en amenant un éclaircissement notable des parties infiltrées de la cornée.

Les plaies pénétrantes infectieuses de la cornée, de la région ciliaire ou de la sclérotique avec signes déjà évidents d'iridocyclite, même en présence de cataracte traumatique, complication des plus redoutables, si elles sont prises au début, guérissent avec une rapidité remarquable sous l'influence de 3 ou 4 injections de 10 cc. de sérum.

Jusqu'ici des nombreux cas de ce genre que j'ai traités depuis 4 ans, je n'en ai pas encore vu un qui n'ait bénéficié de cette sérothérapie. Il va sans dire que le traitement local de toutes ces infections par les topiques et antiseptiques classiques sera toujours un précieux adjuvant.

Dans les *complications infectieuses*, heureusement si rares aujourd'hui, qui surviennent après *l'opération de la cataracte*, les résultats sont d'autant plus favorables que la sérothérapie est appliquée plus près du début de l'infection.

La cure radicale des hernies chez l'enfant.

M. le Dr L. Julien, de Tourcoing, publie dans la *Pédiatrie pratique* un intéressant article sur la cure radicale des hernies chez l'enfant, et sur les remarquables résultats que donne cette opération (76 guérisons, sur 76 opérations.) Les conclusions de ce travail sont :

1° Le bandage doit être proscrit dans tous les cas.

2° Toutes les hernies de l'enfant doivent être opérées. La cure radicale peut être faite dès l'âge de trois mois, âge avant lequel la hernie n'est guère décelée par les parents, pourvu, évidemment, qu'il ne s'agisse pas d'un débile ou d'un malade ; que l'opération soit faite dans un milieu hospitalier ou privé convenable, et que le chirurgien soit sûr de lui et de sa méthode.

Voici la méthode qu'emploie M. Julien, en particulier chez l'adulte.

« Dans un premier temps, je libère minutieusement le sac jusqu'à la graisse sous-péritonéale, après incision de l'aponévrose du grand-oblique ; je le lie au catgut par une ligature en « nœud de meunier » et le résèque, puis je le fixe suivant le procédé de Barker.

« Dans *un deuxième temps*, je refais une paroi postérieure au canal : pour cela j'isole complètement le cordon ; je le récline en dedans et en haut sur l'abdomen. Je place alors les points de suture, qui ont pour but de rapprocher le tendon conjoint en haut, l'arcade de Fallope en bas, en chargeant, avec une aiguille de Doyen, en haut le tendon conjoint ou mieux tous les tissus résistants qui font saillie sur le bord externe du grand droit, et en bas la lèvre postérieur de l'arcade de Fallope. Trois à cinq points de suture sont ainsi disposés : le cordon est remis en place : il repose sur un plan solide.

« *Un troisième temps* consiste à refaire une paroi antérieure au canal au moyen d'un surjet. — Pas de drainage. — C'est, en somme, le procédé de Bassini.

« Pour les sutures du plan profond, j'utilise, comme Jaboulay, de Lyon, le tendon de renne. Celui-ci a l'avantage d'être d'une solidité parfaite et d'une résorption plus lente que celle du catgut (4 à 6 semaines),

Cette méthode m'a jusqu'à présent donné d'excellents résultats immédiats et lointains, et je renvoie toujours mes opérés chez eux au bout de dix à douze jours. Car n'est-il pas bon de faire reconnaître que la chirurgie française n'a pas à craindre de comparaison, qu'elle est toujours la plus élégante, la plus certaine et la plus rapide ? ».

Le cancer et le rôle du noyau des phagocytes.

Continuant l'étude d'une théorie qui lui est chère, M. le Dr Doyen a exposé à la Société de Biologie les phénomènes intéressants qu'il a observés dans les noyaux des cellules des tissus normaux et en particulier dans les noyaux des leucocytes.

Les frottis faits avec soin montrent dans les noyaux, des microbes entourés d'une capsule très nette.

Les coupes de leucocytes, faites après durcissement au Formol du culot de l'exsudat péritonéal du cobaye, montrent, en petit nombre, il est vrai, des microbes inclus dans les noyaux.

Le cancer apparaît ainsi comme une maladie du noyau des cellules normales qui, parasitées par un microbe spécial, vivent avec lui en symbiose et deviennent dès ce moment des cellules pathologiques. La cellule cancéreuse est un phagocyte pathologique.

Le parasite imprime au néoplasme son caractère infectieux et régit la multiplication désordonnée des cellules cancéreuses. La cellule imprime de son côté à chaque tumeur ses caractères histologiques.

Voici les conclusions du Dr Doyen :

1° Les noyaux jouent un rôle actif dans la phagocytose et dans la bactériolyse.

2° Le parasite du cancer est un parasite intracellulaire et surtout intra-nucléaire.

3° Le cancer est une maladie parasitaire du noyau des cellules normales.

4° Ce parasitisme intra-nucléaire explique l'anarchie cellulaire qui caractérise l'évolution du néoplasme.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

L'artério-sclérose.

M. Huchard revient sur la question de l'artério-sclérose dont, récemment, M. Lancereaux entretenait l'Académie,

Il faut s'entendre, dit-il, sur la définition de l'artério-sclérose, et ne pas la confondre avec l'athérome. Dans l'athérome, la lésion, qui est presque toute la maladie, a pour localisation habituelle les gros et les moyens vaisseaux. Dans l'artério-sclérose, ce sont principalement les artérioles périphériques et viscérales qui sont altérées. L'athérome, maladie de sénilité, frappe surtout le système vasculaire ; l'artério-sclérose, maladie d'un âge moins avancé, intéresse plutôt les viscères. Avec de fortes lésions apparentes, les athéromateux peuvent ne montrer que de petits accidents ; avec de petites lésions apparentes, l'artério-sclérose peut produire de gros accidents. La distinction des deux états morbides est donc nette, en clinique particulièrement. Dès lors, si l'on a pu provoquer l'athérome chez les animaux par des blessures du système nerveux ou par des injections d'adrénaline, on ne doit pas étendre le résultat de ces expériences à l'artério-sclérose et rattacher pour ce motif celle-ci à une origine nerveuse ou surrénale.

Pour l'auteur, il convient de définir l'artério-sclérose cliniquement et non pas anatomiquement. Ce qui domine l'affection, son *primum movens*, c'est l'intoxication et avant tout l'intoxication digestive. L'intoxication se traduit, dès le début et pendant longtemps, par la dyspnée toxi-alimentaire avec son phénomène satellite, l'insomnie. L'hypertension artérielle, observée à la phase de pré-sclérose, est également sous la dépendance de l'intoxication. Le traitement sera institué de bonne heure. Il comprendra une médication rénale et anti-toxique, dont la base sera le régime lacto-végétarien, l'hygiène, les agents physiques, certaines eaux minérales. On combattra les symptômes cardio-artériels à l'aide de quelques médicaments (iodures, trinitrine, tétranitrol, nitrite de soude, théobromine), sans faire un usage exagéré des iodures. Le massage abdominal est utile lorsqu'il y a stase et hypertension portales.

Quant aux causes de l'artério-sclérose, elles sont diverses. M. Huchard accorde une place importante à la goutte, d'accord en cela avec M. Lancereaux. Mais, contrairement à cet auteur, il fait jouer un rôle d'une importance non moins grande à la syphilis, au régime alimentaire et au tabac. L'influence artério-sclérogène du tabac a été démontrée par les expériences de Claude-Bernard révélant l'action vaso-constrictive considérable de la nicotine. Viennent ensuite, dans cette étiologie de l'artério-sclérose : les maladies infectieuses, l'alcool, le saturnisme, les causes morales et nerveuses, etc.

La tuberculose pulmonaire à Paris, Londres, Berlin, Vienne et New-York.

M. Armaingaud présente une étude sur la décroissance progressive des décès par tuberculose pulmonaire, depuis vingt ans, à Berlin, Londres, New-York, Vienne et Paris. Il termine son travail par les conclusions suivantes :

A Paris, et dans les autres capitales, les progrès de l'hygiène publique et de l'hygiène privée sont parvenus à réduire dans de sensibles proportions les ravages de la tuberculose pulmonaire. Celle-ci est en diminution à Paris comme à Berlin, Londres, New-York et Vienne. Toutefois, la réduction de la mortalité tuberculeuse parisienne est notablement moindre que celle obtenue dans les autres capitales. Il y aurait lieu, dans ces conditions, de faire une étude des moyens prophylactiques employés à l'étranger et de voir quelles seraient leurs applications possibles en France.

Traitement local atoxylien de la syphilis.

M. Hallopeau estime qu'un traitement spécifique local de la syphilis, pratiqué systématiquement et régulièrement avant l'apparition des accidents secondaires, est capable d'enrayer ou d'atténuer ces accidents et de diminuer très notablement la gravité de l'infection syphilitique.

L'auteur emploie, dans ce but, les bonnes préparations d'atoxyl (l'atoxyl cristallisé et les acéto-toxyls) dont il injecte dix centigrammes chaque jour sur le trajet des lymphatiques qui émanent du chancre, par conséquent à la racine de la verge, à la région du cordon, parfois sous le fourreau, ou au pubis, ou encore à l'aine. La solution utilisée, à 5 pour 100, est toujours bien tolérée. On complète la médication locale par des applications sur le chancre de pommade à l'atoxyl à 10 pour 100, et on y associe un traitement général atoxylien consistant en injections massives bi-hebdomadaires d'atoxyl acétique, faites à la région fessière, à la dose de 0 gr. 35 centigr.

Cette cure mixte, prolongée pendant toute la durée du chancre, ferait espérer, d'après M. Hallopeau, une atténuation considérable de la gravité de la syphilis, et peut-être plus encore en la perfectionnant.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Les accidents précoces de la suralimentation.

La suralimentation, dit M. Marcel Labbé, est un des grands facteurs de maladie. Elle est responsable d'un bon nombre de dyspepsies, de l'obésité, de la goutte, du diabète, des lithiases, etc.

Les premiers accidents de la suralimentation sont des troubles digestifs, gastriques et intes-

tinaux, auxquels se joignent bientôt de la congestion avec hypertrophie du foie, de l'intoxication suralimentaire du système nerveux se traduisant par de la somnolence *post prandia*, de la lourdeur de tête, de l'irritabilité nerveuse, un sommeil agité.

Souvent, le suralimenté engraisse ; puis, ou il devient obèse, ou l'engraissement fait place à l'amaigrissement.

Les urines sont foncées, dégagent une odeur forte, aromatique. L'acide azotique y développe un pigment rouge brun. D'autre part, elles réduisent fréquemment la liqueur de Fehling à l'ébullition, sans précipité d'oxydule de cuivre. La réduction n'est donc pas due au glucose : c'est, néanmoins, un symptôme voisin de la glycosurie, indiquant la tendance au diabète. L'albuminurie n'est pas rare. Elle est, en général, peu abondante et transitoire, cessant avec la guérison des troubles digestifs. L'analyse d'urine renseigne, de plus, sur le régime du sujet : des urines riches en urée et en sels indiquent une alimentation abondante. Il faut étudier comparativement l'urine et le régime du malade.

A ces accidents précoces, curables, peuvent faire suite des accidents plus graves, rappelant les affections organiques de l'estomac, du foie, du pancréas, de l'intestin. Les accidents éloignés apparaissent chez les individus qui semblent avoir supporté la suralimentation : ils sont représentés par toutes les maladies de la nutrition, goutte, diabète, obésité.

M. Siredey signale les inconvénients de la suralimentation thérapeutique, faite sans mesure. Chez les tuberculeux, par exemple, une alimentation excessive est susceptible d'amener des troubles digestifs sérieux et d'aggraver la maladie. Si une alimentation saine et substantielle, ajoute l'auteur, est utile pour les personnes bien portantes et plus encore pour les malades, il est dangereux d'abuser de la tolérance momentanée des voies digestives et d'ériger en dogme thérapeutique la pratique de la suralimentation.

Traitement du tétanos par les injections intra-rachidiennes de sulfate de magnésie.

Les sels de magnésie, comme l'ont montré les recherches expérimentales de Meltzer et Auer, possèdent des propriétés anesthésiantes lorsqu'on les emploie en injections sous-cutanées ou intra-veineuses. On peut également obtenir l'anesthésie médullaire par l'introduction du sulfate de magnésie dans le canal rachidien.

S'appuyant sur les travaux de Meltzer et Auer, Blake eut l'idée d'appliquer la méthode des injections intra-rachidiennes de sel magnésien au traitement du tétanos et il en obtint de bons effets. MM. Griffon et Lian ont récemment mis en œuvre cette méthode chez un de leurs malades dont ils viennent de rapporter l'observation à la Société médicale des hôpitaux. Il s'agit d'un sujet atteint de tétanos à marche subaiguë. Soumis à la médication habituelle (sérum anti-tétanique, chloral), son état resta stationnaire pendant cinq jours. A ce moment, on fait une injection intra-rachidienne de sulfate de magnésie et il se produit aussitôt une sédation très nette des accès convulsifs, qui cessent définitivement après une deuxième injection.

Le sulfate de magnésie n'est ici qu'un traitement symptomatique, agissant par ses propriétés calmantes. On l'injecte en solution à 25 pour 100, à la dose de 2 à 3 cent. cubes (selon le poids du corps), avec les précautions habituelles et suivant la technique de toute injection intra-rachidienne.

Le traitement en question ne semble pas avoir de dangers réels. On a observé, cependant, à la suite d'injections de sulfate de magnésie dans le canal rachidien, des accidents respiratoires (dyspnée, apnée) qui n'ont pas eu de suites graves.

Bien qu'appliqué dans trop peu de cas pour qu'on puisse porter sur elle un jugement définitif, disent en concluant MM. Griffon et Lian, cette méthode a fourni d'assez heureux résultats pour mériter que l'on continue son emploi dans la thérapeutique du tétanos.

Hémiplégie pleurétique.

Les accidents nerveux survenant au cours des épanchements pleuraux et surtout à la suite d'interventions telles que la thoracentèse, l'empyème ou les lavages intra-pleuraux, sont connus et ont donné lieu à d'assez nombreux travaux. On sait, par exemple, qu'il existe des hémiplégies qui apparaissent au cours de pleurésies séro-fibrineuses ou purulentes. Ces hémiplégies siègent le plus souvent du même côté que l'épanchement. Elles surviennent habituellement à la suite d'interventions dirigées contre la pleurésie et elles ont ordinairement une évolution parallèle à l'affection pleurale.

La pathogénie des hémiplégies pleurétiques est encore incertaine. On a invoqué, pour les expliquer, des causes diverses : l'embolie, la toxi-infection, la paralysie réflexe, l'hystérie. Un cas, observé par MM. P. Lereboullet et Tournay, montre l'origine organique possible de ces paralysies. Chez le malade de MM. Lereboullet et Tournay, en effet, l'hémiplégie, d'ailleurs transitoire, qui survint quatre jours après une thoracentèse, présentait la plupart des signes de l'hémiplégie organique, entre autres : le signe du peaucier (contraction du peaucier du côté opposé à la paralysie, quand le patient ouvre largement la bouche), la flexion exagérée de l'avant-bras sur le bras, le signe de Babinski (extension du gros orteil à la suite de l'excitation de la plante des pieds), et le signe de l'éventail (abduction des orteils et particulièrement du petit orteil, après la même excitation).

P. L.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôtel-Dieu : M. le professeur Dieulafoy.

Etude de la pathomimie.

Nous allons essayer de tirer au clair le cas intéressant — depuis si longtemps en suspens — du malade dont je vous entretenais dans mes deux précédentes leçons (1). Je reviens en quelques mots sur le fait clinique. Il s'agit d'un homme jeune de 30 ans, qui a été atteint depuis deux ans et demi de plaques gangréneuses au nombre de 98 ou 100. Après avoir consulté une quinzaine de médecins, après avoir eu des diagnostics de toute nature, il s'est adressé à un chirurgien qui, pensant à des troubles trophiques, à une névrite, a fait l'élongation des nerfs du plexus brachial, puis l'amputation du bras gauche. Cet homme a consenti à l'amputation. Et alors les mêmes plaques de sphacèle sont

(1) Voy. *Concours médical*, du 2 août 1908.

apparues au bras droit, les mêmes escarres noires, dures, sans œdème, sans suppuration.

Après avoir bien étudié ces escarres, nous avons interrogé le malade. Les lésions n'avaient rien de commun avec la syphilis et elles ne ressemblaient aucunement aux troubles trophiques des névrites. D'ailleurs, pas de symptômes de névrite, pas de diabète, pas de tabès.

Cela ne rentrait pas, non plus, dans le cadre des soi-disant troubles trophiques de l'hystérie. Je vous ai dit ce qu'il fallait penser des bulles, du pemphigus, des œdèmes, des gangrènes hystériques, termes qu'il faut rayer du langage médical, car ces lésions ne sont pas autre chose que de la simulation.

Il n'y a, en définitive, aucune cause pathologique connue pouvant déterminer de telles escarres. A quelle conclusion sommes-nous donc arrivés ? A la suivante : cet homme est un simulateur et il fait lui-même ses plaques gangréneuses, probablement avec de la potasse caustique. Dès le premier jour, l'examen des lésions nous avait conduits à penser à la simulation et à soupçonner l'usage de la potasse. Depuis des années, je fais appliquer, chez nos malades, des cautères à la pâte de Vienne (où la potasse caustique entre pour une part) et nous voyons se produire des escarres semblables à celles-là. Pour ces motifs, je me disais : nous sommes en face d'un simulateur, qui trompe tout le monde. Vous objecterez : oui, sans doute, on peut admettre la supercherie pour les escarres..., mais pour l'amputation du bras ?

Il fallait avoir le dernier mot. Il y avait en jeu un intérêt scientifique, médico-légal et thérapeutique. Mais, comment arriver à établir la simulation, comment en avoir la preuve ? Nous avons essayé de prendre le malade en flagrant délit. Nous lui avons demandé de prévenir immédiatement M. Crouzon, mon chef de clinique, dès qu'il sentirait la démangeaison prélude de l'escarre. Il le promit et ne tint jamais sa promesse... et pour cause, prétextant que l'escarre s'était formée trop rapidement. Nous lui avons demandé d'entrer dans le service, où nous l'eussions fait surveiller de jour et de nuit. Il n'a pas accepté.

Il y avait autre chose à faire : prélever un lambeau d'escarre et l'étudier chimiquement dans le but de retrouver l'agent servant à la mortification des tissus. Il est des cas où on a pu surprendre ainsi les malades. Dans une observation de M. Thibierge, on put déceler le nitrate d'argent dans une plaque de sphacèle faite par un simulateur. Pour notre homme, l'épreuve demeura négative, la substance chimique dont il se servait ne laissant aucune trace, d'autant qu'il avait toujours soin, aussitôt l'escarre produite, de la laver à grande eau.

Restait un troisième moyen : l'aveu du malade. Comment, il est vrai, obtenir et même espérer obtenir cet aveu ? Mes collègues, M. Brissaud, M. Gilbert-Ballet, nous disaient : ces malades n'avouent jamais. Et, effectivement, croyez-vous qu'un sujet faisant ainsi ses escarres et trompant ainsi tout le monde, va le dire ? Jamais ! Et cependant, dans ma dernière leçon, je vous annonçais qu'aujourd'hui je vous donnerais ferme le résultat. Je m'avançais bien un peu. Nous avions la certitude de la simulation. Pour en obtenir la preuve on écrivit à cet homme, de la maison où il est employé, le priant de venir. Nous nous étions donné rendez-vous, le directeur de cette maison, M. Crouzon et moi, dans le cabinet du Directeur. Il était convenu que le malade ignorerait le but et les circonstances de sa visite. Il était convenu surtout qu'aucune pression, aucune intimidation ne serait exercée sur lui pour l'amener à l'aveu, de façon à lui laisser son entier libre arbitre. Cet homme vint donc et, le plus naturellement du monde, sans paraître étonné de notre présence, il s'assit au milieu de nous. Son directeur, alors, qui avait toujours eu pour lui, pendant sa longue maladie, des égards de toutes sortes, lui adressa la parole, lui rappelant qu'il voulait uniquement son bien, mais lui demandant instamment d'être franc, laissant entrevoir que son rôle de simulateur était découvert. Et le malade de répondre :

—Comment pouvez-vous supposer que je suis un simulateur. J'ai subi deux opérations, j'ai été amputé du bras gauche ; et puis je vous jure sur ce que j'ai de plus sacré au monde, sur la tête de mon petit enfant que j'adore, je vous jure que je n'ai rien fait de tout cela. J'ignore la cause de mes escarres.

Devant cet accent de sincérité et de candeur, nous nous sommes regardés. Et j'entendais à ce moment une voix me tenant le langage suivant : «Que faites-vous de la maladie décrite par Maurice Raynaud sous le nom de « gangrène symétrique des extrémités », cette gangrène sèche qui atteint les extrémités des doigts, des orteils et parfois le lobule du nez, les lobules des oreilles. Voilà une affection dont la cause reste inconnue : elle n'en est pas moins réelle et non le fait d'une simulation. Pourquoi le cas actuel ne serait-il pas quelque chose d'un ordre analogue, un état morbide non encore classé ? »

Ce raisonnement, je l'avais déjà discuté et il n'avait pas ébranlé ma conviction. Je me plaçai alors face à face avec le malade et je lui dis : «Jusqu'à ce jour, vous avez été le jouet d'un état mental particulier ; vous avez obéi à une impulsion irrésistible qui vous a poussé à vous faire des escarres. A dater de cet instant, prenez garde. Si vous persistez dans vos dénégations vous devenez ce fourbe, cet imposteur que vous vous défendez d'être, et les honnêtes gens se détourneront de vous. Je fais appel à votre honneur, choisissez. »

A mes paroles, cet homme se transforme. Il éclate en sanglots et s'écrie «Pardonnez-moi, j'ai menti, j'avoue : c'est bien moi qui, depuis deux ans et demi, me suis fait aux bras et à la jambe ces plaques de gangrène ».

« Vous avez été un malade, ajoutai-je ; à l'heure qu'il est, vous êtes débarrassé de votre obsession ; vous êtes extériorisé de votre état mental, vous ne vous ferez plus d'escarres ».

Et alors, il nous raconte comment il faisait ses plaques de gangrène ; il imbibait un tampon d'ouate avec de la potasse et il l'appliquait sur la peau. Laissez-moi vous présenter une fois encore cet homme pour témoigner de son aveu. (*Assentiment du malade qui vient d'entrer*).

Voici donc la preuve. Je n'ai pas besoin d'insister sur ce cas curieux : curieux d'abord à cause de ces escarres produites depuis deux ans et demi, curieux à cause de cette mentalité particulière qui a conduit le malade à se laisser amputer le bras sachant qu'il n'avait rien, curieux parce qu'il vous montre un individu tellement ancré dans le mensonge qu'il n'en peut plus sortir, curieux enfin parce que le sujet est aujourd'hui heureusement extériorisé de son mensonge.

Les malades de ce genre, dans quelle catégorie allez-vous les cataloguer ? Sont-ce des menteurs, des *mythomanes* (Dupré) ? Il y a des gens qui ont le désir, le besoin de mentir. Mais, il en est d'espèces différentes. Les uns mentent dans un but frauduleux, par intérêt. Les enfants —

les adultes aussi, d'ailleurs — sont souvent mythomanes dans ces conditions.

Notre homme est un menteur d'un tout autre ordre, avec des voies de fait sur lui-même. Si nous voulons classer les malades qui se font ainsi des auto-mutilations, c'est un nom spécial qu'il va falloir trouver. En réalité, ils simulent non une chose, mais une maladie. Cherchant un qualificatif, je l'ai demandé à mon éminent ami Paul Bourget, que je remercie de sa collaboration et qui m'a suggéré le nom de *pathomimie*. En effet, c'est bien de la pathomimie, de la simulation de maladie. Le mot doit rester.

Dans les pathomimies, il existe des variétés. Il y a des pathomimes qui simulent dans un intérêt frauduleux, d'autres qui simulent sans intérêt ou avec un intérêt caché, insignifiant, pour tromper.

Parmi les pathomimes qui simulent avec un intérêt frauduleux, je citerai ceux qui cherchent à échapper au service militaire. Pour donner un exemple : on a publié, à l'étranger, des cas de tumeur factice de la parotide, d'éléphantiasis, créés de toutes pièces par des injections de paraffine.

A côté de ces pathomimes poussés par des raisons de mauvais aloi, il en est d'autres qui simulent une maladie, se laissent même, comme notre homme, couper le bras, sans motif apparent.

Ce cas n'est pas le seul de son espèce. Voici une femme, que j'ai fait venir à l'Hôtel-Dieu pour vous la montrer. Son histoire est déjà connue. A l'âge de 14 ou 15 ans, on lui fit l'amputation de la jambe pour une ostéite probablement tuberculeuse du tibia. Ne voulant pas quitter l'hôpital, où elle se trouvait bien, dit-elle, elle imagina de mettre un vésicatoire sur le moignon et de provoquer ainsi une escarre. Le chirurgien qui la soignait, devant la persistance de ce curieux « trouble trophique » proposa l'amputation de la cuisse qui fut acceptée. La malade utilisa encore le même moyen sur le moignon nouveau, jusqu'au jour où l'on découvrit, dans son lit et sur la plaie, les morceaux de pâte de cantharides qu'elle utilisait.

Voilà ce qu'est la pathomimie. Il s'agit de malades qui simulent une affection, les uns dans un but déterminé et nous comprenons pourquoi, les autres sans but, sans motif, pour le plaisir de tromper. J'ai, reçu il y a une dizaine d'années, dans mon service, à Necker, un homme dans les conditions suivantes : sachant que je m'étais occupé des kystes hydatiques du foie, il venait me demander de lui ponctionner un kyste dont il était porteur. Il avait étudié la question dans les livres et il décrivait toute la symptomatologie. Trouvant son foie normal, je refusai la ponction. Il quitta alors l'hôpital, et se rendit à Beaujon, à la consultation de chirurgie : là, reprenant son histoire, il ajouta qu'il sortait du service de M. Dieulafoy, où une ponction lui avait été faite et où on avait retiré de son kyste 1.200 grammes de liquide. Les douleurs, déclarait-il en outre, étant réapparues quelques jours après, il réclamait une intervention. Il fut opéré, et quelques jours plus tard il succombait à une péritonite suraiguë.

De tels malades sont dominés par une impulsion. Une fois entrés dans la voie du mensonge, ils ne peuvent plus en sortir. Voyez l'intérêt de ces faits au point de vue médico-légal, militaire, au point de vue du diagnostic et du traitement, du traitement chirurgical en particulier. Les chirurgiens ont souvent tendance à ne pas penser médicalement : eh bien ! que ceux qui se destinent à la chirurgie ne traitent pas la médecine en pays conquis.

Conclusions :

Certains individus simulent des maladies qu'ils n'ont pas. Ce sont des pathomimes.

Ils sont dominés par un état mental étrange, qui les rend capables de se laisser amputer un membre pour une affection qu'ils savent ne pas exister.

Dans quelques cas, le primum movens de la pathomimie est un intérêt particulier. Dans d'autres cas, il n'y a aucun intérêt en jeu : l'état mental est alors tout.

Pour dépister la pathomimie, il faut se livrer à une étude approfondie des lésions, faire de la bonne séméiologie, de la bonne clinique. C'est par la clinique que nous sommes arrivés à la conviction que notre malade fabriquait lui-même ses escarres. Son aveu a confirmé nos déductions.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

Les dangers et le traitement du placenta prævia.

Cette question du placenta prævia sera toujours, en obstétrique, une de celles qui offriront le plus de difficultés et de mécomptes ; aussi n'est-il pas inutile d'y consacrer une petite étude.

La solution générale du problème a été trouvée le jour où l'on s'est mis à pratiquer la version de l'enfant, sans toutefois la faire suivre de l'extraction : ce qui est la méthode la plus appropriée pour arrêter l'hémorrhagie, et en même temps la plus sûre pour assurer l'asepsie. Tout le monde admet donc aujourd'hui qu'il faut faire la version le plus tôt possible, même quand l'orifice utérin est encore insuffisamment dilaté ; en ce cas, on emploie le procédé par manœuvres mixtes, recommandé par Braxton Hicks.

Quant à l'extraction, elle ne doit pas être pratiquée aussitôt, car les déchirures cervicales se produisent facilement lorsque la dilatation n'est pas complète.

Cependant la version précoce et l'extraction tardive semblent avoir pour conséquence immédiate une augmentation de la mortalité infantile ; par contre, elles font tomber la mortalité maternelle à 7,2 %, alors que les méthodes, considérées autrefois comme les meilleures, l'abaissaient seulement de 30 à 40 % à 10 ou 16 %.

Cet état de choses rend donc nécessaires de nouvelles améliorations dans la thérapeutique ; c'est dans l'intention de concourir à ce but que le professeur Zweifel nous fait connaître quelques réflexions qui lui ont été suggérées par quelques séries malheureuses de cas observés à la Clinique obstétricale de l'Université de Leipzig (*Munch. med. Woch.*, 1907, no 48).

Dans l'espace de huit années, de 1896 à 1906, sur 11.757 accouchements, il y eut à cette Clinique 187 cas de placenta prævia, qui produisirent le décès de 13 femmes, soit une mortalité de 7,8 %. Si ces résultats peuvent être considérés comme favorables par rapport à ceux que l'on obtenait jadis, il n'en est pas moins vrai que, malheureusement, 3 femmes moururent de fièvre puerpérale, et 10 d'hémorrhagie. Ce dernier chiffre est d'autant plus à regretter que l'on doit toujours s'efforcer par tous les moyens d'empêcher une femme de mourir d'hémorrhagie entre les mains du médecin. Quant à la fièvre puerpérale, on peut

MATIÈRE MÉDICALE MODERNE

Gastro-Entérites des Enfants du premier âge

LEUR TRAITEMENT PAR LA REINE DE VALS

Vingt et une années de l'expérimentation la plus large n'ont fait qu'augmenter près du Corps Médical la faveur dont jouit la Reine de Vals dans le traitement des gastro-entérites des enfants du premier âge.

Indiqué à un moment où la plupart des traitements en usage restaient sans effets contre une épidémie meurtrière, son emploi fut accueilli avec empressement et se généralisa rapidement, grâce aux résultats souvent inespérés qu'il donna.

Actuellement, l'eau de la Reine de Vals est partout employée, et, si le médecin doit lutter, c'est non plus pour la faire accepter, mais pour obtenir qu'elle soit donnée d'une manière rationnelle.

Comment convient-il d'administrer l'eau de la Reine?

La chose, nous l'avons dit, a son importance puisque c'est de la méconnaissance des règles qui doivent présider à son administration que viennent la plupart des insuccès observés.

Chez les enfants élevés au biberon, ce qui est le cas le plus fréquent, il faut d'abord supprimer absolument le lait ou tout autre liquide plus ou moins nuisible qui est donné à l'enfant : eau de gruau, eau de pain, etc. Il faut encore nettoyer à fond le biberon qui, naturellement, ne comportera plus de tuyau en caoutchouc. On donnera alors l'eau de la Reine, froide, pure, sans addition aucune. La quantité variera selon l'âge de l'enfant : quart, tiers de biberon, moitié même ; ce qui importe, c'est qu'on fasse boire l'enfant et non qu'on laisse à sa disposition un biberon à tube rempli d'eau.

Après un intervalle de temps convenable (une heure ou deux, suivant le cas), on réitère ; puis nouvel intervalle et nouvelle ration d'eau, et ainsi de suite.

L'effet est immédiat : dès que l'enfant a bu l'eau, les vomissements s'arrêtent. Il est très rare de voir la première dose vomie, et jamais la seconde ne l'est.

D'ores et déjà, la situation est singulièrement simplifiée : l'intolérance de l'estomac est supprimée et un calme général se produit. On serait tenté volontiers de reprendre l'alimentation de l'enfant, mais il faut attendre encore et continuer l'eau pure jusqu'à ce que son action ait été plus profonde. L'état du petit malade donne les indications nécessaires.

Quand le moment de reprendre le lait est arrivé, il faut ne le faire qu'avec une prudence extrême et passer d'une manière pour ainsi dire insensible de l'eau de Vals pure à un mélange suffisamment nutritif.

Après un nombre suffisant de doses d'eau pure bien supportees, nous conseillons de reprendre le lait de la manière suivante : dans la quantité d'eau de Vals adoptée (quart, tiers ou moitié de biberon) on met une cuillerée à bouche de lait — c'est presque de l'eau pure, le mélange est donc bien supporté. La fois suivante, toujours dans la même quantité d'eau de Vals, on met deux cuillerées de lait — le mélange, peu différent du précédent, passe encore. La fois suivante, on met trois cuillerées de lait et ainsi de suite, en augmentant, à chaque fois, d'une cuillerée de lait dans la quantité d'eau de Vals invariable jusqu'à ce qu'on arrive à un mélange par moitié, proportion qu'il est utile de maintenir pendant un certain temps.

L'emploi du lait stérilisé n'apporte pas de modification sensible dans cette manière de faire : on en est quitte pour mettre moins de lait dans les flacons à stériliser et ouvrir un flacon à chaque fois.

Il est fort rare qu'avec cette manière de procéder les vomissements reviennent ; si par hasard ils réapparaissaient, il conviendrait de supprimer à nouveau le lait, de donner l'eau de la Reine pure et de reprendre la méthode en son entier.

En même temps que les vomissements disparaissent, la diarrhée se modifie, l'odeur et la réaction des selles changent rapidement, leur couleur devient plus normale, elles prennent peu à peu un caractère franchement muqueux. L'affection est alors devenue relativement bénigne : elle disparaît souvent d'elle-même ou, si elle se prolonge, elle devient facilement justiciable d'une potion au bismuth.

En résumé, l'action de l'eau de la Reine est d'abord tempérante, puis substitutive. Ajoutons qu'en aucun cas, elle ne peut être nuisible et qu'elle n'empêche l'usage d'aucun médicament, pas même de l'acide lactique, si sa seule action paraît insuffisante,

L'usage de l'eau de la Reine constitue un des meilleurs moyens préventifs contre la diarrhée, et le nombre est grand des mères qui, par précaution, au moment des chaleurs, coupent le lait de leurs enfants avec une quantité d'eau plus ou moins grande.

De même, chez les enfants affaiblis par la maladie, alors que les symptômes dangereux auront été conjurés, il pourra être utile de continuer l'usage de la Reine. On obtient parfois les meilleurs résultats de biberons de lait coupé d'une proportion variable d'eau minérale et parfois légèrement additionné de bon cognac,

Mais ce qu'il ne faut alors jamais laisser faire, c'est le mélange du lait et de l'eau de Vals avant la stérilisation ; l'eau de la Reine doit être mise dans le flacon de lait stérilisé et réchauffé, au moment même où le lait va être donné à l'enfant.

Ce qu'il faut éviter aussi, c'est que la bouteille d'eau de Vals reste débouchée pendant un temps plus ou moins long, qu'elle soit mal bouchée, qu'elle reste exposée à la chaleur. Nous conseillons de tenir la bouteille renversée dans un pot et de la laisser séjourner à la cave : de cette façon l'eau conserve ses qualités jusqu'à la fin de la bouteille.

Ce qu'il faut éviter bien davantage encore, c'est qu'on se serve d'eau conservée en vidange depuis un temps plus ou moins long, des semaines, des mois, parfois même une année !

Quelque invraisemblables que puissent paraître de semblables causes d'insuccès, elles existent, nous en avons eu la preuve, et le médecin doit se tenir en garde contre elles.

Chez les enfants élevés au sein, les vomissements et la diarrhée sont plus rares ; on les voit pourtant survenir à la suite d'indigestions répétées, les mères n'apportant aucune régularité dans les tétées et laissant généralement l'enfant absorber une quantité de lait trop considérable.

La première chose à faire, en pareil cas, est de modifier l'hygiène défectueuse ; mais l'eau de la Reine peut encore se montrer très utile : on la donne alors par cuillerées avant chaque tétée pour faciliter la digestion.

Si les vomissements continuent, on cesse le lait pour donner l'eau de Vals pure et on reprendra, après leur disparition, l'alimentation au sein d'une manière méthodique.

L'administration de l'eau est alors plus difficile qu'avec le biberon, mais les résultats qu'elle donne sont encore excellents.

Les communications nombreuses qui nous ont été adressées, depuis le moment où nous avons préconisé l'emploi de l'eau de la Reine dans les diarrhées infantiles, nous montrent qu'aucun traitement n'a donné d'aussi bons résultats. Tous nos confrères qui l'ont essayé l'ont immédiatement adopté et s'en sont bien trouvés.

Dr A. GASSOT.

Correspondance hebdomadaire
(Suite).

—

de ses salariés dans les termes de la loi du 18 juillet 1907, le médecin est exposé à n'être pas payé par le patron.... etc. ». Quelle est cette loi de 1907 ?

Dans le cas qui m'intéresse faut-il poursuivre l'ouvrier tout seul, ou l'ouvrier solidairement avec son patron? (ce dernier déclare n'être pas assujetti à la loi de 1898).

Réponse. — En l'espece, la Compagnie d'assurance avait raison. Il a été formellement jugé que n'étaient pas couverts par la loi du 30 juin 1899, les accidents survenus autour des machines alors que le moteur n'est pas en mouvement.

Mais, si vous pouvez prouver que le patron, ayant connu les soins que vous donniez à son ouvrier blessé vous a encouragé à les continuer, n'hésitez pas à le poursuivre devant le juge de paix solidairement avec son ouvrier.

La loi du 18 juillet 1907 permet à tout employeur non assujetti à la législation concernant les responsabilités des accidents du travail, de se placer sous le régime de cette législation en remplissant quelques formalités qu'elle énumère. Nous l'avons publiée dans notre n° 31 de 1907, page 545.

Dr M., de A., à *Concours*. — Deux questions s'il vous plaît ? Si elles vous paraissent intéresser vos confrères, vous pourrez me répondre seulement par la « Petite Correspondance » du *Concours*.

1° J'ai soigné la *femme* d'un individu qui n'était qu'un prête-nom pour l'exploitation d'un commerce.

Il y a d'abord liquidation judiciaire, transformée en faillite, naturellement imputée à notre commerçant (!) J'envoie ma note au Syndic qui me répond qu'il m'inscrit comme « créancier chirographaire ». Je proteste en demandant le maintien de mon privilège. Il m'est répondu que le privilège n'existe pas par ce que ce n'est pas le failli que j'ai soigné, mais sa femme. Je crois que le syndic a raison. Mais pour être payé tôt ou tard, puis-je faire la chose suivante: accepter ce qui me reviendra au partage, peut-être un dixième de ma créance.... et, pour le surplus, faire écrire par mon ancienne malade un engagement d'en régler elle-même ultérieurement la différence. Je dois ajouter ceci : le failli a été arrêté, et viens d'être *interné* dans un asile d'aliénés — et d'autre part les *parents* de la femme lui laisseront quelque chose d'appréciable pour elle ?

Suite page X.

à la rigueur la considérer comme un malheur inévitable, si accoucheuses et médecins ont cherché à l'écarter par tous les moyens possibles; on sait, en effet, que toute personne ayant perdu une grande quantité de sang offre moins de résistance à l'invasion et au développement des germes infectieux. (Les trois femmes mortes de fièvre puerpérale furent amenées à la Clinique après avoir déjà été traitées, tamponnées, en ville, par des accoucheuses et des médecins.)

Comment est-il donc possible de diminuer le nombre des décès par hémorrhagie dans les cas de placenta praevia, d'éviter un accident qui, nous l'avons dit, ne doit pas, en principe, se produire entre les mains d'un médecin ? On ne peut élucider ce problème qu'en étudiant soigneusement dans tous leurs détails les observations de ces accouchées, qui meurent par hémorragie.

Quand une femme est amenée à l'hôpital, qui n'a plus de pouls à l'artère radiale, et qui meurt après une perte de sang de 100 à 200 cent. cubes, il est admissible, dit Zweifel, qu'elle en avait déjà trop perdu auparavant ; l'observation courante, montre, en effet, que les femmes ont des hémorragies de cette importance à chaque accouchement naturel, et même à chaque menstruation, et cela sans aucun inconvénient quand elles sont bien portantes. A la Clinique de Leipzig, où l'on mesure exactement la valeur de toute perte de sang, une seule femme, parmi celles qui moururent d'hémorrhagie, perdit jusqu'à 1.600 cc. de sang, et encore ne put-elle être sauvée en raison de sa constitution trop débile. Chose extraordinaire, une autre perdit 2.200 cc. de sang, et supporta si bien cette hémorrhagie que, huit jours après, elle quittait la Clinique avec son enfant bien portant. Quatre femmes perdirent 1.500 cc. de sang et guérirent rapidement ; 14 eurent des pertes variant entre 1.000 et 1.200 cc., sans qu'elles s'en trouvassent incommodées.

Quant aux 10 cas de mort par hémorrhagie signalés plus haut, ils se décomposent ainsi : chez l'une des femmes, il fallut extraire rapidement l'enfant pour empêcher l'asphyxie et il se produisit une déchirure du col utérin ; quant aux 9 autres, elles avaient eu de telles hémorrhagies à leur domicile privé, qu'elles ne purent supporter à la Clinique de nouvelles pertes, mêmes insignifiantes (quelques cuillerées de sang chez l'une d'elles). C'était en quelque sorte l'histoire proverbiale de la goutte d'eau qui fait déborder le vase ; l'état antérieur de ces accouchées était si précaire, qu'il avait suffi d'une minime aggravation pour causer un malheur irréparable ; le sang n'avait pas « débordé », chez elles comme dans le proverbe, il s'était vidé. Leur état d'anémie était le résultat de fautes commises antérieurement ; ces femmes, par suite d'une perte de sang importante, s'étaient affaiblies dans leur organisme, sans qu'il y paraisse soit à elles-mêmes, soit à leur entourage. Elles pouvaient encore avoir un excellent pouls, mais elles n'étaient plus capables de supporter une nouvelle perte de sang, si faible fût-elle, car tout le sang perdu ne se reforme pas en quelque jours.

Malheureusement, ces observations, citées par Zweifel, ne donnent pas une idée réelle du danger immense, car les décès de ce genre sont plus nombreux que ne l'indique la statistique dressée par l'auteur.

Dans un travail analogue, Beckmann a réuni pour les années 1888-1900, 14.817 accouchements, avec 143 placenta previa, qui fournirent 1 décès par fièvre puerpérale, et 10 morts par hémorrhagie. Il arrive aux mêmes conclusions que Zweifel.

Les femmes qui succombèrent ainsi par hémorrhagie avaient toujours déclaré que, quelques jours, parfois une ou deux semaines auparavant, une hémorrhagie grave (1/2 ou un vase de nuit, c'est-à-dire 1 ou 2 litres de sang), s'était produite chez elles. Naturellement, elles avaient fait appeler le médecin, lequel, arrivé généralement quand toute hémorrhagie avait cessé, s'était contenté de prescrire le repos au lit, les reconstituants, et de recommander qu'on vînt aussitôt le chercher en cas de nouvelle perte.

Ce sont là, il faut le déclarer, des conseils insuffisants, car on laisse une part trop grande au hasard, qu'une nouvelle hémorrhagie se produise ou non. Néanmoins, on comprend facilement que plus d'une femme puisse être sauvée, s'il se produit chez elle une nouvelle hémorrhagie ; mais ne vaut-il pas mieux agir avec certitude et faire en sorte que, si pareille hémorrhagie survient, elle soit sans dangers ?

Comment répondre à cette indication ? Il semble, d'après Zweifel, que le tamponnement vaginal soit une méthode de toute sécurité. Et pourtant on a fait de nombreux reproches à ce procédé ; on a dit qu'un tamponnement bien fait amenait une interruption de la grossesse, c'est-à-dire l'expulsion du fœtus ; que le tamponnement continué jour par jour souvent pendant un certain temps augmentait les dangers d'infection. Toutes ces objections sont exactes si l'on emploie de la gaze ou de la ouate ; mais elles ne le sont plus si l'on a recours au ballon dilatable de Braun, qui se recommande toujours en pareil cas. Soit de jour, soit de nuit, on ne doit jamais laisser une femme sans l'assurer contre le retour d'une nouvelle hémorrhagie; la chose est démontrée par les cas de morts que cite Zweifel.

Le ballon de Braun avait été abandonné par les médecins vers 1860 ou 1870, au moment où il était devenu possible d'améliorer les conditions de stérilisation de la gaze et de la ouate, on ne savait, en effet, par quel procédé conserver un ballon de caoutchouc, qui devenait rapidement cassant et perméable à l'air, dès qu'on ne s'en servait pas. Or, l'expérience a montré depuis qu'à tout moment, il était possible d'avoir à sa disposition pendant des années un ballon de caoutchouc souple et imperméable, à la condition de le conserver, non pas à l'air, mais dans l'huile ou la glycérine. Les avantages de ce ballon sont grands puisqu'avec l'ébullition, il est facile de le désinfecter en quelques minutes, et qu'il peut être rapidement rempli d'eau bouillie.

Naturellement, on ne fait aucun reproche à la gaze et à l'ouate consciencieusement stérilisées, retirées de paquets ou de boîtes fermées. Mais une fois les paquets ou les boîtes ouvertes une première fois, le reste de leur contenu devient inutilisable à moins de subir une nouvelle stérilisation. Or, combien de fois néglige-t-on de prendre cette précaution dans la pratique privée ? De plus, comme le tamponnement prend un certain temps, le danger de l'infection augmente ; et il augmente aussi par suite de l'absorption continue des sécrétions naturellement protectrices du vagin. D'ailleurs, il semble bien que les maladies et les morts par infection soient devenues plus fréquentes, depuis que la ouate et la gaze aseptiques ont remplacé plus souvent l'emploi exclusif du ballon vaginal.

Lorsqu'on n'a pas de ballon vaginal sous la main, et que la ouate n'est plus stérile, on peut cependant aseptiser cette dernière par l'ébullition et l'employer à l'état humide. Mais, il ne faut pas la faire bouillir dans de l'eau ordinaire, car celle-ci dissout le caillot sanguin ou empêche sa formation. L'eau, pour être rendue styptique, doit être additionnée de 9 à 10 grammes de sel

marin (soit 2 cuillerées à café) par litre, et d'une cuillerée à café d'acide acétique, ou d'une cuillerée à bouche de vinaigre fort. D'autres styptiques sont encore l'alun calciné ou l'acide tannique, à raison de 10 grammes environ par litre d'eau.

Par l'ébullition dans pareilles solutions, l'eau peut être rendue à la fois antiseptique et styptique. C'est là, naturellement, un moyen de fortune, auquel on préfèrera toujours un matériel sec et antiseptique.

Il n'est pas nouveau d'apprendre à soigner plus sérieusement et à éviter les hémorrhagies de la grossesse ; mais il était d'autant plus utile de rappeler cette donnée, déjà formulée par Bar, Brindeau et Chambrelent, qu'elle avait été combattue récemment par Fritsch. Il arrive fréquemment qu'une hémorrhagie grave de la grossesse ne se répète pas, et que la grossesse se termine bien pour l'enfant comme pour la mère ; le retour des hémorrhagies graves n'est de règle que pour le placenta prœvia total ; mais il est fondamental en obstétrique de chercher par quel procédé on peut éviter ces deuxièmes hémorrhagies graves qui, malgré toute la diligence du médecin, épuisent les femmes pour les conduire à la mort. Or, la réponse est la suivante : il faut surveiller très sérieusement les gestantes après une hémorrhagie grave et les traiter activement.

S'il importe avant tout de soigner la mère, il ne faut pas négliger l'enfant. Malheureusement. les nouvelles méthodes de traitement, version par manœuvres combinées et extraction lente sont devenues très néfastes pour les enfants.

Des 178 femmes à placenta prœvia (Zweifel), naquirent 183 enfants (5 jumeaux) ; 3 ne doivent pas être comptés puisque les mères succombèrent avant leur délivrance. Donc sur 180 enfants, 79 naquirent vivants, 101 morts, la mortalité primitive s'élève par conséquent à 56,8 %. Sur les enfants nés vivants, 24 moururent durant les 8 premiers jours, ce qui porte la mortalité à 70 %.

Le placenta prœvia détermine ainsi une mortalité infantile considérable, enfin, il amène beaucoup d'enfants nés avant terme, nés débiles, petits ; en-dessous de 2.500 grammes, ceux-ci meurent dans la proportion de 72,7 % durant les 8 premières années de leur vie ; au-dessus de 2.500 grammes, ils ne fournissent plus qu'une mortalité de 13,3 %. Ces chiffres sont très intéressants, car ils nous montrent combien il serait absurde dans les accouchements avant terme de vouloir, pour l'enfant, entreprendre une opération dangereuse pour la mère ; on ne peut améliorer le sort de ces enfants, et il faut dans tous les cas d'enfants petits, avant terme, envisager exclusivement la santé de la mère.

Voici, d'après Zweifel, les moyens qui permettent de réunir toutes les chances pour sauver la mère et l'enfant, si ce dernier est suffisamment robuste.

Toute hémorrhagie grave, survenant dans la seconde moitié de la grossesse, doit faire penser à un placenta prœvia ; il est nécessaire de la traiter avec toutes les chances possibles d'éviter le retour d'une nouvelle hémorrhagie, qui pourrait coûter la vie à la mère. Pour cela, on fait un tamponnement du vagin, qu'on laisse en place quelque temps, au moins une semaine, si toutefois l'accouchement ne se produit pas. Pour un tamponnement de longue durée, il est indiqué d'employer le ballon vaginal, surtout dans la pratique privée ; ses avantages ont été énumérés plus haut.

En règle générale, le moyen le plus sûr d'arrêter une hémorrhagie sera de faire aussitôt que possible, sous une asepsie rigoureuse, la version, par la méthode mixte de Braxton Hicks, si la dilatation de l'utérus n'est pas suffisante.

L'extraction ne suivra pas immédiatement, en raison du danger des ruptures cervicales possibles, lorsque la dilatation n'est pas suffisante. Toutefois, il ne faut pas se dissimuler qu'une temporisation est néfaste pour la vie de l'enfant ; il serait donc à désirer que l'extraction pût être hâtée.

Les risques de rupture sont particulièrement grands au moment du passage de la tête, et surtout quand l'orifice externe se trouve contracturé sur le cou de l'enfant, à tel point qu'au moment des tractions, cet orifice devient visible sans speculum au-dessous de la symphyse. Cette contraction est passagère, et si l'on attend un peu, on la voit bientôt disparaître ; il ne se produit pas de déchirures profondes, qui donnent ultérieurement beaucoup de sang. Cette attente permet d'éviter à la mère un grand danger de mort, mais cependant, elle est nuisible à l'enfant, qui est menacé d'asphyxie. Cependant, s'il devient possible à ce moment d'envoyer de l'air à l'enfant, la situation se présente sous un jour plus favorable, il suffit pour cela de parvenir, au moyen des doigts, à laisser libre un canal jusqu'à la bouche de l'enfant, manœuvre qui permet à celui-ci d'aspirer de l'air dans ses poumons, s'il se produit chez lui des mouvements respiratoires précoces. Dans ce but, on pousse quelquefois dans la bouche de l'enfant un gros cathéter, pour mieux le protéger contre l'asphyxie. Sans qu'il soit nécessaire de tirer, sans qu'il y ait danger de déchirures, l'orifice utérin se retire au-delà de la tête au bout de quelques minutes.

En cas de placenta prævia central, il faut chercher, au moyen des deux doigts introduits pour faire la version mixte, s'il n'est pas possible de contourner le lobe placé sous la symphyse ; mieux vaut dans l'intérêt de l'enfant employer ce procédé que de perforer le placenta.

En ces derniers temps, on a essayé de traiter le placenta prævia par l'opération césarienne abdominale ou vaginale, mais ce procédé serait, dit Zweifel, susceptible d'augmenter la mortalité.

En résumé, puisque le placenta prævia amène très souvent des accouchements prématurés, et par conséquent des enfants avant terme, il ne faut pas entreprendre une thérapeutique très active (version et extraction extemporanée), qui serait très dangereuse pour la mère, et donnerait peu de chances de sauver un enfant petit et insuffisamment développé. Mieux vaut après la version, faire une extraction lente, qui, d'ailleurs n'est pas très dangereuse pour l'enfant, quand on prend les précautions que nous venons d'indiquer.

PRATIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE
DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

XII

D. 8. — Lavage de la plèvre, lavage de la vessie avec cathétérisme.

Honoraire : une visite plus cinq visites.

Le lavage de la plèvre devra être fait dans le but de déterger la cavité et non pas pour combattre l'infection, cependant c'est quand la température restera élevée après notre intervention que nous serons autorisés à faire ces lavages. Les antiseptiques doivent être proscrits ;

s'ils sont faibles, ils sont inefficaces, s'ils sont forts ils sont dangereux et l'absorption est toujours à craindre.

On utilisera la solution physiologique de sérum tiède.

A l'aide du bock et sans pression on remplira la cavité, le malade étant assis ; dès que la quantité de liquide sera jugée suffisante, on demandera au patient de faire une brusque expiration et souvent même elle se produira naturellement ; le liquide sera en partie expulsé et entraînera des fausses membranes, des débris grumeleux, des caillots, etc.

On réitérera s'il y a lieu jusqu'à ce que le liquide ressorte à peu près clair.

Bien entendu, le drainage aura été établi au moyen de deux gros drains placés en canon de fusil et fixés. Le pansement sera renouvelé assez fréquemment, au moins deux fois par jour. On se souviendra que rien n'est plus désagréable que la disparition d'un drain dans la cavité pleurale. On fera donc tout pour éviter cet accident, moins rare qu'on croit. Si cet évènement ennuyeux venait à se produire, le mieux serait d'aller à la recherche du drain en usant d'une pince courbe et de guider la recherche avec le doigt. On saisit le corps étranger quand on le sent et cette prise directe est sans danger, il n'en est pas de même quand on va à l'aveuglette ?

Lavage de vessie.

Le tarif a prévu le cas de cathétérismes évacuateurs répétés, et y a affecté un honoraire d'une visite en plus de la visite. Il ne s'agit, dans ce cas simple, que de l'acte du sondage.

Il s'appliquera aux blessés qui auront de la parésie vésicale à la suite d'un traumatisme ou pour toute autre cause. Nous en avons parlé précédemment.

Le cathétérisme ne réclame pas le temps et les précautions du lavage.

L'honoraire prévu ici est beaucoup plus élevé et correspond à cinq visites en plus de la visite.

Nous aurons recours à un lavage lorsque nous nous trouverons en présence d'un malade à qui nous aurons dû laisser une sonde à demeure. Il sera bon également de faire un lavage tous les trois ou quatre jours quand il s'agira d'un blessé qui doit être sondé.

Comme nous serons dans l'impossibilité de venir d'une façon régulière évacuer le contenu de la vessie toutes les six ou huit heures, nous ne tarderons pas à mettre une personne de l'entourage au courant de l'opération. Ce serait bien exceptionnel que quelque faute ne soit pas commise et c'est pour cela que, par précaution, nous ferons sagement en pratiquant un lavage de temps en temps. D'abord à l'eau boriquée, c'est généralement suffisant ; l'eau boriquée demeure le liquide préféré des urologistes.

Lorsque la vessie est infectée on usera du nitrate ; la susceptibilité de l'organe sera tâtée en employant d'abord la solution à 1 : 4000 puis peu à peu on augmentera le titre de la solution. Sans nier l'utilité du nitrate à dose élevée, j'ai vu cependant des doses moyennes donner d'excellents résultats.

Il est indispensable de faire de l'asepsie aussi rigoureuse que possible, les sondes seront bouillies, les mains bien lavées, le gland et le prépuce bien nettoyés.

Si les deux ou trois premières interventions nous prennent du temps, nous ne tarderons pas à dresser l'entourage et quand nous arriverons nous trouverons notre arsenal tout préparé, les choses iront vite alors. L'honoraire de cette intervention est convenable et suffisamment rémunérateur.

Je ne parle pas des diverses solutions qu'on peut utiliser, ce serait faire une revue fastidieuse : permanganate, sublimé.... chacun a ses préférences et son expérience. Il est bon de ne pas trop dogmatiser.

Réduction facile des luxations cédant aux méthodes de douceur.

L'honoraire est le même que ci-dessus.

On se rappellera qu'une luxation est d'autant plus facile à réduire que la tentative de réduction est proche de la luxation ; la malade est encore sous le coup de l'accident, le membre est engourdi, meurtri, étonné. On peut profiter de cette circonstance et on réduira facilement. Si on rencontre de la résistance il sera préférable de ne pas insister ; outre la fatigue qu'on impose au malade et qui finit par atteindre l'opérateur, on risque, en déployant trop de force, de produire des dégâts pires que l'accident.

Nous nous souviendrons que le chloroforme facilite grandement les choses et pour mon compte j'y ai recours le plus souvent.

Un point de fait à propos de ces cas. Lorsque nous avons fait une tentative de réduction non suivie de succès, sommes-nous en droit de réclamer l'honoraire affecté à la réduction ?

La réponse ne me paraît pas douteuse et j'estime que cet honoraire est dû. On peut, il est vrai, alléguer que nos efforts ont été feints et que nous n'avons agi ainsi que dans le but d'enfler la note.

Si jamais pareille allégation était formulée, il ne faudrait pas manquer de poursuivre les auteurs de telles imputations.

L'intérêt des Compagnies est, en effet, de nous voir tenter l'opération simple et par suite la moins coûteuse

Si, cependant, la chloroformisation suivait immédiatement la tentative de réduction par les méthodes de douceur, il y aurait lieu de ne compter qu'une réduction et en plus l'anesthésie et la visite.

Mais si la réduction sous chloroforme ne se fait que le lendemain ou le jour suivant, il y aura matière à double note, soit deux honoraires distincts, tel est du moins mon avis.

D. 10. — Réduction et contention de fractures simples des doigts, des orteils, des métacarpiens et des métatarsiens.

Ce sont là, nous l'avons déjà dit, des fractures souvent méconnues, au moins en ce qui concerne les métacarpiens et les métatarsiens. Le siège de ces fractures et la gangue ostéo-musculaire qui entoure ces os rendent souvent difficile la constatation de la fracture : on aura recours à la radiographie chaque fois qu'il y aura doute. Il y a un intérêt fonctionnel évident à ce que la réduction soit faite dès que le gonflement rend la chose possible.

Nous avons des fragments venant pointer sur le dos de la main, nécessitant une intervention secondaire, d'où perte de temps et d'argent pour le blessé et pour la compagnie. Nous devons tout faire pour éviter cela. Les compagnies redoutent les radiographies qu'elles trouvent d'un prix élevé. Elles ont, à l'appui de leur dire, des faits regrettables et peut-être injustifiés, mais il faut reconnaître qu'une épreuve même néga-

tive offre parfois un gros intérêt, que souvent un diagnostic douteux est tiré au clair par la photographie qu'on nous présente. Dans l'avenir, cette sorte de procès-verbal parlant fournira les éléments d'appréciation de la durée du traitement, d'incapacité permanente, etc.

J'avoue toutefois que, dans les cas de grosses dépenses, la compagnie devra toujours être *avisée*, elle paie, c'est entendu, mais c'est justement pour cela que nous devons la prévenir.

Une radiographie de bassin comptée 100 fr., et en plus 150 fr. de frais de déplacements, cela fait un très gros chiffre. Il n'est pas d'intervention chirurgicale qui atteigne un tel prix.

Nos confrères électriciens ont donc tout intérêt, puisque leur tarif paraît à peu près rémunérateur, à ne pas compromettre leur cause par des imprudences qui amèneraient une réaction et une limitation probablement excessives.

Les fractures des doigts et des orteils sont aisément reconnues, mais difficilement maintenues, et la restauration fonctionnelle ne donne guère de beaux résultats. La planchette sera préférée au plâtre, et on mobilisera prudemment l'articulation voisine. C'est là, en effet, le gros danger de ces fractures.

Le voisinage de l'articulation amène des raideurs rebelles et le blessé guérit avec un doigt qui ne lui servira plus guère ou même le gênera beaucoup.

Il est vrai que ces fractures sont souvent accompagnées d'autres lésions plus graves... mais, à les envisager seules, elles constituent une réelle difficulté. Notre peine et nos soins n'auront pas toujours leur récompense.

D. II. — Répétition de pose d'appareils plâtrés ou silicatés pour les parties du corps autres que celles visées au n° 15 du groupe B.

Le n° 15 du groupe B prévoit un honoraire de deux visites ou consultations en sus de la visite ou consultation pour la répétition de la pose de petits appareils au-dessous du genou et du coude.

Nous avons analysé cet article et dit ce que nous en pensions, nous n'y revenons point.

La technique des appareils et les indications sont d'ailleurs les mêmes. Seulement au-dessus du genou et du coude, la répétition des appareils donnera droit à un honoraire de cinq visites ou consultations.

(*A suivre.*)

Dr Ch. LEVASSORT.

ETUDES ET PROJETS

Les Syndicats Médicaux. Leur Fonctionnement. — Leur Organisation. Leur Influence. — Leur Rôle.

Par le Dr P. VIROULAUD, de Villebois-la-Valette (Charente).

(*Suite.*)

Il est donc permis d'espérer que les Syndicats médicaux, en se généralisant, rendront les discussions et les litiges entre confrères de plus en plus rares. Le seul fait d'être membre du Syndicat sera une garantie, un diplôme de probité et d'honorabilité.

C'est à tel point, dit le Dr Jeanne, qu'avec raison on suspecte aujourd'hui quiconque s'isole, parce que la preuve est acquise que l'organisation syndicale la plus étroite respecte jusqu'au scrupule les libertés dont chaque syndiqué a besoin, et n'en limite qu'une : celle de mal faire contre la déontologie et la solidarité, c'est-à-dire contre la dignité professionnelle. On ne trouve plus, chez le médecin rompu à la belle discipline syndicale, le moindre penchant à l'humiliante sollicitation, à l'intrigue, à l'accaparement, aux allures commerciales ; il ne dénigre pas ses confrères, celui-là, sous des phrases savamment calculées, sous des éloges faciles à retourner ; il va droit son chemin, sur son domaine, respectueux de celui des autres, tolérant à l'égard des infidélités du public, dont il n'accuse pas ses rivaux, et sachant se dire qu'on ne peut prétendre plaire à tout le monde et surtout pendant bien longtemps.

Ainsi s'explique qu'aujourd'hui ce soit un *honneur* d'être membre du Syndicat médical de la région. C'est le brevet de dignité, délivré par les pairs, par les seuls bons juges en matière si délicate ; et il se trouve toujours que la partie saine du public, celle dont l'estime nous préoccupe avec raison, le confirme à bref délai.

Eh bien ! à cet honneur nous avons le devoir de prétendre. Il faut qu'on sache que chacun de nous lutte avec son Syndicat contre toutes les tendances sociales qui menacent notre rôle si digne ; qu'il ne veut pas pactiser avec les mœurs commerciales, qu'il tient la tête haute devant les potentats locaux, l'oppression des riches et des collectivités ; qu'il ne cédera pas un pouce de ses droits, de ses intérêts légitimes, parce que, dans les époques comme celles-ci, céder, c'est ouvrir la porte aux plus désastreuses exigences.

Ne pas être au nombre de ceux qui défendent vaillamment le drapeau, par tous les moyens honorables et légaux, c'est s'assimiler au soldat qui déserte, pendant que ses frères sacrifient tout ce qu'ils ont de plus cher : temps, argent, avenir, santé. Et s'il s'en trouvait qui aillent jusqu'à combattre contre la phalange désormais sacrée, que pourrait-on dire d'eux si ce n'est qu'ils trahissent ?

N'avais-je pas raison de dire, en commençant, que si l'adhésion au Syndicat fut longtemps un simple droit pour le médecin honorable, elle est devenue aujourd'hui un devoir absolu, inéluctable si on ne veut pas être discuté ou suspect ?

Collaboration des Syndicats médicaux avec les pouvoirs publics.

L'action de l'Etat « a le double défaut d'être « à la fois extérieure et mécanique, comme tous « les mécanismes agissant du dehors ; elle se ca- « ractérise par son uniformité et sa rigidité. Or, « les phénomènes économiques et sociaux, émi- « nemment complexes et changeants, réclament « précisément des organismes pourvus d'une « force spontanée et interne se distinguant par « la variété et la souplesse de leurs allures ». (Th. Ferneuil). « Ces organismes ne peuvent être que des groupements professionnels, c'est en ce sens qu'ils sont des organes de coordination sociale ». (Larnaude.)

La vérité, c'est qu'en de pareilles questions, dont l'aspect varie suivant les groupes économiques et professionnels dont est faite la nation, la seule souveraineté populaire, la seule compétence rationnelle, c'est la souveraineté, c'est la compétence de ces groupes économiques et professionnels eux-mêmes (1). Seuls, les membres de la profession pourront saisir l'aspect véritable que prend

(1) J. PAUL-BONCOUR.

chaque question suivant la profession et, conscients des besoins, apporter des solutions appropriées. Aussi les rapports de collaboration doivent ils s'établir entre les associations professionnelles et l'Etat dans la confection et dans l'exécution des lois ainsi inspirées ou dégagées par elles.

« Le rôle de l'Etat doit se borner à venir confirmer et préciser les résultats de la souveraineté économique des groupements. En de pareilles questions, il importe que l'Etat, conscient du but de son intervention, se contente d'être le collaborateur du groupement. Comment donc assurer la part initiale de la souveraineté des groupements dans cette collaboration? Justement en adoptant la coutume de ne faire consacrer par l'Etat que les règles préalablement dégagées par cette souveraineté ».

En France, depuis bien longtemps, on consulte les Chambres de commerce et on demande leur avis sur les projets qui peuvent les intéresser. N'est-ce pas d'ailleurs un des buts de leur création ?

Cette conduite tend à s'établir de plus en plus à l'égard des groupements professionnels.

Le premier pas fait dans cet ordre d'idées date du 8 juillet 1890. La loi votée ce jour-là portait, en effet, la création des délégués mineurs. Poussant plus avant dans cette voie, le 19 janvier 1900, une circulaire ministérielle adressée aux inspecteurs du travail leur donnait les instructions suivantes :

« Le service de l'inspection ne peut être en me-
« sure d'assurer pleinement l'application des lois
« sur le travail que par la collaboration des tra-
« vailleurs pour qui elles ont été faites. On obtien-
« dra cette collaboration en s'adressant aux syn-
« dicats professionnels d'ouvriers. Il importe
« donc que des relations suivies s'établissent
« entre les représentants des syndicats auxquels
« les ouvriers ont confié la défense de leurs inté-
« rêts et les inspecteurs à qui l'Etat a confié la
« mission de faire respecter les lois de la protec-
« tion ouvrière. »

« Les organes qui paraissent le mieux à même d'assurer la centralisation des renseignements sont les Bourses du travail et les Unions locales de Syndicats. »

D'autre part, le décret du 17 septembre 1900 permet d'instituer des *Conseils du Travail*, par arrêté du ministre du commerce et de l'industrie, dans toute région industrielle où l'utilité en est constatée.

Voici la très significative énumération de leurs attributions.

Art. 2. — Les Conseils du travail ont pour mission :

1° De donner leurs avis soit à la demande des intéressés, soit à la demande du gouvernement, sur toutes les questions du travail ;

2° De collaborer aux enquêtes réclamées par le Conseil supérieur du Travail, et ordonnées par le Ministre du commerce et de l'industrie (1).

....

De présenter sur l'exécution des lois, décrets et arrêtés réglementant le travail et sur les améliorations dont ils seraient susceptibles, un rapport annuel qui sera transmis au ministère du commerce et de l'industrie.

Les Syndicats professionnels ont un droit certain à la collaboration, et la loi de 1884, dans son article 6, le stipule formellement. Les circulaires que nous avons citées plus haut montrent qu'elle existe réellement cette collaboration des syndicats ouvriers avec l'Etat. Et les syndicats médicaux ? Quel rôle leur a-t-on réservé ? Ils sont restés bien longtemps ignorés des pouvoirs publics, quoique régis par la même loi que les autres. Eux aussi ils ont le « droit d'être consultés sur tous les différents et toutes les questions se rattachant à la profession, posées soit par le Gouvernement, soit par les corps médicaux. (Art. 6, de la loi de 1884) (1). ». Eux plus que les autres peut-être, car ce qui se rapporte à la profession médicale touche au plus haut point l'intérêt général, « le bien public », suivant l'expression du Pr Diday. C'est tout ce qui a trait à l'hygiène à l'assistance et à la médecine publiques.

Tout d'abord, vis-à-vis des administrations départementales, ce qui manquait aux premiers syndicats médicaux pour s'imposer, c'étaient la discipline et l'énergie, choses d'ailleurs solidaires. Du jour où ils se sont transformés, ils ont pu se faire entendre et leur voix a été écoutée. Les administrations, les Conseils généraux, trouvant les médecins résolus à ne plus jouer un rôle de dupes et résolus à résister énergiquement contre l'application de tarifs dérisoires, durent s'incliner et entrer en collaboration avec les Syndicats médicaux pour l'élaboration de tarifs plus en rapport avec la dignité médicale.

Sur ce chapitre de la collaboration, c'est assurément le Syndicat de Lot-et-Garonne qui a fait le plus grand pas. En 1902, en effet, le Conseil général du Lot-et-Garonne a concédé, moyennant une redevance annuelle, l'organisation du service de l'Assistance médicale gratuite au syndicat médical de ce département. Plusieurs départements, sans entrer dans la voie de ce dernier, ont, sur l'insistance des syndicats médicaux, modifié en faveur des médecins les divers tarifs de l'Assistance médicale gratuite, de la vaccine, de l'inspection des enfants-assistés, etc.

Mais il est, pour les médecins, des questions que ne sauraient contenir les bornes d'un canton ni même d'un département. Quelques-unes sont d'ordre général et regardent le corps médical tout entier. Il s'agit donc d'y intéresser l'Etat.

L'Union des Syndicats médicaux a toujours tendu vers ce but. Mais, il est bon de faire une place toute spéciale, toute d'honneur, au « Concours Médical », qui fut la première arme et qui est toujours le grand soutien du combat que n'a jamais cessé de livrer l'Union aux pouvoirs publics, pour la défense de la profession médicale.

Les premières interventions furent faites auprès du Parlement à propos de toutes les lois importantes pouvant intéresser l'exercice de la médecine. C'est ainsi qu'en 1892, les Syndicats médicaux, par l'intermédiaire des membres dévoués qu'ils possédaient dans les deux Chambres, purent voir leur existence reconnue légalement et voter la loi sur l'exercice de la médecine de M. Chevandier à la préparation de laquelle ils avaient pris une part active.

Lors de la discussion de la loi sur les Sociétés de Secours Mutuels du 1er avril 1898, ils obtinrent un représentant élu au Conseil supérieur de la Mutualité ; et nous avons vu comment, s'im-

(1) A l'étranger, depuis longtemps, cette collaboration est un fait accompli. Ce sont les grandes Trades-Unions anglaises qui, en élisant un Comité Parlementaire, ont constitué le mécanisme essentiel d'une action de ce genre.

En Allemagne, les syndicats, depuis le Congrès de Francfort (août 1889), sont entrés dans cette voie en créant un bureau de législation protectrice du Travail et en augmentant les pouvoirs de la Commission générale. En Belgique, il existe des Conseils du travail.

(1) Tous les renseignements concernant les rapports de collaboration entre l'Etat et les groupements profesionnels, sont empruntés au livre si complet en la matière de M. J. Paul-Boncour : « Fédéralisme économique », 2e édition. Félix Alcan, éditeurs, 1901.

posant de plus en plus à cette grande collectivité — un Etat dans l'Etat, comme on l'a dit — les Syndicats médicaux venaient de franchir une étape décisive.

Plus près de nous, le Conseil de l'Union des Syndicats et les Syndicats médicaux eux-mêmes se sont livrés à des travaux ininterrompus au sujet des projets de loi successifs sur l'exercice de la pharmacie. (Projet Bourrillon, en 1898, projet Astier en 1901. projet Astier -Cruppi 1907, projet du Syndicat de Vendée.)

Au ministère de la guerre, les syndicats médicaux ont inspiré au général Loizillon une circulaire rappelant à leurs devoirs les rares médecins militaires faisant de la clientèle. Au ministère de la marine, même résultat. Au ministère de l'instruction publique, ils ont obtenu que les étrangers, non pourvus du baccalauréat, n'acquièrent qu'un diplôme purement honorifique. Dans cet voie cependant, il semble qu'il y ait encore quelque chose à faire, car les étrangers affluent de plus en plus dans nos Facultés, surtout à Paris. Véritables parasites, ils profitent de notre hospitalité pour s'installer chez nous et prendre ainsi aux médecins français une partie de leur clientèle, encore échappent-ils aux obligations de la loi militaire si lourdes pour nos nationaux.

C'est du jour où il fallut appliquer la loi de 1898 sur les accidents du travail que date la tâche vraiment officielle des Syndicats médicaux. Grâce aux justes réclamations de l'Union, aidée en cela par les syndicats ouvriers, pour obtenir une application équitable de cette loi, le gouvernement créait une commission spéciale chargée d'établir un tarif-accidents. Cette commission comprenait trois médecins représentants de syndicats médicaux.

Voici, d'ailleurs, le texte de l'arrêté du ministre que nous ne pouvons nous empêcher de reproduire car il marque une date importante dans l'histoire des rapports entre les syndicats médicaux et les pouvoirs publics.

Le ministre du commerce, de l'industrie, des postes et des télégraphes,

Vu l'article 4 de la loi du 9 avril 1898 modifié par la loi du 31 mars 1905, et spécialement son deuxième alinéa ainsi conçu :

« La victime peut toujours faire choix elle-même de son médecin et de son pharmacien. Dans ce cas, le chef d'entreprise ne peut être tenu des frais médicaux et pharmaceutiques que jusqu'à concurrence de la somme fixée par le juge de paix du canton où est survenu l'accident, conformément à un tarif qui sera établi par arrêté du ministre du commerce, après avis d'une commission spéciale comprenant des représentants de syndicats de médecins et de pharmaciens, de syndicats professionnels ouvriers et patrons, de sociétés d'assurances contre les accidents du travail et de syndicats de garantie, et qui ne pourra être modifié qu'à intervalles de deux ans. »

Sur la proposition du directeur de l'assurance et de la prévoyance sociales :

Arrête :

Art. 1er. — La commission visée à l'article 4 de la loi du 9 avril 1898, modifié par la loi du 31 mars 1905, comprendra :

1° Un sénateur et un député ;

2° Le directeur de l'assurance et de la prévoyance sociales ;

3° Trois représentants de syndicats de médecins, deux représentants de syndicats de pharmaciens et deux représentants de syndicats professionnels ouvriers ;

4° Deux représentants de syndicats professionnels patronaux, quatre représentants de sociétés d'assurances contre les accidents du travail et un représentant de syndicats de garantie.

Elle élira son président et son vice-président.

Art. 2. — Sont nommés membres de la dite commission :

Comme sénateur : M. Chovet.

Comme député, M. Mirman.

Comme représentants de syndicats de médecins : MM. le docteur Brouardel, président d'honneur de l'Union des syndicats médicaux, le docteur Dubuisson, vice-président de l'Union des syndicats médicaux, député, et le docteur Jeanne, directeur du *Concours Médical* et membre du conseil d'administration de l'Union des syndicats médicaux.

Comme représentants de syndicats de pharmaciens : MM. Limouzain-Laplanche, membre du syndicat des pharmaciens de la Charente, sénateur, et Viala, membre du conseil d'administration de la Chambre syndicale des pharmaciens de la Seine.

Comme représentants de syndicats professionnels ouvriers : MM. Coupat, membre du conseil supérieur du travail, et Quillent, président du conseil de prud'hommes des métaux et industries diverses de Paris, secrétaire du conseil judiciaire de l'union des syndicats du département de la Seine.

Comme représentants de syndicats professionnels patronaux : MM. Grosdidier, administrateur délégué des forges de France et aciéries de Commercy, membre du comité des forges de France, député, et Parison, président de l'Association générale du commerce et de l'industrie des tissus et des matières textiles.

Comme représentants de sociétés d'assurances contre les accidents du travail : MM. Jouanny, conseil et ancien secrétaire général de la mutualité industrielle, membre de la chambre de commerce de Paris, Mayen, directeur de la Prévoyance, président de la réunion des assureurs contre les accidents du travail, Sagot, président de la caisse syndicale d'assurance mutuelle des agriculteurs de France, et Beaumont, chef de service à la société la Foncière.

Comme représentant de Syndicats de garantie, M. Dugué, membre du Conseil d'administration du syndicat de garantie de l'Union parisienne des entrepreneurs et industriels.

Art. 5. — M. Razous, commissaire contrôleur des sociétés d'assurances contre les accidents du travail, est nommé secrétaire de la commission.

Paris, le 20 mai 1905.

F. Dubief.

(*A suivre.*)

CHRONIQUE DU SOU MÉDICAL

La question du cumul des visites ou consultations pour les petites interventions

Un nouveau succès du « Sou Médical »

Nous avons le plaisir d'annoncer à nos lecteurs un nouveau succès du « Sou médical » qui n'en est plus à les compter.

La Chambre des requêtes de la Cour de Cassation, par arrêt du 30 juillet 1908, a admis le pourvoi formé, avec le précieux concours de Me Mornard et avec l'appui pécuniaire du « Sou », par le Dr de F., de B., contre le jugement de M. le Juge de paix de Saint-Denis, rendu en décembre 1907, et dont nous avons rendu compte dans le n° du *Concours* du 15 décembre 1907 (n° 50).

sous le titre « *Un législateur qui se moque des lois* », nous avions dit son fait à M. le Dr Meslier, député, nommé expert dans l'affaire et dont le rapport avait entraîné l'étrange décision du juge de Saint-Denis.

Il s'agissait de la question du cumul du prix de la visite ou consultation en sus du prix d'une visite ou consultation pour une série de séances de massage du pied pratiquées les unes au domicile du blessé, les autres au cabinet du médecin (art. 10 A, § 7, du Tarif ministériel). Nous avions pris la peine de faire remettre à M. le Dr Meslier toutes les consultations de Me Gatineau, prouvant qu'il n'y avait pas lieu à interprétation d'une disposition parfaitement claire et dont le sens était confirmé par toutes les autres dispositions du Tarif. M. Meslier s'était contenté de répondre dans son rapport en ces termes : « En suivant le Tarif ministériel dans *sa lettre* et dans son esprit, je dis : « Il n'est pas légitime, au ca«binet du médecin, de compter une consultation à «l'occasion de chaque massage accompli dans son «cabinet. Il y a là un *abus* » ; sans même chercher à donner un argument quelconque à l'appui de son affirmation.

Dire que c'était là « suivre le Tarif ministériel *dans sa lettre* et dans son esprit », c'était par trop se moquer du monde pour un médecin à la fois expert professionnel et législateur !

Et le «Sou médical » ne pouvait rester indifférent à un pareil piétinement effectué dans de semblables conditions des droits du Corps médical, de la loi et des règles de la simple loyauté. M. le Juge de paix, ayant entériné le rapport de l'expert sans même répondre à l'argumentation serrée qui lui avait été soumise dans une assignation en ouverture du rapport, il y avait là, de la part d'un expert et d'un juge, un défi trop manifeste au droit et au bon sens, une surdité trop volontaire opposée à toute discussion, pour que les choses pussent en rester là.

Le «Sou médical» a relevé le gant, et n'a pas hésité à faire les gros frais d'un recours en Cassation, bien que la réduction sur la note litigieuse s'élevant à 213 fr. 50, n'ait été que de 36 fr.

La Chambre des Requêtes, si rétive et si encline à repousser les pourvois d'ordinaire, n'a pas hésité cette fois à reconnaître le bien fondé de celui que notre confrère a formé et à ouvrir la porte à une cassation par la Chambre civile qui ne peut manquer de « dire le droit » dans une question aussi claire.

Ainsi la thèse que nous avons toujours soutenue et qui a été adoptée par les tribunaux de la Seine et de Lyon reçoit déjà une première consécration implicite de la Chambre des Requêtes.

Mais, pour pousser ainsi jusqu'au plus haut degré de juridiction une question de principe dans un litige dont l'intérêt pécuniaire est de 36 fr.—ce qui a entraîné pour le «Sou» une avance de 1.200 fr. dont la moitié à peine pourra être recouvrée après gain du procès, il faut quand, on est isolé, être millionnaire, ou mieux ne pas rester isolé et faire partie du « Sou médical ».

Le Comité du Sou médical.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

Syndicat Médical de Mortagne

Réunion du 2 mai 1908
A Mortagne (Hôtel du Grand-Cerf)

Présidence du Dr G. LEVASSORT.

Présents : MM. Aury, Beauchef, Boutron, Brisard, Chamousset, Decuyper, Jamin, Lemoine, Leroux, Levassort, Pinoche, Robert, Schmizielski.

Excusés : MM. Bellier, Clupot, Mortagne.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. Aury demande qu'on mette sur l'enveloppe du compte rendu un timbre à tampon attirant l'attention et empêchant de confondre le bulletin avec les prospectus pharmaceutiques ou financiers, etc...

Le compte rendu financier du trésorier, M. Aury, se résume ainsi.

Dépenses	383 fr.07
Recettes	366 » »
DÉFICIT	17 fr. 07

La Société possède un livret de caisse d'épargne de 1.121 fr.07 et les intérêts en cours.

Proposition de la Société médicale d'Alençon. — Cette société propose de publier les procès-verbaux de nos réunions dans l'*Année médicale de Caen*. Cette proposition n'est pas acceptée parce que le service de ce journal n'est fait qu'aux membres de la Société Médicale d'Alençon et que la plupart de nos syndiqués ne font pas partie de cette société.

Service médical des gardes-forestiers.—Au sujet de la demande adressée par l'administration forestière à plusieurs d'entre nous pour obtenir soit la gratuité des soins médicaux, soit une réduction sur le taux de nos honoraires, le Syndicat décide que les agents forestiers de grade inférieur seront soignés au tarif ouvrier sans rabais.

Les confrères qui sont actuellement liés par un contrat ou un engagement devront dénoncer ces traités avant le 1er janvier prochain.

Congrès de Lille—Le Syndicat nomme le Dr Chamousset délégué au 2e Congrès des médecins praticiens à Lille (du 25 au 28 juin prochain) et lui vote une indemnité de 50 francs.

Timbres de quittance.— Le Syndicat émet le vœu que l'article 32 de la loi du 25 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite soit appliqué à la loi de 1902 concernant la santé publique.

Impôt sur le revenu. —Le Syndicat se rallie au vœu émis par le 1er Congrès des praticiens de France sur le projet Caillaux sur l'impôt sur le revenu ainsi conçu :

« Le Congrès des Praticiens, considérant que « l'impôt sur le revenu (projet Caillaux) augmen« tera considérablement les charges des médecins « et les obligera à violer le secret professionnel, « engage tous ses membres à voter contre ce pro« jet. ».

Le Dr Aury donne à ce sujet lecture d'une étude fort intéressante sur cette question si importante pour l'avenir de la profession :

«Toutes les sociétés médicales protestent avec raison contre une application sans réserves de l'impôt sur le revenu qui menace de frapper dûrement notre profession.

« La raison des protestations est basée principalement sur ce fait que les frais généraux de notre profession sont considérables et capables

d'atteindre la moitié et plus du revenu annuel.

« Le praticien ne peut éviter :

« Un loyer vaste et pourvu d'un certain luxe ;

« Une tenue coûteuse pour lui et pour sa famille imposée par des relations journalières avec les autorités et les malades riches ;

« Des chevaux, des voitures ou des automobiles :

« Plusieurs domestiques, etc.

« Pour arriver à retirer de sa profession des bénéfices mérités, il a dû subir une sorte de stage long et dispendieux représenté par ses études scolaires et médicales. Et après tant de patience et d'efforts, il n'est pas toujours bien certain de récupérer, comme il conviendrait, le fruit de son travail et de ses avances.

« Les raisons que je viens d'énumérer ont été produites pour la défense de notre cause.

« Mais un motif de réclamation très important a été oublié.

« Je veux parler du *chômage éventuel* occasionné aux médecins par leurs propres maladies et de ses conséquences par rapport à la loi nouvelle.

« L'industriel, le commerçant, l'entrepreneur, l'exploitant, s'il est retenu au lit par la maladie, peut encore, à moins d'être mourant, donner à son entourage des ordres, des avis.

« Ses employés, ses ouvriers, ses tenanciers, continuent sans interruption l'industrie, le commerce, l'exploitation, et par conséquent maintiennent le revenu du patron.

« Lorsque le médecin est arrêté par la maladie, son revenu tombe aussitôt et d'une manière complète.

« Serait-il juste de maintenir une taxe de produit de travail sur un homme, fût-il médecin, pendant qu'il est incapable de travailler ?

« Si le médecin vient à décéder en janvier ou en février, serait-il raisonnable de faire payer par sa veuve ou par ses enfants la taxe de l'année entière. ?

« Pendant les maladies du praticien, les frais généraux de la maison se continueront presque entiers. Ses dépenses, impossibles à arrêter immédiatement, ne constitueront-elles pas une sorte d'impôt suffisamment lourd à la charge de ses économies ou de son crédit ?

« Une société de médecins, appelée l'«*Amicale*», a pour but de donner une indemnité journalière à ses adhérents pendant leur maladie.

« Nos journaux nous donnent, de temps en temps, les listes des sommes allouées et en même temps le nombre des journées de chômage.

« Ces listes sont longues.

« Elles prouvent que les médecins sont réduits souvent à un repos forcé.

« La taxe sur la propriété bâtie ne frappe que les trois quarts du revenu.

« Les législateurs ont pensé avec raison que l'entretien et les réparations des immeubles absorbent le quart du revenu.

« Dans le même ordre d'idées, on doit admettre qu'une réduction doit être prévue en faveur des médecins et que cette réduction doit être plus importante que sur les propriétés bâties pour les deux principales raisons signalées;

« A cause des frais généraux extrêmement importants, et à cause de l'arrêt brusque du revenu que peuvent amener les maladies.

« Pour ces motifs, je propose d'émettre les vœux suivants :

« La taxe sur les médecins ne frappera que le « quart ou une autre proportion du revenu brut « provenant de la profession ;

« Pendant les maladies, les impôts profession- « nels seront suspendus ; en cas de mort, les hé- « ritiers seront exempts au prorata à partir de « la date du décès ;

« Les demandes en décharge ou réduction « pour interruption dans l'exercice de la pro- « fession occasionnée par la maladie seront ad- « mises et accordées suivant les formes ordinai- « res ».

« Il me paraît certain qu'une demande présentée aux Répartiteurs et au Contrôleur par un médecin malade sera toujours admise. »

Ce vœu est adopté à l'unanimité.

Autonomie des Facultés. —Le Syndicat, après avoir pris connaissance du rapport du Dr Le Fur sur l'autonomie des Facultés de médecine, se rallie aux propositions de ce rapport et en admet les conclusions.

Déclaration des maladies contagieuses. — Lecture est donnée du rapport sur les modifications à apporter à l'article 5 de la loi du 15 février 1902 et présenté à l'assemblé générale de l'Union des Syndicats médicaux de France, le 16 novembre 1907 par M. René Millon, secrétaire-général adjoint, Le Syndicat en approuve les conclusions contenues dans le vœu suivant:«L'Union « des Syndicats médicaux de France, à nouveau « émue des conséquences que l'article 5 et ses « corollaires font subir aux conditions morales « traditionnelles de la médecine française, émet « le vœu que ces articles soient l'objet, dans un « prochain texte, de modifications qui les ren- « dent plus libéraux pour la médecine et plus en « rapport avec les vrais intérêts des malades et » de la Société. »

L'ordre du jour étant épuisé, on se rend dans la salle du banquet où la réunion amicale se continue encore plus intime entre tous les convives.

Syndicat des Médecins de Toulouse

Réunion d'études du 10 *juin* 1908.

Présidence de M. le Dr CLAVELIER, Président.

Présents : MM. Clavelier, Mériel, Durand. Marcailhou d'Aymeric, Boyer, de Bonnefoy, Audebert, Cazal, Amiel, Berny, Aversenq, Mlle Godreau.

Excusés : MM. Secheyron, Parant, Cavalié, Bardier, Landelle, Etienne.

Procès-verbal. — A propos du procès-verbal, qui est adopté, le Président rend compte de ce que les syndiqués qui hésitaient à signer les statuts s'y sont maintenant décidés. Par contre, quelques autres, dont plusieurs sont sur le point de prendre leur retraite, ont définitivement refusé leur signature.

Le Dr Casteret est admis.

Les accidents du travail. — Le Président expose qu'ayant écrit au Préfet pour se plaindre de l'inobservation des règlements concernant l'affichage dans les ateliers des lois ouvrières, il a reçu la visite de l'Inspecteur du travail. Celui-ci a exposé en substance, au cours de l'entrevue, que les démarches faites pour expliquer leurs droits en matière d'accidents du travail sont insuffisantes s'il n'y a que l'affichage. Il faudrait que les médecins eux-mêmes fissent campagne auprès des ouvriers.

M. Aversenq rappelle la nécessité d'user de la publicité des journaux. Une note publiée de temps à autre rappellerait aux ouvriers leurs droits au libre choix du médecin.

Il en est ainsi décidé.

La mutualité scolaire. — Le Président donne lecture de la lettre qu'il a reçue de M. l'Inspec-

teur primaire, président du Conseil d'administration de cette Société. Comme le Bureau ne peut en rien obliger les membres de la famille à choisir un médecin spécial et, d'autre part, qu'il ne peut garantir aucun honoraire, le Syndicat décide :

1. Qu'il n'y a pas lieu de maintenir les réductions proposées et que les soins seront payables au tarif ordinaire ;

2. Qu'en particulier, le certificat de maladie signé du médecin et qui est indispensable à la famille pour toucher l'indemnité-maladie, sera payé au médecin 3 francs dans les cas où pour une raison quelconque (mutualité, assistance, etc.), le petit mutualiste aurait été soigné gratuitement.

La Fédération des Sociétés mutualistes. — La Commission de la mutualité récemment désignée par le Syndicat s'est réunie et a discuté les points principaux nécessaires à sauvegarder les droits des médecins. — Elle a, en outre, décidé de demander à entrer en conversation avec le Bureau de la Fédération pour causer avec ses membres des rapports des médecins et des Sociétés à Toulouse. — M. Gelly, président de la Fédération, a saisi son Bureau de cette demande; mais d'une lettre qu'il adresse au Syndicat il résulte que le Bureau de la Fédération croit devoir n'accepter de conversation avec les médecins qu'après le Congrès mutualiste de Nancy en 1909.

Le Président fait remarquer que le Congrès des Praticiens va s'occuper de la question, à Lille, en juin 1908, et il propose d'insister auprès de la Fédération pour qu'elle accepte une conversation le plus tôt possible. (*Adopté.*)

Congrès des Praticiens. — L'assemblée désigne M. Secheyron comme délégué officiel du Syndicat des Médecins de Toulouse au Congrès des Praticiens.

Les résolutions à prendre et le mandat à donner à notre délégué rendent indispensable une réunion qui aura lieu le 20 juin, et qui sera entièrement consacrée à la discussion des rapports présentés au Congrès de Lille.

Le secrétaire adjoint,
Dr AVERSENQ.

Union des Syndicats médicaux du Sud-Ouest.

Séance du 20 *juin* 1908.

Présidence de M. le Dr MAUREL, président.

L'assemblée vote une subvention de 50 francs au Congrès des Praticiens.

Elle désigne M. Secheyron pour représenter les trois Syndicats unis au Congrès de Lille.

Elle vote ensuite des conclusions favorables pour un certain nombre de rapports — réserve son opinion sur d'autres — et donne mission à son délégué d'émettre deux vœux :

1e Relatif au mode de votation au futur Congrès;

2° *Relatif au siège du IIIe Congrès que l'Assemblée désirerait voir se tenir à Toulonse.*

Le Secrétaire général,
Dr CLAVELIER.

VARIÉTÉ

Le Docteur Elosu et « L'amour infécond » en appel (1).

Nous sommes en plein dogme socialiste et dans la chapelle du néo-malthusianisme.

Que de choses nous ignorons en province.

Le procès Elosu nous a révélé une église de fidèles qui parlent amour avec des ardeurs, des attendrissements, des extases de poètes et le pratiquent comme des charretiers ; où, aux Juliette retenant leurs doux amis dans leurs bras pâmés, avec ces paroles éternellement les mêmes dans toutes les bouches : « Non, ce n'est pas le jour ; ce n'est pas l'alouette », des Roméo avertis, éclairés, sagement répondent : « oui, va te laver maintenant » ; où les mêmes lèvres enfin qui balbutient les aveux délirants, disent les serments éternels, font jaillir les extases divines, donnent les sages, les habiles conseils qui chassent l'angoisse de la défaite et la terreur des déshonneurs menaçants.

Qu'a-t-on appris, que continue-t-on à apprendre à l'humanité au sujet de l'amour, de l'amour vrai, du seul amour, de celui qui se fait avec des organes et non avec des mots ?

Qu'il est le péché en dehors du mariage et qu'il faut absolument le fuir (doctrine chrétienne).

Qu'il est facteur de la pauvreté, de la misère humaine, partant qu'il faut le supprimer ou le restreindre (doctrine de Malthus).

Bêtises ou erreurs.

Il ne faut ni fuir l'amour ni le restreindre.

Il est la vie, la joie féconde de l'humanité : il est fonction d'organes qui participent à la vie comme tous les autres et dont il ne faut ni diminuer ni surtout supprimer le fonctionnement. Il est bon ; il est utile ; il est doux ; si doux que d'évoquer ses douceurs on sent passer dans l'air comme un frémissement d'ailes extasiées : il peut et doit être fait de bonne heure, dès que la puberté ouvre de ses doigts roses les portes de la fonction ; il peut être fait de bonne heure, sans crainte, sans souci, sans danger, à condition de suivre quelques instructions précises, à la portée de toutes les intelligences et de toutes les bourses.

Ces instructions, les voici :

Et d'abord nous appelons les choses par leurs noms : un nez est un nez ; un chat est un chat.

Puis nous enseignons qu'il n'y a rien de honteux dans la vie et dans le corps humain et qu'il n'y a pas plus de honte à montrer, à regarder, à toucher un chat qu'autre chose.

Nous instruisons dès que l'intelligence commence à s'éveiller et à comprendre. On apprend à la jeunesse que les enfants viennent sous des choux. Stupidité puérile. Nous lui disons à cette jeunesse d'où ils viennent, puis, un peu plus tard, comment ils se font, et quand nous la voyons apte elle-même à la fonction, comment ils s'évitent.

Cela faisant, nous voulons restreindre, empêcher les naissances, source unique et continue de la misère humaine : cela faisant, nous empêchons, nous prévenons l'avortement, qui à l'heure actuelle se pratique ouvertement sous les yeux complaisamment fermés de la magistrature, l'avortement qui n'est qu'un incident dans la vie des capitalistes et des bourgeois, puisqu'ils peuvent le faire entourer de toutes les ressources de l'art et qu'ainsi il n'a jamais ou presque de suites fâcheuses, mais qui, dans la classe prolétarienne brise, annihile, meurtrit la fonction quand il ne tue pas l'individu, ou, ce qui est pire encore, quand il ne le conduit pas au bagne.

Vous voulez savoir comment ils s'évitent ?

On m'a raconté que Piron l'impudique, ou tout autre, se livrait un jour chez lui sur lui-même à la masturbation. Une personne entre vivement et le voyant occupé à cette besogne : « Que faites-vous là ? » s'écrie-t-elle. « Ce que fais ? Je

(1) Voir le n° 30, page 535.

jette les enfants par la croisée. » Eh bien ! chez nous, on les met où l'on peut, suivant l'heure, les milieux, les personnes, les circonstances, etc. : l'essentiel est de les empêcher de vivre, de nuire veux-je dire!

Que si vous voulez avoir plus de détails sur cette question, connaître les mille moyens employés dans la pratique, la brochure, que vous pourrez d'autant plus facilement vous procurer qu'elle est saisie et condamnée, vous les apprendra pour vingt centimes.

Car c'est vingt centimes seulement qu'elle coûte.

Elle n'est, du reste, cette brochure, que la copie abrégée, résumée, d'une série de brochures qui ont été écrites sur le même sujet par des adeptes de l'école qui a son siège à Paris, possède une personnalité civile, est par conséquent reconnue par l'Etat, et un organe dont je regrette de ne pouvoir vous donner le nom.

Elle a été imprimée, paraît-il, aux frais de la Bourse du travail et c'est celle-ci qui l'avait demandée à l'auteur qui depuis longtemps fait du socialisme en action.

C'est donc une œuvre de vulgarisation à l'usage du prolétariat.

Car le bourgeois n'a nullement besoin qu'on l'éclaire. Nourri dans le sérail, il en sait les détours. Il a appris de bonne heure les bons principes, les principes qui limitent les naissances à un ou deux enfants, les secrets qui permettent à la chair de trouver après les longs assouvissements la paix des sommeils et des digestions de tout repos.

Pourquoi faut il que trop souvent cette paix l'indiffère, à ce bourgeois ? Elle l'indiffère, l'irrite ; insupportable ou insuffisante lui devient la couche conjugale : pour assouvir ses passions, il séduit ou achète ; car il lui faut des baisers à des lèvres quelconques pourvu qu'elles aient le sourire jeune, et de la chair qui donne l'illusion d'une virginité possible.

Où trouve-t-il ces lèvres et cette chair sinon dans le prolétariat ?

Et quand il l'a cette chair prolétarienne, quand il baise ses lèvres séduites, le plus souvent achetées, comme il ne s'agit que d'une passade, d'une heure, d'un jour ou d'une semaine d'amour, zut pour les précautions, pour les formalités préventives. Où irions-nous grands dieux avec toutes ces blagues ? Et puis l'hospice est là, ou autre chose.

Il faut donc que le prolétaire procrée pour la prostitution bourgeoise, et pour qu'il procrée, il faut qu'il ignore.

Et voilà pourquoi la brochure du Dr Elosu est si peu muette.

Car elle est signée Elosu, Hervé ne travaillant que dans le militaire.

Eh bien! tout cela entendu, il me semble bien difficile qu'on condamne ici une doctrine qui fleurit en toute liberté sur les bords de la Seine depuis 13 ans.

Et c'est aussi parce qu'elle sévit depuis 13 ans, aussi ignorée de ses contemporains qu'au jour de sa naissance, que l'on est autorisé à conclure que l'humanité inclinera vers des solutions meilleures, moins destructrices de la patrie, respectueuses de la pudeur, cette vestale qui sied si bien au front des jeunes filles, et que l'amour continuera partout son œuvre féconde, ici divin, là banal, là parfois morbide, parce qu'il participe des choses de la vie, qu'il est fonction du cœur, et que ce cœur, une âme l'habite qui est ici celle d'un Vincent de Paul ou d'un Roussel, là celle d'un Malthus et là encore celle d'un Elosu.

Dr GUICHAMANS.

Le prononcé du jugement a été renvoyé à huitaine.

REPORTAGE MÉDICAL

Le « Foyer maternel ». — L'œuvre « le Foyer maternel », fondée il y a trois ans, pour venir en aide aux filles-mères, a inauguré l'hôtellerie gratuite et l'asile d'allaitement qu'elle a installés récemment dans l'ancien séminaire des pères picputiens, à Villepinte, commune située à trois kilomètres de la gare de Sevran-Livry, sur la ligne du Nord. Cet établissement, qui a été construit il y a six ans à peine et qui avait coûté plusieurs centaines de mille francs, est composé d'un bâtiment central et de deux ailes spacieuses encadrant de vastes pelouses. Il a fallu peu de frais pour l'adapter à sa destination nouvelle, car il comportait de grandes salles, des chambres bien aérées, desservies par de larges couloirs. Dortoirs, salles de repos, de récréation, de jeux, infirmerie, ouvrent leurs fenêtres sur les hauts massifs verdoyants, les sous-bois pleins de fraîcheur d'un parc de huit hectares où se répandent les eaux d'un étang poissonneux. L'aménagement intérieur de toutes ces pièces a été fait selon les méthodes les plus modernes.

Pour transporter ses invités à Villepinte, le comité de l'œuvre avait réuni une quarantaine d'automobiles près de son siège, rue de l'Abbé-Grégoire, à Paris. Ce fut une promenade charmante.

Les honneurs de l'établissement furent faits par la directrice de l'œuvre, Mme Mongin des Plats, par la présidente des dames patronnesses, Mme la marquise de Castellane. Avant de visiter les salles, les invités se réunirent dans le grand salon, sous la présidence de M. Cheysson, membre de l'Institut, et ils écoutèrent M. de Méritens, président du comité ; M. Rey, trésorier, leur exposa le fonctionnement de l'œuvre, qui sauve la femme enceinte du désespoir et de la faim, en lui ouvrant sans démarche préalable les portes de son hôtellerie gratuite, quelle que soit l'époque de la grossesse. Les hospitalisées ne sont rendues à la vie active que lorsqu'elles sont tout à fait rétablies et en état de se charger de leur enfant. Les divers services de l'œuvre ont donné gratuitement près de 23,000 journées d'hospitalisation durant l'année 1907, et dans ces trois dernières années plus de 1,600 femmes ont pu mettre au monde un enfant bien portant.

MM. Cheysson, Mesureur, directeur de l'Assistance publique, et Maze, représentant M. Clemenceau, prirent ensuite la parole pour féliciter les organisateurs et exprimer l'espoir de voir l'œuvre se développer. On rendit hommage au service médical, composé des docteurs Mouchotte, Pasquier et Molinier.

La visite de l'établissement terminée, un lunch fut servi, et à six heures du soir la caravane des automobiles regagnait Paris.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le Dr SÉBASTIAN, de Béziers (Hérault), membre du « Concours médical ».

Le Directeur-Gérant : **Dr H. JEANNE.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trentième année | Nº 34 | Dimanche 23 AOUT 1908

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Un procès peu banal

Dans l'Etude si documentée intitulée : « une contre-enquête », rédigée par notre dévoué confrère le Dr Diverneresse pour répondre à la campagne des assureurs contre le libre choix, figurent de nombreuses lettres adressées par des Compagnies d'assurances à des confrères qui crurent devoir lui communiquer ces documents probants afin d'étayer la démonstration qu'il s'était chargé de faire, des manœuvres de pression que ne cessent d'exercer nombre de compagnies d'assurances sur la conscience des médecins à elles affiliés. D'ailleurs, dans la brochure, les noms sont remplacés par des initiales et les dénominations mêmes des compagnies d'assurances sont presque toujours indiquées par des lettres majuscules souvent différentes de la première lettre de cette dénomination. Mais le journal l'*Humanité* ayant publié quelques-unes de ces lettres, prises parmi les plus caractéristiques, à l'occasion d'une interview de notre confrère, ne craignit pas de mettre en toutes lettres le nom d'une des Compagnies dont émanaient les lettres publiées. Cette compagnie prit ombrage de cette publication et crut devoir mettre en mouvement l'appareil judiciaire. Qui croyez-vous qu'elle poursuivit ? L'*Humanité*, dans lequel la publication avait eu lieu ou Diverneresse qui avait remis les documents à ce journal ? Point. La compagnie jugea plus prudent de rechercher, par le texte des lettres, la personnalité du destinataire qui n'était désigné que par une initiale, et de l'assigner devant le tribunal de Nantua, où il exerce son art, en paiement de 10.000 francs de dommages-intérêts, sans compter une demande d'insertions du jugement à intervenir dans plusieurs journaux.

Notre confrère, soutenu comme on le pense bien par le « Sou médical » forma une demande reconventionnelle en dommages-intérêts pour abus de droit d'ester en justice et à raison du préjudice que lui causait un semblable procès dans sa clientèle et dans l'opinion publique.

Me Gatineau se chargea d'aller soutenir les intérêts de notre confrère et fut assisté de M. Chauvelet, bâtonnier de l'ordre des avocats de Nantua.

La thèse de la Compagnie était la suivante : le Dr B.., ayant été son médecin délégué, devait à ce titre être considéré comme un préposé et il n'avait pas le droit de livrer à la publicité les lettres qu'il avait reçues de la Compagnie, *son patron*.

M. Gatineau fit valoir que si, comme le soutenait la compagnies demanderesse les médecins des compagnies étaient des préposés de celles-ci, sous la dépendance des compagnies au point de vue de l'exercice de leur art, la convention qui les liait aurait un caractère tellement immoral, qu'aucun médecin digne de ce nom ne voudrait rester médecin de compagnie après un jugement qui adopterait la thèse de la subordination du médecin. Il démontra que le médecin d'une Compagnie avait le devoir de rester indépendant de celle-ci pour l'exercice de son art et que par suite la correspondance échangée entre le médecin et elle ne pouvait rentrer dans la catégorie des correspondances entre patron et employé.

Me Duroyaume, pour la Compagnie demanderesse, restant sur le terrain juridique que celle-ci avait choisi, chercha à faire triompher le système de la subordination du médecin.

Mais le tribunal de Nantua n'a pas suivi la Compagnie d'assurance dans ses prétentions quelque peu étranges.

Par jugement du 5 août dernier,il a débouté la Compagnie de sa demande et a admis la demande reconventionnelle du Dr B... qu'avait soutenue spécialement Me Chauvelet, en prononçant contre la Compagnie condamnation en 100 francs de dommages-intérêts et en accordant l'insertion du jugement dans un journal local.

Nous publierons en son temps cet important document de jurisprudence qui proclame le principe de l'indépendance du médecin, quelles que soient les conventions relatives au règlement de ses honoraires qu'il a pu passer avec des Compagnies.

N. D. L. R. — Au moment de mettre sous presse nous avons la bonne fortune de recevoir le texte du jugement dont il est parlé ci-dessus. Aussi nous l'insérons sans plus tarder pour l'édification complète de nos lecteurs.

TRIBUNAL CIVIL DE NANTUA.

Audience publique du 5 *août* 1908.

Entre M. Roux, agissant en qualité de directeur de la Société coopérative et fédérative d'assurances contre les accidents « La Participation » dont le siège social est à Paris, 12, rue de Richelieu, demanderesse, comparant par Me Berne, son avoué constitué, d'une part.

Et M. le docteur Paul Boudin, domicilié à Oyonnax, défendeur comparant par Me Dominjou, son avoué constitué, d'autre part.

Cause au rôle no 135.

Attendu que, par exploit de Berne, huissier à Nantua, en date du 17 avril 1908, la Société d'assurances « La Participation », a fait assigner le Dr Boudin à l'effet de s'entendre condamner en dix mille francs de dommages-intérêts, pour avoir laissé publier dans le journal l'*Humanité* du 13 mars 1908 une lettre à lui adressée par elle à la date du 26 janvier 1906.

Attendu que, pour arriver à ses fins, la Compagnie d'assurances « La Participation » soutient qu'il est de principe et de jurisprudence constante que la correspondance échangée à l'occasion du service entre une société et ses agents, quelles que soient leurs situations, reste la propriété de la société patron ; qu'en divulguant cette lettre, le Dr Boudin a donc commis une faute dont il doit réparation.

Attendu que s'il n'est pas contesté, qu'à la date *du 4 février 1902,le Dr Boudin* a été accrédité près de « la Participation » en qualité de médecin, il ne s'ensuit pas *qu'il soit devenu par ce fait même* l'agent de la Compagnie ; qu'il est certain, en effet, qu'en acceptant le titre de médecin de la Participation, le Dr Boudin n'a jamais songé qu'à se soumettre au tarif imposé par cette compagnie, et non pas à aliéner sa liberté et à renoncer à ses devoirs de donner ses soins en toute indépendance ;

Que la preuve qu'il avait conscience d'avoir conservé toute cette indépendance résulte de la protestation qu'il adressait à la Participation le 28 janvier 1906 : « Je ne suis pas, que je sache, un employé de « la Participation ».

Attendu, dès lors, qu'il n'est pas douteux, le rôle de médecin près d'une compagnie ne pouvant être assimilé à celui d'agent ou d'employé de cette compagnie, que le Dr Boudin était devenu propriétaire de la lettre du 26 janvier 1906,et que,sauf à encourir l'application de l'art. 1382 du code civil, il était seul juge de l'emploi qu'il pouvait faire de cette missive.

Attendu que « la Participation » a mentionné dans ses conclusions que la publication de la lettre n'a pu se produire que parce que manquant à ses devoirs, le Dr Boudin avait communiqué le dit document à M. le Dr Diverneresse pour les besoins d'une polémique que celui-ci mène contre les compagnies d'assurances, et notamment contre « La Participation » dans le journal l'*Humanité*.

Attendu qu'il y a lieu, pour le tribunal,et sans avoir à s'occuper des causes, de retenir qu'il existe une polémique entre médecins et Compagnies d'assurances' que ce doit être à l'occasion de cette polémique que le Dr Boudin, poussé par un sentiment de défense professionnelle a jugé bon de faire publier la lettre dont s'agit plus de deux ans après sa réception ; que cette circonstance démontre que l'imputation faite au docteur d'avoir fait cette publication dans l'intention de nuire n'est pas fondée.

Attendu que, tout en remarquant que « la Participation », en soutenant le procès actuel, semble reconnaître qu'elle a et avait tout intérêt, pour des raisons que le tribunal n'a pas à apprécier, que la lettre du 26 janvier 1904 ne soit pas divulguée, il s'agit de rechercher si comme elle le prétend il y a eu un préjudice causé.

Attendu que « La Participation » se contente d'affirmer qu'un préjudice lui a été causé qu'elle évalue à 10.000 francs, mais sans fournir et sans offrir au tribunal aucune preuve de ce préjudice, ni aucun motif d'appréciation; que dès lors il y a lieu de décider qu'elle n'a subi aucun préjudice du fait de la publication de la lettre du 26 janvier 1906.

Sur la demande reconventionnelle. Attendu que l'action intentée par « La Participation » n'a pas été sans entraver l'exercice de la profession du Dr Boudin qui a dû nécessairement négliger ses malades en raison des déplacements qu'il a été obligé de faire; que de ce chef, il lui est dû réparation.

Attendu que le tribunal a les éléments suffisants pour apprécier cette réparation et la fixer à la somme de cent francs.

Attendu, d'autre part, que le Dr Boudin a subi un préjudice moral étant donné que le procès qui lui est intenté a pu faire croire qu'en acceptant d'être médecin de « la Participation », il était par là même capable d'aliéner son indépendance, que le seul moyen de réparer ce préjudice est de faire droit à sa demande d'insertion du jugement et de l'ordonner dans le journal l'*Abeille du Bugey et du Pays du Gex*, édité au chef-lieu de l'arrondissement, en fixant le coût de cette insertion à 50 francs au maximum.

Attendu que l'insertion dans un seul journal est suffisante et qu'il n'y a pas lieu d'accorder le surplus des demandes, fins et conclusions du Dr Boudin.

Par ces motifs,

Le Tribunal, ouï MMes Duroyaume et Gatineau, avocats près la Cour d'appel de Paris, Me Michaille-Chauvelet, avocat du barreau de Nantua, ces deux derniers pour le docteur Boudin, ouï le ministère public en ses conclusions, après en avoir délibéré, statuant en matière ordinaire et premier ressort ;

Déboute « La Participation » en la personne de M. Roux, son directeur, de sa demande en 10.000 francs de dommages-intérêts contre le Dr Boudin ;

Reçoit le Dr Boudin reconventionnellement demandeur, et condamne « La Participation » à lui verser une somme de cent francs à titre de dommages intérêts ;

Ordonne l'insertion dans le journal *L'Abeille du Bugey et du Pays de Gex*, d'un extrait du jugement dont le coût ne dépassera pas cinquante francs.

Condamne « La Participation » en tous les dépens dont distraction au profit de Me Demijou, avoué, sur son affirmation de droit.

Ainsi jugé et prononcé en audience publique à Nantua, le 5 août 1908, siégeant MM. Dulceux, Président, Chenevière et Vuchot, Juges ; en présence de M. Dolfus-Francoz, Procureur de la République, assistés de M. Clavel, commis-greffier.

Enregistré à Nantua, le.......

Signé : HÉRAUD.

LA SEMAINE MÉDICALE

La pyélonéphrite des femmes enceintes.

M. le Dr D. Blanc, de Paris, élève du professeur Marion, a étudié dans sa thèse la pyélonéphrite des femmes enceintes.

« C'est, dit-il, une affection relativement fréquente chez les femmes enceintes.

Deux grands facteurs interviennent dans sa production : les modifications de calibre de l'uretère, d'une part, l'infection de l'autre. Cette infection parait être souvent d'origine intestinale.

Il existe plusieurs formes de pyélonéphrite. Dans la forme latente de Brédier, l'évolution est presque silencieuse. Dans la forme commune, on peut distinguer deux périodes : 1° la période présuppurative de Bar, caractérisée par des symptômes généraux et de la bactériurie.

2° La période de pyélonéphrite confirmée avec la triade symptomatique, douleur, fièvre, pyurie.

Quand le symptôme douleur prédomine, le diagnostic sera à faire avec les coliques hépatique et néphrétique, la salpingite et surtout l'appendicite.

Lorsqu'il y a prédominance de l'état général, avec la grippe, la fièvre, la tuberculose ; quand il y a pyurie : avec la cystite et la tuberculose rénale.

La cystoscopie permettra de reconnaître l'état des parois de la vessie. Le cathétérisme urétéral donnera le diagnostic du rein atteint et en recueillant les urines on pourra étudier sa valeur fonctionnelle. Enfin, dans les suites de couches, il faudra bien différencier la pyélonéphrite de l'infection puerpérale.

Le pronostic est relativement bénin pour la mère ; il est plus grave pour le fœtus.

On essaiera d'abord le traitement médical qui suffit dans la majorité des cas et auquel on pourra adjoindre la distension vésicale.

Si la rétention ne cède pas et si les symptômes vont en s'aggravant, il ne faut pas hésiter et recourir sans tarder au cathétérisme urétéral.

En effet : *a*) c'est là une opération simple, non sanglante ;

b) Le cathétérisme est essentiellement curateur, il permet de vider le rein, de laver le bassinet, et d'assurer l'évacuation constante du pus. C'est en outre un excellent moyen de diagnostic ;

c) C'est une opération conservatrice.

d) Elle est très indiquée en cas de pyélonéphrite double ;

e) Elle permet d'éviter l'interruption de la grossesse.

Ce n'est que dans les cas où le cathétérisme est impossible ou ne donnera aucun résultat que l'on devra se retourner soit vers la néphrotomie ou la néphrectomie en cas de pyélonéphrite unilatérale.

Soit vers le traitement obstétrical en cas de pyélonéphrite bilatérale.

Le pyrogallol contre le lupus vulgaire.

Le journal du Dr Leredde (*Rev. prat. des maladies cutanées, syphilitiques et vénériennes*), donne l'analyse d'un travail de M. le Dr Veiel, de Berlin, sur le traitement du lupus vulgaire par le pyrogallol.

La méthode est la suivante : « D'abord, on détruit le tissu lupique. Dans ce but, on emploie le plus souvent une vaseline pyrogallique à 10 pour 100 qui est appliquée plusieurs jours de suite ; il n'y a que dans les lupus exagérement hypertrophiques que l'on emploie le thermocautère ou l'action caustique de la potasse. Lorsque l'onguent pyrogallique à 10 pour 100 a exercé son action énergique pendant plusieurs jours — on reconnaît cette action à la formation de vésicules — on passe à des onguents d'une contenance plus faible en pyrogallol. Ceux-ci détruisent encore le tissu lupique, mais n'entravent pas la formation des granulations. L'expérience a appris que, le plus souvent, le remède le mieux approprié est alors une pommade à la vaseline pyrogallique à 2 pour 100. Celle-ci sera employée jusqu'à ce que tout le tissu suspect de lupus soit éliminé, jusqu'à ce qu'on ne reconnaisse plus dans les granulations rouges aucun nodule grisâtre (cela dure souvent des semaines), puis on descendra très progressivement à des pommades toujours plus faibles jusqu'à ce qu'elles ne contiennent plus que 1/10e pour cent. En général, on s'en tient à cette pommade jusqu'à guérison complète. Mais, si même alors, avec ces pommades si faibles l'épithélium ne se refait pas, ce qui est parfois le cas, on prend à la fin la vaseline pure, et la cicatrisation s'opère la plupart du temps rapidement.

En somme, la méthode consiste à détruire le tissu lupique et à laisser guérir la plaie sous le pyrogallol.

La différence avec le maniement habituel antérieur du pyrogallol consiste principalement en ce que, le plus souvent, lorsque le pyrogallol a exercé son énergique action irritative, on revient à des pommades douces, et que l'auteur, au contraire, laisse le pyrogallol agir tout le long du traitement. Précisément par là, nous voyons le gros avantage de cette méthode et c'est principalement à cette action du pyrogallol prolongée durant des semaines que l'on doit ces succès.

La méthode ci-dessus décrite est une règle de traitement. Mais bien souvent, naturellement, nous devons la modifier dans tel ou tel sens. C'est ainsi que l'on observe souvent que le tissu lupique, malgré un emploi prolongé de la pommade, à 2 pour 100, ne s'élimine pas entièrement et que malgré son usage, il se montre de nouveaux foyers lupiques : on reprend alors pendant 1 jour ou 2 la pommade pyrogallique à 10 pour 100, pour revenir aussitôt à celle à 2 pour 100.

D'autre part, on n'emploie *jamais* pour la conque de l'oreille la pommade à 10 pour 100, parce que le danger d'une nécrose du cartilage est trop grand. En revanche, le lobule de l'oreille doit être traité très énergiquement par la pommade à 10 pour 100, car là, le lupus, est habituellement très tenace. De même, sur le nez, au moins dans la région du cartilage, on n'emploiera que rarement la pommade à 10 pour 100 et alors seulement avec la surveillance la plus étroite ; le plus souvent, la pommade à 4 p. 100 suffit.

Le contrôle régulier des urines est indispensable.

Dans de nombreux cas, les malades se plaignent de ressentir de vives douleurs à chaque pansement. On peut leur éviter ces souffrances, en appliquant un pansement très exact. Voici quelques mots au sujet de la technique. La pommade est étalée sur du lint ; pour l'étaler, il faut

prendre une spatule en bois et jamais un objet métallique, sans quoi, il peut survenir une coloration grise et même brune de la peau recouverte qui souvent dure des années et même ne disparaît plus. Quand le pansement à la pommade est appliqué, on le recouvre de ouate ; pour cela on choisira de préférence de l'ouate non préparée, mais cardée, parce que l'ouate hydrophile absorbe la pommade et diminue ainsi notablement son activité. Il est très important que le pansement soit exactement appliqué et cela est parfois pratiquement très difficile, lorsque, par exemple, tout le visage est envahi ; avant tout, il faut faire attention à ce que le pansement ne puisse pas se soulever sur les bords, car, la présence de l'air sur les endroits mis à vif détermine des douleurs insupportables. Par conséquent, il faut, au moment du changement du pansement qui doit avoir lieu régulièrement matin et soir, étaler d'abord la pommade sur le lint et préparer d'avance tout ce qui est nécessaire au pansement, afin que la plaie reste à l'air aussi peu de temps que possible.

La durée du séjour au lit après les laparotomies.

M. le Dr J.-L. Faure vient de traiter dans la *Gynécologie* l'intéressante question de la durée du séjour au lit des opérées laparotomisées.

« On a l'habitude aujourd'hui, dit M. J.-L. Faure, de ne pas maintenir au lit longtemps les opérées du sein, du thorax, de la tête, des membres. Pourquoi ne pas en faire autant pour les opérées de laparotomie ? Les Allemands sont à la tête de ce mouvement ; mais certains paraissent aller beaucoup trop loin et trop vite. S'il semble inutile et dangereux de faire lever immédiatement les laparotomisées et les accouchées et de leur faire courir des risques certains pour un bénéfice problématique, il ne s'ensuit pas que la pratique le plus généralement acceptée aujourd'hui et qui veut qu'on laisse les opérées au lit pendant vingt et un jours, soit exempte de toute critique.

Si ce chiffre de vingt et un jours et qui, si l'on voit au fond des choses, n'a d'autre raison d'être que son caractère symbolique, pouvait être accepté autrefois comme un chiffre très raisonnable, alors que la cicatrisation des parois abdominales était lente par suite d'une suppuration presque constante, il n'en est pas de même aujourd'hui. La cicatrisation parfaite de la plaie abdominale est beaucoup plus rapide et je ne vois vraiment pas pourquoi nous ne raccourcirions pas la durée de séjour au lit des malades, à mesure que se raccourcit la durée de leur parfaite cicatrisation.

En principe, je lève une opérée de laparotomie au bout de douze jours. Je suis convaincu qu'à ce moment la cicatrisation des lésions péritonéales est suffisante, et que la plaie abdominale n'a rien à craindre des mouvements nécessités par la cessation du séjour au lit et en particulier par la marche. Toute la question est là, et le seul argument que l'on donne en faveur du repos de vingt et un jours, est la solidité future de la cicatrice et la nécessité dans laquelle on est de ne pas faire supporter à cette cicatrice d'efforts trop considérables.

Or, je prétends que les efforts les plus considérables qu'elle ait à supporter sont précisément ceux qui lui sont imposés par le séjour au lit. Ce sont les efforts de miction et de défécation dans la position horizontale, c'est la toux, ce sont les vomissements, ce sont les efforts intenses que fait une malade en se soulevant sur les mains ou sur les coudes pour se retourner dans son lit, qui fatiguent la paroi beaucoup plus que les quelques pas que fait une malade dans sa chambre ou la promenade paisible qu'elle fait au jardin. Nous n'avons, pour nous en convaincre, qu'à nous observer nous-mêmes. L'effort abdominal nécessité par la marche est absolument nul.

Il n'en serait pas de même évidemment si la malade, au sortir de son lit, reprenait ses occupations ordinaires, qui peuvent être fatigantes et demander parfois des efforts violents. Il est bien entendu que les malades qui se lèvent doivent encore pendant quelques jours garder un repos relatif.

D'ailleurs, les faits valent mieux que tous les raisonnements. Depuis deux ans et plus, que je mets en pratique cette façon de faire, je ne m'aperçois pas que les cicatrices que j'obtiens soient moins bonnes que par le passé, ni que mes malades aient plus d'éventrations. Celles-ci restent, comme autrefois, tout à fait exceptionnelles.

Autant il me paraît excessif, exagéré et déraisonnable d'arracher à leur lit, dès le lendemain ou dans les trois ou quatre premiers jours de leur opération, des femmes épuisées et qui ne demandent que le repos, autant il me paraît bon, lorsque tout va bien, de les faire lever le douzième jour.

Idiosyncrasie à l'urotropine.

M. le Dr Boucarut, de Marseille, nous communique un cas curieux d'idiosyncrasie à l'urotropine.

« A la suite de l'absorption de 25 cachets d'urotropine à cinquante centigrammes, pris à la dose de deux par jour, M. X. se présente à la consultation pour faire examiner ses ongles. Un mois environ après l'absorption de ces cachets, sans avoir pris d'autre médicament, les ongles se sont d'abord amincis ; ils ont pris, *ensuite une teinte verdâtre*. Cette coloration s'est maintenue à 3 ongles des doigts de la main gauche et deux des doigts de la main droite et à l'ongle du gros orteil droit.

Examiné à la loupe, l'ongle a perdu son aspect corné et luisant, la différenciation entre son aspect et celui de la peau voisine est à peine sensible mais on aperçoit très nettement des tâches verdâtres vues par transparence et situées à la partie externe, en rapport avec les tissus, ces taches sont en général situées au bord de l'ongle, sans situation bien fixe : le bord de l'ongle conserve une épaisseur plus grande et l'ongle est bombé.

Rien à noter du côté des cheveux.

Les applications de glace sur l'abdomen dans la fièvre typhoïde de l'enfant.

On a préconisé récemment le traitement de la fièvre typhoïde par les applications précordiales de glace (Th. de Louart).

M. le Dr E. Gaujoux, de Montpellier, recommande l'application abdominale.

« Sans dénier, dit-il, la valeur thérapeutique de la frigothérapie précordiale dans la fièvre typhoïde chez l'enfant, nous croyons, à notre tour, devoir apporter les résultats obtenus dans le service de notre excellent maître, M. le professeur Baumel, par une méthode peu différente. L'agent thérapeutique reste toujours le même, le lieu d'application seul diffère.

« Voici, d'ailleurs, la technique suivie dans le service de clinique des maladies des enfants de Montpellier, depuis plus de quatre ans déjà.

« La glace est cassée en petits fragments ; la

vessie qui les contient est d'un grand modèle (caoutchouc) et bien hermétiquement fermée. On l'applique directement sur l'abdomen (cas graves) ou par l'intermédiaire d'une large flanelle. Mais, fait essentiel, la glace, une fois appliquée, doit être régulièrement maintenue jusqu'à guérison. C'est pourquoi le contenu de la vessie est changé toutes les fois que la glace se trouve presque fondue, c'est-à-dire environ toutes les quatre heures.

« On évite soigneusement que l'enfant dans ses mouvements déplace la vessie de glace et pour ce faire, on en facilite le maintien sur l'abdomen par un bandage de corps peu serré. Dans le cas de ballonnement abdominal extrême, on peut, au début, éviter l'impression pénible que ressent le malade par le poids de la glace et des couvertures, en suspendant la vessie à un cerceau dominant l'abdomen et placé en travers du lit. Mais au bout de quelques heures, l'insensibilité relative de la paroi est obtenue par la glace qui peut être directement appliquée.

« Entre autres avantages de cette méthode, signalons la facilité de son emploi.

« Plus de bains à donner nécessitant un personnel spécial et spécialement instruit. Plus de réactions pénibles, chez l'enfant, comme on en observe souvent avec la balnéation froide systématiquement appliquée.

« Sans vouloir faire des statistiques un argument décisif, nous croyons devoir, en terminant, donner quelques chiffres qui nous paraissent bien démonstratifs.

« Il a été soigné par cette méthode (frigothérapie abdominale simple ou combinée) en 5 ans, 132 enfants atteints de dothiénenterie ; sur cet ensemble, nous ne relevons, en tout, que 7 cas de décès. Pour 2 d'entre eux, la balnéothérapie froide a même été employée concurremment avec la frigothérapie précordiale. La mortalité effective absolue par dothiénenterie dans le service de clinique des malades des enfants de Montpellier ne s'élève donc qu'à 6 pour 100. La cause de la mort dans les cas où nous la trouvons signalée semble presque toujours due à l'endomyocardite typhique. Dans 2 cas, des hémorragies intestinales de la période d'état ont emporté les petits malades. »

CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE

Hôpital Broca : M. le Professeur Pozzi.

Traitement des infections génitales du post-partum et du post-abortum.

Je vous parlerai aujourd'hui de trois malades qui nous ont été envoyées des salles de médecine pour des accidents d'infection utérine et péri-utérine. Vous savez qu'à l'hôpital Broca sont soignées des femmes syphilitiques, sujettes par cela même à des avortements fréquents, avec fœtus macérés et infection facile. Vous savez que le fœtus, dans le cas de syphilis maternelle, meurt souvent au cours de la grossesse. Il peut rester dans l'utérus, quelquefois pendant des semaines, et être expulsé ensuite, constituant ainsi une cause d'infection pour les voies génitales. Quoi qu'il en soit et pour ce motif principalement, nous recevons fréquemment ici des femmes infectées. Tel a été le cas des trois malades objet de cette leçon. J'ai réuni leurs trois observations parce qu'elles présentent des accidents divers dont l'ensemble forme un tableau assez complet des phénomènes d'infection génitale du post-partum et du post-abortum.

Notre première malade est entrée dans le service il y a deux mois environ. Au moment de son admission, elle était alors récemment accouchée — nous l'avons trouvée dans un état d'infection accusée, avec un pouls à 160, un état général précaire. On pratiqua, chez elle, selon la conduite que je recommande, un curetage de l'utérus. On explora avec la curette la cavité utérine, d'où l'on retira quelques débris. Il suffit d'une petite quantité de débris pour entraîner des accidents infectieux. Le curetage fut suivi de tamponnement à la gaze iodoformée, puis de lavages avec un liquide détersif. Ces lavages s'opèrent au moyen d'une sonde à double courant. Quant au liquide, il ne doit pas être toxique et c'est seulement lorsqu'il ressort clair que l'on cesse l'irrigation. On s'est servi, ici, d'eau oxygénée (deux ou trois cuillerées par litre), et l'on a fait passer un litre et demi à deux litres de liquide chaque fois. Le traitement consista donc en curetage explorateur et évacuateur, et *en injections intra-utérines* répétées deux, trois fois par 24 heures. A la suite de cette médication, la courbe thermique est descendue ; elle est actuellement normale. J'ai voulu vous montrer, par cet exemple, les bons effets de la désinfection utérine produite par le curetage et les injections intra-utérines.

Il existe deux modes d'infection dans le post-partum et le post-abortum. Toujours, bien entendu, c'est le streptocoque qui est en cause. Mais, ou bien il y a rétention de débris de membranes, ou bien il n'y a pas rétention, et l'infection a été causée par le séjour de débris évacués. A mon avis, dans les deux tiers des cas, on trouve quelque chose dans l'utérus. Sur trois femmes infectées, deux ont des débris retenus dans l'utérus et une n'en a pas. De là, deux directions différentes au traitement. Les uns, préoccupés de ne pas faire une opération qui pourrait (une fois sur trois) être inutile, déconseillent le curetage. L'autre école, qui est la mienne, considérant que dans la majorité des cas, il y a quelque chose, recommande le curetage explorateur. Pratiqué méthodiquement, le dit curetage est une opération bénigne n'offrant pas d'inconvénient. Des objections ont été présentées. On a parlé de blessures de la cavité utérine, de création de foyers susceptibles d'ouvrir le passage aux germes. Verneuil, pour ce motif, préférait l'abstention. Certains accoucheurs ont dit qu'avec la curette on risquait de faire pénétrer des produits septiques dans le torrent circulatoire. C'est vrai, si vous faites une détersion incomplète : un nettoyage incomplet est une mauvaise besogne et mieux vaudrait, dans ces conditions, s'abstenir. Le curetage doit être soigneux et complet. Curetez avec prudence, mais ne cessez de cureter qu'au moment où vous ne retirez plus rien, et où le liquide injecté dans l'utérus ressort clair.

Dans ma pratique, lorsque je me trouve en présence de phénomènes d'infection du post-partum ou du post-abortum, je fais toujours cette exploration. Presque toujours, alors, on extrait des débris. Si, une fois sur trois en moyenne, on n'en retire pas, l'opération est néanmoins sans danger. La curette dont on se sert n'est pas une curette tranchante. Il ne faut pas offenser la paroi utérine, friable, vous le savez, en pareil cas. Employez la curette en nid de pigeon, analogue aux instruments utilisés pour gratter la vessie atteinte de fongosités.

Le plus souvent, donc, les accidents sont liés à la rétention des débris de membranes. D'autres fois, c'est le séjour de débris évacués qui a provoqué l'infection. La première chose à faire

est d'enlever la cause locale. On soignera parallèlement l'état général par la quinine, quelquefois les injections de sérum, le collargol.

Vous avez aussi un certain nombre de jeunes femmes chez lesquelles il se produit une localisation de l'infection. Il y a, outre l'infection générale, une détermination locale de l'infection. C'est ce que nous avons observé chez nos deux autres malades. Chez elles, nous avons eu inflammation péri-utérine et annexielle, dans l'épaisseur du ligament large, forme clinique que l'on appelle : phlegmon du ligament large. Tandis que dans la plupart des inflammations péri-utérines, vous trouvez une tumeur diffuse, ou bien marronnée, ici vous avez la sensation que le ligament large est infiltré comme par une coulée de plâtre : vous avez l'impression d'une brique de champ entre l'utérus et la paroi pelvienne. Nous avons trouvé ce phénomène chez nos deux malades. Elles étaient accouchées de fœtus de 8 mois et de 6 mois et demi. Les fœtus étaient macérés. Les femmes nous étaient arrivées avec de la fièvre, de l'intoxication générale, un ventre douloureux à la palpation, un phlegmon du ligament large.

Ce phlegmon du ligament large se rencontre presque exclusivement dans les cas de puerpéralité. On peut bien en citer quelques exemples consécutifs à une opération sur l'utérus, — j'en connais une observation à la suite d'un simple débridement du col — mais c'est exceptionnel, car les opérations septiques sont aujourd'hui rares. Au contraire, vous ne pouvez pas vous mettre toujours facilement en garde contre la septicité de l'avortement et de l'accouchement. Il peut se faire une lymphangite péri-utérine localisée au ligament large.

Le ligament large est parcouru, pendant la grossesse, vous le savez, par d'énormes vaisseaux : il y a des varices qui, enflammées, peuvent être le siège de thromboses ; il y a des lymphatiques également très dilatés. Cet état anatomique prédispose à l'infection.

Les symptômes annonçant le phlegmon sont les suivants : la gravité de l'état général, la localisation spéciale de l'affection, les signes du toucher.

Chez nos deux malades, l'évolution a été heureuse. Nous avons appliqué de la glace sur le ventre, fait un curetage, des injections intra-utérines. Nous avons surveillé l'évolution.

Le phlegmon peut se terminer de deux façons : par résolution ou par suppuration. Dans les deux cas actuels, nous avons vu l'affection s'amender. En pratiquant le toucher, avec réserve, — il faut toucher avec précaution, cette manœuvre répétée étant une cause d'aggravation — nous avons senti le ligament large se dégager, l'utérus se rétracter, en même temps que se produisait une défervescence des symptômes. Aujourd'hui nous percevons encore une induration du ligament large, mais elle n'est plus douloureuse.

Les choses auraient pu se passer autrement et le phlegmon aurait pu suppurer. Deux mots d'anatomie. Il existe, dans la partie supérieure du ligament large, les vaisseaux utéro-ovariens, et, en bas, les vaisseaux hypogastriques. Ces deux groupes de vaisseaux sont entourés de tissu cellulaire et de lymphatiques ; ils constituent les deux voies que suit la suppuration, d'où deux types de cette suppuration : l'un supérieur, suivant la gaine des vaisseaux utéro-ovariens, l'autre inférieur, suivant la gaine des vaisseaux hypogastriques. Lorsqu'il y a suppuration, où le pus s'évacue-t-il ? Chez une de nos malades, nous avons eu déjà une indication de l'endroit où la suppuration se serait fait jour. On trouvait un point, un petit plastron, au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure. C'est, en effet, le lieu d'élection de l'ouverture spontanée de ces phlegmons. La plupart ont tendance à se répandre, à remonter jsuqu'à l'épine iliaque antéro-supérieure. Vous constatez, d'abord un plastron ; un point s'étend, rougit, se ramollit. A un moment donné, de l'œdème apparaît. Dès qu'il y a œdème, il y a pus. L'œdème, au niveau d'une plaque indurée de ce genre, veut dire suppuration profonde.

L'ouverture peut se produire ailleurs : vers le triangle de Scarpa, en avant du pubis, voire au niveau de l'ombilic. Outre ces ouvertures externes, il est des points d'ouverture interne, au niveau du vagin principalement. Vous en êtes avertis par le plastron vaginal ; vous sentez le vagin devenu dur comme du carton. L'ouverture interne a lieu quelquefois dans le rectum, plus rarement dans la vessie, plus rarement encore dans le péritoine. Dans les abcès supérieurs, la suppuration peut gagner jusqu'au tissu cellulaire péri-néphrétique.

Telle est la migration, facile à suivre, de ces abcès. Souvenez-vous que les deux points d'ouverture les plus fréquents sont l'épine iliaque antéro-supérieure et le vagin. Les autres sont exceptionnels.

Sachez, aussi, que ces abcès doivent être ouverts de bonne heure, parce que, en raison de la dilatation des vaisseaux, il se produit souvent des collections purulentes énormes, des phénomènes généraux intenses. Quand la résolution n'a pas lieu, que vous voyez cet œdème révélateur de la suppuration et que vous incisez, il sort des quantités considérables de pus. La tendance à suppurer persiste longtemps et la mort peut s'ensuivre par hecticité. Vous ferez des injections abondantes avec des liquides dont la résorption ne puisse pas créer d'accidents fâcheux. Toutes les fois où vous avez une grande cavité, il convient de craindre l'absorption. J'ai vu des cas de mort par intoxication à la suite de lavages au sublimé et à l'acide phénique. Vous vous servirez de sérum, d'eau oxygénée, de permanganate faible. Il est nécessaire de drainer.

A quel moment inciser ? Dès que vous avez des signes certains de suppuration, quand apparaît le plastron, avec augmentation progressive de la tuméfaction du ligament large. Vous pouvez aussi faire des incisions précoces et arriver en cheminant jusqu'à l'abcès, avant qu'il ait atteint de grandes dimensions. Heureusement, d'ailleurs, grâce aux précautions antiseptiques, à la désinfection intra-utérine par le curetage, aux injections intra-utérines (que l'on devra prolonger pour éviter de nouvelles ré-infections venues de l'utérus), à la glace sur le ventre, vous empêcherez le plus souvent la maladie d'arriver à ce stade de suppuration, grave, que vous observerez dès lors rarement.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

La sécurité des pansements. Sutures et ligatures.

Toute opération chirurgicale comporte deux temps particulièrement délicats : l'hémostase des vaisseaux et l'affrontement, la coaptation des tissus sectionnés. Ligatures et sutures demandent un soin, une attention, une minutie qui ne se démentent jamais ; c'est sur elles en grande partie que repose le succès de l'intervention.

Mais le chirurgien aura vainement mis à contribution sa science la plus consommée et son habileté manuelle la plus appliquée ; s'il ne dispose pas de matières premières impeccables, il reste exposé aux pires mécomptes.

Le *Catgut*, la *Soie* et le *Crin de Florence* constituent la triade accessoire indispensable à la toilette définitive de la plaie opératoire, et c'est vraiment de leur solidité et de leur asepsie que dépendent, pour beaucoup, la bénignité des suites de l'opération et l'avenir du malade. Or, ces produits renferment une part d'inconnu dont il importe de limiter, voire d'exclure, les mauvaises chances par un choix judicieux de matériaux qui offrent le maximum de garantie.

Il va sans dire que nous n'avons pas seulement en vue les grandes interventions pratiquées à jour fixe dans des locaux spécialement affectés à la chirurgie, et pour lesquelles tout est préparé à l'avance. Nous écrivons surtout pour les praticiens appelés à faire de la chirurgie d'urgence, pour les médecins de campagne que souvent les hasards professionnels mettent soudainement en présence d'un traumatisme accidentel nécessitant une action immédiate avec des installations de fortune, et avec ce que leur prévoyance a pu les inciter à posséder toujours sous la main. (Boîte d'urgence du Dr Levassort.)

Les *catguts* sont des substances organiques, — boyaux de chat ou de mouton —, éminemment résorbables et utilisées par cela même pour les ligatures artérielles et les sutures profondes. Mais ils ont les défauts de leurs qualités ; leur nature et leur provenance, qui leur créent des aptitudes regrettables pour les fermentations et pour les décompositions, les entachent d'imperfections innées en quelque sorte, qui ne peuvent être neutralisées qu'au prix d'une préparation longue et délicate composée de deux parties distinctes : 1° le dégraissage et l'assèchement des tissus employés ; 2° leur désinfection, leur aseptisation et leur conservation dans un milieu et avec un conditionnement appropriés.

Hier encore, — ce n'est donc pas très vieux— le catgut était présenté enroulé autour d'une bobine de verre dans un flacon rempli d'un liquide conservateur. Les inconvénients, les dangers mêmes de ce dispositif sont loin d'être illusoires. C'est ainsi qu'on a établi que la stérilisation du fil est d'autant plus douteuse qu'on se rapproche davantage de la bobine centrale, de telle sorte que les spires les plus internes n'offrent à cet égard aucune sécurité. Pour le démontrer, on a enroulé le catgut à aseptiser autour d'un thermomètre à maxima gradué entre 90 et 150°. Après passage à l'autoclave, quand un thermomètre témoin indiquait des températures de 120°. on a pu constater que celui qui servait de bobine au catgut accusait des différences en moins atteignant jusqu'à 10°. La portion du fil en contact avec ce thermomètre n'avait donc été portée qu'à 110°, ce qui est manifestement insuffisant pour une bonne et valable stérilisation.

D'autre part, comment compter sans inquiétude sur une ligature d'urgence faite avec une longueur de catgut prise dans un flacon déjà ouvert plusieurs fois, à même une bobine manipulée à différentes reprises et qui a subi tous les contacts possibles ?

Forts d'expériences concluantes et d'études approfondies, MM. Corbière et Lindeux se sont efforcés dans la préparation du catgut, de la soie et des crins de prévoir et d'éviter toutes les fausses manœuvres, toutes les chances d'erreur. Le problème était complexe et ardu ; ils l'ont résolu de la manière suivante :

Le catgut brut est complètement dégraissé et privé d'eau par les procédés habituels.

Ceci fait, on procède ensuite à la stérilisation proprement dite et au conditionnement. Le catgut dégraissé et séché est enroulé sur lui-même comme un ressort à boudin et introduit librement dans un petit tube de verre cylindrique ouvert à ses deux extrémités. Le tout est placé tel quel dans un autoclave spécial et soumis pendant 45 minutes à l'action des vapeurs de benzène à 125°. Ce premier résultat acquis, le tube qui contient le catgut est fermé à ses deux bouts : toutefois, l'un d'eux reste perforé d'un petit orifice. Par cet orifice on introduit dans l'intérieur le liquide de conservation, — liquide aseptique (alcool aromatisé avec de la cannelle et du girofle), pour les catguts destinés à la grande chirurgie ; liquide antiseptique (solution thymolée au 1/50e), pour les catguts des praticiens. Puis au moyen d'un crochet de platine préalablement porté au rouge, on va, par ce même orifice, cueillir l'extrémité libre du fil qui reste au dehors pour faciliter le dévidage au gré des besoins momentanés. Dans une troisième manipulation, la petite éprouvette close qui contient le catgut est enfermée dans un nouveau tube de verre fermé soit à la lampe, soit avec un bouchon hermétique. Enfin, une série de tyndalisations (1) d'une durée totale de 10 heures achève la préparation.

Grâce à cette série de précautions, MM. Corbière et Lindeux obtiennent un catgut qui conserve indéfiniment sa souplesse et sa résistance et qui se maintient absolument aseptique.

La *soie* mise à la disposition des médecins pour la petite chirurgie courante comporte un dispositif analogue : sa préparation, moins compliquée, n'en est pas moins rigoureusement aseptique.

Les *crins de Florence*, après une stérilisation soigneusement faite, sont l'objet d'un conditionnement aussi ingénieux qu'élégant. Réunis en faisceau, mais sans être reliés les uns aux autres, ils sont contenus dans une éprouvette remplie d'un liquide de conservation et obturée à 2 cm. environ de son ouverture par un disque de caoutchouc au travers duquel, par des trous microscopiques, chacun des crins fait saillie de quelques millimètres à l'extérieur. Un petit bouchon de caoutchouc assure la fermeture définitive.

Qu'il ait besoin de catgut, de soie ou de crin, le médecin n'utilise que la quantité des uns ou des autres strictement nécessaire, sans que sa provision soit exposée au contact de l'air extérieur, des mains, ou des instruments. Il y trouve économie et sécurité, et ce sont là d'inappréciables conditions de réussite dans la pratique journalière. Dr QUERCY.

PRATIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE
DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

XIII.

D. 12. — Greffes épidermiques.

Honoraire : cinq visites ou consultations, en plus de la visite ou consultation.

---

(1) On tyndalise une solution ou une substance que les hautes températures altéreraient ou décomposeraient en les portant à une température de 60° pendant une heure, et en recommençant plusieurs fois de suite.

L'utilité de cette intervention est justifiée par une perte de substance étendue et par le désir bien naturel du patient de recouvrer l'usage d'un membre depuis longtemps immobilisé.

Il convient de distinguer la greffe épidermique de la greffe dermo épidermique ou greffe de Thiersch.

Tous ceux qui ont recours à ces procédés ont gardé le souvenir d'insuccès qui peut-être leur paraissaient étranges en regard d'autres résultats meilleurs ; il faut donc préciser et se rappeler que l'instant favorable pour faire les greffes et empêcher qu'elles ne soient digérées par la plaie, est celui où la couche de bourgeons charnus ne laisse plus suinter qu'un peu de sérosité physiologique et quand il n'y a plus ni infection ni suppuration. Les parties trop exubérantes auront été, trois ou quatre jours auparavant, touchées au nitrate ou à la teinture d'iode ; la surface de la plaie aura un aspect luisant et comme une apparence vernissée. Déjà la restauration commence à se faire et l'épiderme est en voie de réparation.

Un ou deux jours avant d'opérer on fera un pansement humide, puis on lèvera à la face interne de la jambe de petites languettes, des fleurs de peau. On utilisera une lancette ou un bistouri bien fin. La peau sera transfixée et le lambeau détaché en imprimant à l'instrument un mouvement de va et vient. On ne dépassera pas l'épiderme en profondeur. A l'aide d'une longue aiguille flambée, ces lambeaux seront déposés sur la plaie et de préférence sur les bords.

Les greffes du centre ne prennent pas d'ordinaire et c'est perdre du temps et faire souffrir le blessé pour rien que de vouloir davantage.

J'ai vu jadis employer le papier d'étain ; on peut le rendre aseptique en le lavant dans l'eau phéniquée et en le rinçant à l'eau bouillie ; mais on peut recourir à la gaze stérilisée enduite d'une couche de vaseline. Il y a, je crois, avantage à faire usage de la gaze. Le pansement demeurera sept à huit jours en place.

Pour la greffe dermo-épidermique Thiersch, on devra faire à la curette un raclage sérieux de la plaie ; on tamponnera pour arrêter le sang qui coule en nappe et on appliquera les lambeaux comme nous l'avons indiqué plus haut.

Les lambeaux seront levés au rasoir ; ils seront plus grands et plus épais. Mêmes indications que ci-dessus pour la disposition des greffes : la périphérie prendra avant le centre. Même pansement.

Il est à remarquer que, lorsque la restauration d'une plaie se fait si vite l'emploi de la greffe est presque inutile, et on ne gagnera pas beaucoup de temps.

On pensait autrefois que la greffe épidermique prenait et justifiait ainsi son nom. Des travaux plus récents ont montré que l'épiderme transplanté agissait beaucoup comme protecteur de la couche de néo-formation qui se montre sur les bourgeons.

On comprendra donc pourquoi nous ne montrons pas un très vif enthousiasme pour cette méthode puisque dans la pratique nous avons eu de beaux succès sans y recourir. La vaseline picriquée, l'acide picrique en badigeonnage, les pansements rares sont à recommencer.

Il est bien entendu que nous n'entendons parler que de la greffe, car pour les autoplasties et les lambeaux à retournement c'est une autre affaire, les indications peuvent se rencontrer et les résultats seront parfois très brillants.

E. I.

Tout ce paragraphe E donne droit à un honoraire de dix visites ou consultations.

Il débute par l'anesthésie générale.

Si nous croyons inutile de rappeler ce que doit et peut être l'anesthésie, il n'en va pas de même pour l'interprétation de cet article.

Le tarif prévoit des aides pour l'opération et leur assistance est comptée à part. Dans le cas où un des aides donne le chloroforme, la part qui lui revient est-elle comptée à la mention anesthésie ou aurons nous droit à un honoraire séparé ?

Exemple : J'opère un blessé qui doit subir une désarticulation d'un doigt.

J'ai deux aides, l'un qui donne le chloroforme, l'autre qui m'assiste.

Compterai-je ?
Visite.
Opération.
Anesthésie.
Deux aides.
Pansement.
ou bien : Visite — opération — anesthésie — un aide — pansement ?

Jusqu'ici j'ai toujours compté deux aides.

Le tarif prévoit l'anesthésie générale, mais cet acte, dont l'honoraire est défini, entraîne une responsabilité pour l'opérateur dont il semble qu'on ait voulu tenir compte.

Certains confrères pensent au contraire que par la désignation : anesthésie générale, on a entendu rémunérer l'aide ou l'assistant chargé du chloroforme.

Dans l'exemple ci-dessus l'honoraire pour l'opération est le même que pour le chloroforme.

Cette discussion n'est donc pas vaine et elle montre tout l'intérêt qu'il y aurait à créer une jurisprudence permettant l'interprétation du tarif dans ses obscurités.

Ce sera le rôle des commissions d'arbitrage et la publication de leurs travaux nous sera d'un grand secours. Composées de patrons et de médecins, la discussion des cas embarrassants pourra s'y faire en chambre de conseil et il en résultera pour l'avenir un très gros profit pour tout le monde.

Cette juridiction mixte offre beaucoup plus de garantie que l'expertise, car l'expert juge seul, sans admettre le plus souvent les observations des intéressés. Il voit suivant sa conscience, mais celle-ci est influencée par le milieu et les idées préconçues ou personnelles. Un tribunal arbitral me paraît offrir bien d'autres garanties.

En proposant mon interprétation je n'ai d'autre but que de faire naître la discussion, si on la juge nécessaire, et encore une fois il ne peut s'agir que d'une opinion, la mienne et non d'un dogme ou d'un article de foi.

Le *Concours* m'a laissé le droit de dire tout ce que je pense et j'en use.

Le chloroforme est encore notre agent préféré ; il a ses dangers, mais à tout prendre il vaut mieux se servir de ce qu'on connaît.

Les appareils perfectionnés sont très commodes, la compresse aussi et on la trouve partout. J'ai employé avec succès la combinaison du chlorure d'éthyle et du chloroforme. On verse sur une compresse un flacon de trois à cinq cent. cubes de chloréthyle et on sidère le patient, deux minutes se passent et on continue au chloroforme. On gagne ainsi 5 à 10 minutes.

En passant, un petit conseil.

On n'est jamais trop nombreux quand on opère

Correspondance hebdomadaire
(Suite).

Dr R. M., à *Sou Médical*. — J'ai le plaisir de vous annoncer que j'ai été réglé *intégralement* par la Compagnie la P., pour sinistre J, ouvrier de MM. R., à B. D'après le tarif local, 93 fr. m'étaient dus. La Compagnie offrait 47 fr. d'après le tarif Dubief. Je lui ai fait savoir que je n'acceptais pas la réduction prétendant que j'avais été choisi par le patron.

La Compagnie, paraît-il, considérait que je n'étais pas dans mon droit mais toutefois, à titre de transaction !!!, voulait bien, pour en finir (?) offrir 72 fr.

J'ai répondu que la comédie avait duré assez longtemps et que je poursuivais le patron.

Quinze jours après, j'étais payé intégralement. Je vous remercie de vos bons conseils dont je vous suis très reconnaissant.

Je n'ai donc pas eu à aller en justice de paix ni devant le tribunal civil.

Dr F. C., Paris. — Je vous serais très obligé de me donner dans votre petite correspondance votre avis sur le cas suivant.

Pour une luxation grave de l'épaule, j'ai fait des massages tous les jours pendant 1 mois, à un ouvrier. Voyant que le blessé ne s'améliorait pas, j'ai écrit à l'assurance pour examiner le malade en présence de leur médecin. D'un commun accord nous décidâmes d'arrêter les soins.

Or, pour ces massages j'ai envoyé une note de $45 \times 7.50 = 337.50$.

La Compagnie refuse de payer en disant que seule la 1re visite doit se cumuler avec les massages, et elle m'offre la moitié de la somme, c'est-à-dire 168.75.

Que dois-je faire et quel est le procédé le plus expéditif pour me faire payer.

Réponse. — S'il s'agit d'un accident couvert par la loi de 98, assignez en paiement, devant le juge de paix, le blessé et le patron civilement responsable.

Quand vous prévoirez un traitement long et coûteux, quand l'indication du traitement ne vous paraîtra pas clairement établie, quand vous pressentirez des difficultés au moment du paiement, vous agirez sagement en prenant dès le début du traitement l'avis du médecin de la Compagnie à laquelle est assuré le patron du blessé.

Dr L. à F., à *Concours*. — Monsieur le Directeur, Je lis dans le numéro du 9 août du *Concours Médical*, page 571, un petit entrefilet extrait de la *Gazette des Hôpitaux*, et relatif au Conseil

Suite page X.

des malades robustes et forts buveurs, ils se débattent, crient, arrachent la compresse et cette lutte est toujours fort pénible.

Comme je n'ai pas de goût pour le pugilat et que j'aime mieux ne pas me salir les mains à tenir mon opéré, j'utilise des liens peu coûteux et qui font d'un colosse un paquet presque immobile.

Voici, on achète quelques mèches de lampe à pétrole, de cinq à six centimètres de largeur.

On fait une boucle pour le poignet et on fixe les bras aux pieds de la table.

On fait de même pour les jambes en passant au-dessus des genoux et au besoin en entourant tout le membre inférieur comme une momie sous des bandelettes. Il suffira de fixer la tête et le blessé ne tardera pas à dormir.

Chacun s'arrange d'ailleurs à son gré et prend ses habitudes. J'ai seulement voulu vous signaler l'usage de mèches de lampe, à mon sens plus pratiques que les courroies que j'ai vu servir dans les hôpitaux. Les boucles cassent, les ardillions piquent. Mes bandes se lavent, elles sont épaisses, résistantes et ne risquent pas de blesser le membre sur lequel on les applique.

Tout cela n'est pas du grand art, je le reconnais, mais on m'a demandé du pratique et je fais de mon mieux pour vous en donner.

(*A suivre.*)

Dr Ch. Levassort.

ETUDES ET PROJETS

Les Syndicats Médicaux. Leur Fonctionnement. — Leur Organisation. Leur Influence. — Leur Rôle.

Par le Dr P. Viroulaud, de Villebois-la-Valette (Charente).

(*Fin.*)

Fait important, écrivait à ce moment-là, le Dr F. Barneweld, dans la *Gazette médicale du Centre* le ministre confère aux médecins le droit de demander dans les 3 mois qui suivent la promulgation du tarif un relèvement du prix de la visite à cet effet, ils doivent faire la preuve qu'avant 1901, le prix de la visite aux ouvriers était supérieur à 1 fr. 50. Ces preuves ne peuvent être adressées au ministère du commerce que par la voie des syndicats médicaux, des associations locales, de l'Association générale des médecins de France des groupements ouvriers ou patronaux intéressés. Le fait est très important, car il nous prouve que le ministre ne veut avoir affaire qu'aux groupements professionnels. Pour lui, le médecin isolé n'existe pas, c'est une unité sans valeur.

C'était enfin reconnaître la place qu'assignaient aux groupements médicaux leur compétence naturelle et la grandeur de la profession qu'ils représentent. Depuis, les Syndicats médicaux n'ont fait qu'augmenter leur influence et il nous tarde d'exposer le fait tout récent qui montre quel rôle, ils sont appelés à jouer dorénavant.

La loi de 1902, sur la santé publique, oblige le médecin à la déclaration des maladies épidémiques dont il a constaté l'existence ; comme sanction pratique, elle oblige aussi à la désinfection consécutive. Le docteur en médecine qui ne fait pas la déclaration prescrite est passible d'une amende de 50 à 200 francs. (art. 21, loi 1892).

Cette loi, dans l'esprit de ses auteurs, était destinée à ne plus laisser sans mesures prophylactiques les cas de maladies contagieuses, comme cela se passait auparavant. Qu'en est-il devenu en fait ?

Cette déclaration obligatoire pour le médecin a soulevé de vives polémiques et des réclamations nombreuses. Tout d'abord, c'est une atteinte grave portée au principe du secret professionnel et cette formalité peut lui nuire dans sa clientèle ; de plus, les ennuis occasionnés par la désinfection sont un grief suffisant aussi pour que les malades ne reprennent plus le médecin qui les leur aura causés.

Aussi qu'est-il arrivé ? C'est que tout a continué comme par le passé et que les maladies épidémiques ont continué, elles aussi, à se soigner en silence.

C'est alors qu'on eut recours aux menaces dans certains endroits. Il y eut d'abord des dénonciations, puis des contestations du diagnostic porté par le médecin. M. Monod, l'ancien directeur de l'Assistance et de l'hygiène publiques, proféra dans un discours resté célèbre à l'Académie de Médecine, des menaces contre les médecins qui n'obéiraient pas à la loi ; il agita même le spectre des peines correctionnelles. De partout s'élevèrent des protestations et les Syndicats firent valoir les revendications du corps médical et leurs désirs.

C'est ce qu'exprimait, par ces lignes, le *Concours médical*, le 4 mars 1906, après un compte rendu de la manifestation de reconnaissance dont le corps médical belge avait récompensé le directeur de l'hygiène en Belgique.

« La fête dont nous venons de parler, nous a rappelé la cordiale bonne grâce de M. Mirman, venant prendre contact avec le corps médical français au banquet du « Concours médical », qui réunissait en novembre dernier, les représentants de toutes nos Associations. Pourquoi ne pas rêver pour le laborieux et dévoué directeur de l'hygiène en France, d'une carrière administrative au cours de laquelle le médecin venait enfin reconnaître des droits dans toutes les organisations sociales et qui donnerait lieu quelque jour à une manifestation analogue à celle que le corps médical belge vient de faire en l'honneur de celui qui représente ses intérêts dans.... l'Administration. »

Eh bien ! ce rêve nous paraît sur le point de se réaliser. C'est sous la forme d'un toast, à l'issue du banquet de l'Assemblée générale du « Concours », et du « Sou médical », du 17 novembre 1907, que M. Mirman est venu apporter la bonne parole. Et nous ne pouvons mieux faire que de reproduire ici le compte rendu de ce discours mémorable.

« Comme les années précédentes, les praticiens réunis au banquet ont été honorés de la présence parmi eux de M. Mirman, le très dévoué et très distingué directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques au ministre de l'Intérieur.

Il prononça, en manière de toast, une allocution qui prend, des circonstances qui la provoquèrent, une importance capitale. Elle marquera une date dans l'histoire de la profession, et ouvre des aperçus nouveaux au point de vue du rôle social que nos groupements organisés, légalement reconnus, officiellement consultés, sont désormais appelés à jouer. Prononcées en présence de représentants qualifiés de l' « Association générale des Médecins de France, de l' « Union des Syndicats médicaux », du *Concours médical*, et à l'occasion de de la réunion annuelle des mandataires autorisés de nos grands groupements corporatifs, elle ouvre une ère nouvelle, féconde en résultats heureux et prochains. La collaboration loyale de tous les praticiens et de l'administration facilitera la grande tâche d'organisation des services de médecine so-

ciale, rendus nécessaires par l'évolution des idées et des mœurs. La loi du 15 juillet 1902, dont chacun réclame l'application intégrale, n'est qu'une manifestation législative de cette évolution ; grâce à une nouvelle « entente cordiale » des médecins et des pouvoirs publics, les dernières difficultés que pouvaient soulever l'*article* 5 (1), sont à la veille d'être aplanies, une modification heureuse de cet article devant être proposée par le gouvernement lui-même à la sanction parlementaire.

Il est deux questions, intéressant les médecins, et qui, depuis longtemps, sont l'objet de leur doléances et de leurs réclamations.

La première intéresse particulièrement ceux d'entre les praticiens qui sont pourvus d'un service d'hôpital de médecine et de chirurgie.

L'opinion médicale s'est émue en ces temps derniers de faits rares, il faut le constater, de révocations jugées arbitraires par les intéressés, et prononcées par les commissions administratives des hôpitaux et hospices. Les préfets, jusqu'à présent, ne faisaient qu'approuver, que contresigner les délibérations prononçant ces révocations. Désormais, et une circulaire sera envoyée aux préfets à ce sujet, le dossier complet devra être transmis à l'administration centrale, qui sera juge de l'approbation de ces décisions.

La seconde question intéresse tous les praticiens.

L'article V de la loi du 15 juillet 1902 a soulevé dans le corps médical d'unanimes protestations. Il tend, en effet, à charger seul le médecin, de la déclaration, lui faisant divulguer ce qu'il a pu apprendre dans l'exercice de sa profession.

Assimilant, toutes choses égales d'ailleurs, l'obligation de déclarer l'apparition d'une des maladies transmissibles visées par la loi, à l'obligation de déclarer, dans certaines circonstances, les naissances auxquelles l'homme de l'art a assisté, contre laquelle aucune conscience médicale ne s'est inscrite, et qui dure depuis la date de promulgation du code civil, le directeur de l'hygiène et de l'assistance sociales est venu annoncer qu'un projet de modification de cet article V serait déposé sous peu par le gouvernement pour consacrer cette analogie.

L'initiative gouvernementale présentera au Parlement une proposition dont le texte n'est pas définitivement arrêté, mais dont voici les lignes essentielles.

L'obligation de la déclaration des maladies transmissibles, énumérées par le décret spécial, serait imposée en première ligne au chef de famille ou autre personne légalement responsable, et *à défaut* au médecin traitant.

A cet effet, ce dernier, dès que son diagnostic d'une maladie transmissible serait établi, devrait remettre à la personne intéressée une note écrite, comportant la déclaration de cette maladie à l'autorité compétente. Cette dernière aviserait d'urgence le médecin traitant de la réception de cette note ; que si, dans un délai à déterminer, le médecin ne recevait pas cet avis, s'il était ainsi établi que la personne d'abord responsable s'est refusée à faire son devoir, il aurait l'obligation de faire lui-même la déclaration. Ainsi, pourrait être pratiquement réalisée une disposition législative rendant responsable de la déclaration *d'abord le père de famille et à défaut le médecin.*

(1) Art. 5. — La déclaration à l'autorité publique de tout cas de l'une des maladies visées à l'article 4 est obligatoire pour tout docteur en médecine, officier de santé ou sage-femme qui en constate l'existence. Un arrêté du Ministre de l'Intérieur, après un avis de l'Académie de médecine et du Comité consultatif d'hygiène publique de France, fixe le mode de la déclaration.

M. le Président du Conseil a autorisé M. le Directeur de l'Hygiène et de l'Assistance publique à faire connaître au corps médical ces intentions du gouvernement. Mais le gouvernement estime qu'il ne peut demander au Parlement une telle modification que s'il devait être assuré qu'elle mettra fin à toutes les difficultés soulevées par les médecins, qu'elle sera la base d'un accord loyal et définitif, qu'elle déterminera la collaboration cordiale et librement consentie de tous les médecins de France. *Il appartient aux grands groupements corporatifs dont le gouvernement demandera très prochainement la précieuse collaboration pour mettre au point ce projet, de coopérer à cette entente,* et il leur appartiendra dans l'avenir d'user de leur influence morale pour assurer le concours des médecins à l'application intégrale de la loi de 1902. (*Applaudissements et bans.*)

Ces déclarations toutes spontanées et inattendues de M. le Directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques provoquèrent dans la salle une émotion légitime et profonde, et M. Gairal, président de l'Union des Syndicats médicaux de France, se fit l'interprète de la satisfaction générale, en exprimant au représentant si autorisé du gouvernement que la collaboration du praticien était acquise, sans défaillance, aux pouvoirs publics. Leur confiance sera bien placée et nul ne songera à la trahir. Il exprime la gratitude unanime à M. le Président du Conseil, dont l'esprit d'initiative féconde veut confier aux citoyens les plus qualifiés pour le faire, ainsi qu'à M. le Directeur de l'Assistance et de l'Hygiène Publiques, dont tout le monde se rappelle la haute compétence et la sereine impartialité alors qu'il présidait la commission des accidents du travail, une collaboration active destinée à assurer le bon fonctionnement d'une loi dont personne ne songe à diminuer la haute portée sociale, mais que, bien au contraire, les médecins considèrent comme une œuvre de prospérité nationale par excellence. (*Applaudissements répétés*).

Les membres du parlement présents au banquet, docteurs Reymond, Pedebidou et Dubuisson, promettent, aux applaudissements de l'Assemblée, d'associer leurs efforts et de coopérer au vote de cet article, qui donne une légitime satisfaction aux praticiens français. »

Voici donc une ère nouvelle qui commence pour les Syndicats médicaux. Grâce à son contact constant avec toutes les classes de la société, grâce à sa connaissance approfondie de la vie et des besoins des classes laborieuses, le médecin est appelé, qu'il le veuille ou non, à jouer un rôle prépondérant dans l'application des lois sociales imposées par l'évolution politique et économique.

Le Gouvernement a besoin d'un intermédiaire entre le public et lui. N'est-ce pas là un rôle tout tracé pour nos groupements ? Et n'est-il pas permis d'espérer, maintenant, qu'ils vont devenir, le trait d'union nécessaire entre les pouvoirs publics et la nation, rôle auquel les destinent et la science et le caractère de la profession de leurs membres.

« Ainsi, marche toute œuvre de progrès grâce à la ténacité des apôtres qu'elle rencontre, combattue par toutes les routines, par les mesquines considérations de personnes ou d'intérêts particulier par les quiétudes qu'elle trouble, par les calculs qu'elle menace, elle tire parti même de ses échecs, grandit en s'élevant sur les résistances qu'on lui suscite et arrive à s'imposer par les services rendus, par la grandeur de la cause qu'elle représente par les promesses qu'elle réalise, par les espérances qu'elle fait naître. (Dr Gassot).

CONCLUSIONS

De cette rapide enquête sur l'évolution des Syndicats médicaux, qu'allons-nous conclure ? Nous pouvons en tirer des principes catégoriques.

1° Sous la poussée de l'évolution actuelle, la nécessité de l'union s'impose et l'affiliation au syndicat devient, pour le médecin, un devoir de plus en plus impérieux ;

2° Ce qui s'impose aussi, c'est la discipline, la loyauté, la conformité des actes aux paroles et aux engagements, l'abandon des privilèges sur l'autel de la solidarité générale. D'où la nécessité de doter chaque groupement d'un pacte égalitaire et inviolable, sauvegardé par des sanctions.

3° Il faut enfin réunir toutes ces énergies, toutes ces volontés, fortes parce que disciplinées, en Fédérations régionales puissantes, branches vivaces et fécondes d'un arbre vigoureux et fort par excellence, l'Union centrale des Syndicats médicaux de France.

Ainsi unis, ainsi groupés, nous conserverons dans la société moderne, la place à laquelle nous avons droit. A l'abri des soucis matériels de l'existence, nous reprendrons et notre *dignité et l'influence* que notre profession nous permet d'acquérir. C'est alors que, fiers et forts de la confiance publique, nous pourrons prendre une part efficace au grand travail d'amélioration sociale à l'élaboration duquel les pouvoirs publics semblent nous convier aujourd'hui.

Redevenons aussi médecins de famille, comme nos pères, dont les malades devenaient des amis.

Mais n'oublions pas que, pour arriver à ce noble but, l'union et la concorde sont les seuls moyens. C'est par le Syndicalisme que nous avons conquis l'indépendance, c'est par lui que nous reconquerrons l'honneur et la récompense des vérités et des bienfaits que, depuis un siècle, le corps médical sème à pleines mains.

Ayons le souci de l'avenir dès notre jeunesse ; que les étudiants fassent leur éducation pratique dans des Associations corporatives pour que, imbus de l'esprit nouveau, ils donnent aux Syndicats médicaux l'élan général qu'il leur faut pour mener à bien la tâche qu'ils se sont imposée. Et le jour où nos desiderata légitimes seront réalisés, ceux qui seront capables de juger les efforts que nécessite une transformation sérieuse dans notre société reconnaîtront le mérite de ces petits médecins qui, avec Cézilly, ont donné le branle à la *lourde machine médicale* et l'ont poussée d'un mouvement uniformément accéléré sur la pente du progrès social ». (Dr Noir).

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

Office central pour la répression de l'exercice illégal de la médecine.

La séance est ouverte à 5 heures, sous la présidence de M. Lereboullet, membre de l'Académie de Médecine.

Assistaient à cette séance :

M. le docteur Duchesne et Me Rocher, avocat à la Cour, vice-présidents.

M. le docteur Levassort, secrétaire général, et Me Bruno-Dubron, secrétaire général adjoint.

M. le docteur Gouffier, trésorier.

MM. les docteurs Philippeau, Dignat, Sentourens, Henri Martin, Lièvre, et Darras, invité.

Excusé : M. le docteur Proby, vice-président du Syndicat des Médecins du Rhône.

M. le Président donne la parole à M. Levassort et l'invite à rendre compte des affaires dont l'Office central s'est occupé depuis la dernière réunion qui s'est tenue fin 1907.

Correspondance : M. Levassort donne connaissance des lettres suivantes qu'il a reçues :

1° Du docteur Sexe, de Besançon, demandant des renseignements et des textes de jugements pouvant être utilisés par l'avocat de son syndicat dans une affaire concernant un masseur.

Il y a deux chefs principaux retenus :

Blessures par imprudence et exercice illégal de la médecine.

Nous avons expédié d'urgence à notre confrère deux jugements et les volumes du Congrès.

2° Du docteur Chevillot, de Pont-l'Evêque, concernant une officine d'avortement.

3° Du docteur Mouras, de Nouzon (Ardennes), concernant l'Institut dit de : « Régénération médicale ».

4° Du docteur Pellereau, visant une matrone qui se livre à l'art des accouchements.

Du docteur M...., qui signale un pharmacien de sa localité comme visitant ses clients et donnant des consultations médicales. Une plainte accompagnée de la liste des personnes soignées par ce pharmacien a été adressée au Procureur de la République.

5° De Me Maurice Gourdet, avocat au barreau de Saint-Brieuc, qui désire connaître la procédure à suivre contre un pharmacien d'un hameau voisin ayant donné des soins médicaux à une femme pour un phlegmon à la main.

Syndicat médical de Paris.

En vue d'aplanir les difficultés qui peuvent naître par suite de la coexistence de deux groupements poursuivant le même but, M. Levassort a écrit à M. Descoust, président du Syndicat des Médecins de Paris, la lettre suivante :

M. le Président et très honoré confrère,

« Je viens de lire dans le *Bulletin médical* que « lors de l'Assemblée générale du Syndicat médical de Paris, diverses commissions avaient « été nommées, et au nombre de celles-ci je vois « que l'exercice illégal est représenté par notre « confrère d'Ayrenx comme secrétaire.

« Ce n'est point comme membre du conseil « d'administration du Syndicat des Médecins de « la Seine, spécialement chargé de la répression « de l'exercice illégal, que je vous écris aujour- « d'hui, mais comme secrétaire de l'Office central.

« Il y a tout intérêt à coordonner nos efforts, « et je ne fais que m'inspirer du but jusqu'ici « poursuivi en venant vous assurer de mon dé- « sir d'être utile à tous.

« A Paris, en particulier, il serait désastreux « de transporter au Palais le spectacle de notre « petite rivalité, nous nous exposerions à de « sévères remontrances, si le hasard voulait que « deux plaintes fussent déposées pour le même « fait, entraînant la constitution de deux par- « ties civiles. On trouverait excessif d'infliger « une double amende et doubles dommages-inté- « rêts à un accusé qui n'a pu que nuire au corps « médical, sans distinction du syndicat A ou du « syndicat B.

« J'ajoute que la tâche de notre confrère d'Ay-

« renx se trouvera grandement facilitée par les « documents, fiches et dossiers que possède l'Office, et où il puisera les renseignements que « nous avons recueillis. »

Veuillez agréer, etc...

Cette lettre a reçu la réponse suivante :

M. le Secrétaire général de l'Office central pour la répression de l'exercice illégal de la Médecine, et très honoré confrère,

« Je vous accuse réception de votre lettre du 24 « février, et vous remercie vivement de la pro- « position que vous faites de mettre à notre dis- « position, chaque fois que nous pourrons en « avoir besoin, les documents, fiches et dossiers « que possède l'Office central.

« Il y a en effet, tout intérêt à coordonner nos « efforts pour tâcher de supprimer les parasites « de la profession. »

Veuillez agréer, etc..

Dr De Pradel.

La situation matérielle du médecin et les lois nouvelles.

M. Levassort fait connaître qu'ayant lu dans une publication médicale un compte rendu fort élogieux d'une thèse de doctorat en médecine intitulée : « Le médecin et les lois nouvelles », il a demandé à son auteur, M. le docteur Chopinet de Béthisy-Saint-Pierre (Oise), s'il ne lui serait pas possible d'en mettre un exemplaire à sa disposition, pour venir augmenter notre bibliothèque spéciale.

M. le docteur Chopinet s'est empressé de déférer à son désir. Nous pourrons y puiser, si besoin est, des renseignements utiles concernant les règles qui régissent l'exercice de notre profession.

Les sérums.

M. Levassort continue par la lecture d'une lettre d'un huissier lui demandant les moyens répressifs à employer à l'égard d'un sieur C..., inventeur d'un sérum contre la syphilis, dont celui-ci fait l'application moyennant un prix de cent francs.

La question des sérums, fait remarquer M. Levassort, est l'objet d'une réglementation toute spéciale ; elle est uniquement régie par le décret-loi du 25 avril 1895, dont l'article 1er est ainsi conçu :

« Art. 1er. — Les virus atténués, sérums thé- « rapeutiques, toxines modifiées et produits « analogues pouvant servir à la prophylaxie et « la thérapeutique des maladies contagieuses, et « les substances injectables d'origine organique « non définies chimiquement, appliquées au « traitement des affections aiguës ou chroni- « ques, ne pourront être débitées à titre gratuit « ou onéreux qu'autant qu'ils auront été, au « point de vue soit de la fabrication, soit de la « provenance, l'objet d'une autorisation du « gouvernement rendue après avis du Comité su- « périeur d'hygiène publique de France et de « l'Académie de Médecine.

« Ces produits ne bénéficieront que d'une auto- « risation temporaire et révocable, ils seront « soumis à une inspection exercée par une commis- « sion nommée par le ministre compétent. »

Néanmoins il y a lieu de se demander si le fait d'appeler sérum un médicament quelconque ne pourrait pas créer une source de confusion avec les sérums reconnus par l'Académie de médecine. A ce sujet, M. Levassort a écrit au président du syndicat des Pharmaciens la lettre suivante :

Monsieur le Président,

« Permettez-moi d'appeler votre attention « sur l'abus qui est fait depuis quelques années du « mot sérum, qui sert à désigner des produits « fort divers. Cette question est de nature à inté- « resser tout à la fois les pharmaciens et les « médecins.

« La fabrication et la vente des sérums ont « été réglementées ; et cependant, nous voyons « chaque jour une circulaire ou une réclame van- « ter le mérite du sérum *antituberculeux, anti-* « *diabétique, antisyphilitique,* ou même *capillaire.*

« De deux choses l'une : ou il s'agit d'un sé- « rum véritable, tel que semble le définir le rè- « glement susvisé, et alors les précautions exi- « gées pour la fabrication et la mise en vente « n'ont pas été prises ; ou bien ce soi-disant sé- « rum n'est qu'un produit banal, ou même de « l'eau salée, comme le sérum marin ; et l'on « peut envisager l'escroquerie, tout au moins la « tromperie sur la qualité de la marchandise « vendue.

« Quoi qu'il en soit, il paraît nécessaire d'arrê- « ter l'élan des inventeurs et de chercher les « moyens de prévenir le public contre l'abus d'un « nom qui laisse supposer un contrôle adminis- « tratif sérieux.

« Si vous estimez, Monsieur le Président, que « cette question doive être examinée, si même « vous considérez comme indispensable de fixer « la jurisprudence à cet égard, notre office, et au « besoin notre Syndicat marcheraient volontiers « d'accord avec vous pour poursuivre une es- « pèce semblant favorable. »

Voici la réponse que M. Beytoux, président du Syndicat des Pharmaciens, a fait parvenir :

Monsieur le docteur,

« Vous avez bien voulu attirer notre attention « sur l'abus qui est fait du mot « *sérum* », le- « quel sert actuellement à désigner les produits « les plus divers ».

« Nous déplorons avec vous cet abus véritable- « ment excessif, mais nous n'avons malheureu- « sement aucune arme pour le combattre.

« La loi du 25 avril 1895 ne s'applique qu'aux « produits destinés à la prophylaxie et au traite- « ment des *maladies contagieuses* et aux substan- « ces injectables *d'origine organique* : quant à la loi « sur les fraudes elle n'est pas encore applicable « en matière de médicament.

« Nous ne sommes donc pas en mesure, pour le « moment, de profiter de l'aimable concours que « vous nous avez offert, concours dont nous se- « rons toujours heureux de profiter dans l'intérêt « des professions médicale et pharmaceutique ».

Veuillez agréer, etc...

A la suite de cet exposé, M. le docteur Henri Martin fait connaître qu'il assistait à la séance où il fut donné lecture de la lettre de M. Levassort, mais que l'état actuel de la question ne permet de prendre aucune décision répressive.

Démarche auprès de M. le directeur des affaires criminelles et des grâces.

M. le Président du Syndicat des Chirurgiens dentistes de France a écrit au secrétaire de l'Office en le priant de vouloir bien accompagner une délégation chargée de se rendre auprès du directeur des affaires criminelles et des grâces au ministère de la Justice, qui avait bien voulu lui accorder une audience. Cette audience avait pour but d'obtenir que les Parquets de Paris ou de province prennent mieux en considération les plaintes formulées par les syndicats en matière d'exercice illégal.

Après avoir sollicité l'avis de M. Lereboullet et de M. le docteur Philippeau, président du Syndicat des Médecins de la Seine, qui se sont montrés partisans de cette démarche, M. Levassort s'est joint à la délégation, qui a été reçue par M. Tissier. Nous lui avons exposé, dit-il, l'objet de notre démarche, et pour ma part, j'ai insisté sur ce fait que beaucoup de syndicats s'étonnaient de voir leurs plaintes classées sans suite par le parquet, M. Tissier nous a demandé de lui remettre une liste des affaires de ce genre. J'ai fait préparer cette liste, sur laquelle figure notamment l'affaire Maclaughlin, l'inventeur de la fameuse ceinture Électro-Vigueur, dont les annonces de journaux vantent tous les jours les mérites miraculeux.

Or, cette affaire, qui a fait l'objet d'une plainte déposée en 1906 par le Syndicat des Médecins de la Seine, est toujours à l'instruction(1).

Monsieur Levassort parle ensuite du cabinet médical de la rue de Cléry, désigné sous le nom d'Etablissement de Thérapeutique Médicale Internationale », lequel a donné lieu à des plaintes de confrères. Les Directeurs de cet établissement affichent, en effet, sur les murs de Paris des milliers de placards *dépourvus de timbre*, et dans lesquels on proclame la guérison rapide de la tuberculose, du cancer, de l'avarie, etc.

Les plaignants s'étonnent qu'on puisse impunément procéder à cet affichage qui attire chaque jour au cabinet médical bon nombre de malades.

Or, les moyens de répression nous manquent. Un certain nombre de contraventions (35 ou 40) ont été dressées, c'est vrai, contre les auteurs de ces placards, mais elles n'ont été suivies d'aucune sanction.

J'ai pensé, ajoute M. Levassort, que la Direction de l'Enregistrement pourrait nous seconder et j'ai fait faire des démarches auprès d'elle. Un sous-inspecteur de l'Enregistrement est venu me rendre visite, et m'a donné verbalement les renseignements les plus circonstanciés en cette matière ; sur ma demande, il a bien voulu m'adresser une note sur la législation en vigueur. Cette note a paru dans le *Bulletin du Syndicat des Médecins de la Seine.*

Voici d'ailleurs le texte de cette note :

Timbres des affiches

§ 1er. — CONTRAVENTIONS, PÉNALITÉS, POURSUITES

Poursuites concernant l'Administration de l'Enregistrement.

L'auteur d'une affiche non timbrée encourt une amende de 25 francs, aux termes de l'article 69 de la loi du 25 avril 1816, modifié, quant à la quotité de la pénalité, par l'article 10 de la loi du 16 juin 1821.

Cette amende est également applicable, qu'il s'agisse d'une affiche manuscrite ou d'une affiche imprimée.

D'après une jurisprudence constante, il est admis que la personne qui profite de l'affiche est présumée en être l'auteur, et que c'est contre elle que les poursuites doivent être dirigées.

Lorsqu'il s'agit d'affiches *imprimées*, il n'est dû qu'une amende de 25 francs, *quelle que soit la quantité d'exemplaires en contravention*, à moins qu'il n'y ait eu des tirages distincts ou des affichages successifs. (Décisions ministérielles des 15 janvier 1818 et 16 juin 1842.)

Sous l'empire de la législation antérieure à la loi du 28 décembre 1895, l'imprimeur était responsable des contraventions commises, dans tous les cas, même lorsqu'il y était étranger. L'article 10 de cette dernière loi a eu pour objet de mettre fin à cette situation anormale. Désormais, l'imprimeur n'est passible de l'amende de 62 fr. 50, édictée spécialement contre lui par l'article 69 de la loi du 28 avril 1816, que lorsque la contravention lui est personnellement imputable.

Il ne saurait plus en être ainsi que dans le cas où l'imprimeur serait en même temps l'auteur ou si l'affiche imprimée avait été revêtue par lui de timbres ayant déjà servi, ou apposés ou oblitérés sans l'accomplissement des formalités prescrites, cette affiche étant alors considérée comme non timbrée.

En dehors de ces cas, l'imprimeur n'est passible d'aucune amende fiscale.

§ 2. — CONTRAVENTIONS DE SIMPLE POLICE.

Poursuites à la requête du Ministère Public.

I. *Imprimeurs.* — Indépendamment des amendes fiscales qui peuvent leur incomber, les imprimeurs sont frappés d'amendes de simple police en vertu de la loi du 27 juillet 1881 sur la presse, s'ils omettent d'inscrire sur les affiches leur nom et leur domicile.

Les articles 2 et 15 § 3, punissent les contraventions d'une amende de cinq à quinze francs, et la peine d'emprisonnement peut être prononcée si, dans les douze mois précédents, l'imprimeur a été condamné pour contravention de même nature.

II. — *Afficheurs.* — L'article 69 de la loi du 28 avril 1816 frappe l'afficheur, convaincu d'avoir apposé des affiches non timbrées, d'amendes de simple police déterminées par l'article 474 du Code pénal.

En résumé, un individu peut apposer un nombre considérable d'affiches non timbrées ; il n'est dû qu'une seule amende de 25 francs, si ces affiches proviennent d'un même tirage, et si elles ont toutes été apposées en même temps.

Si l'auteur des affiches est insolvable, l'administration est totalement désarmée. Quant aux peines de simple police dont il est question d'autre part, c'est à la Préfecture et au Parquet d'en poursuivre l'application.

En outre, aux termes de l'article 56 de la loi du 9 vendémiaire an VI (toujours en vigueur, mais rarement appliquée)., les *objets en contravention doivent être lacérés.*

Un des membres présent pose alors la question suviante :

N'aurions-nous pas le droit de lacérer les affiches nous-mêmes ?

Me Rocher montre les dangers auxquels on s'exposerait en lacérant les affiches et donne à cette occasion quelques exemples qui sont de nature à nous rendre prudents.

Me Bruno-Dubron prend alors la parole.

Il me semble, dit-il, que le texte donné par l'Administration est vrai en thèse générale. Cependant, je crois devoir faire des réserves. On parle de l'amende encourue par les contrevenants. Or, indépendamment de l'amende, il y a le droit de timbre. Les contrevenants sont passibles d'une amende de vingt-cinq francs, et redevables en outre du droit de timbre qui n'a pas été acquitté, pour chacune des affiches posées. Mais il faut savoir combien on a fait poser d'affiches.

M. Levassort répond qu'en fait, les nombreuses contraventions relevées par les agents sont restées sans résultat, et que d'autre part, l'Administration des Domaines semble se désintéresser de la question, la plupart des contre-

(1) Il convient toutefois de faire connaître que cette affaire vient d'entrer dans une nouvelle phase. Un nouveau juge d'instruction a été chargé du dossier et une saisie a été opérée au siège social ; de nombreux documents et pièces à conviction ont été rapportés, et il y a tout lieu de penser que dans un délai rapproché, cette affaire recevra une solution.

venants connaissant l'art de se rendre insolvables. — En droit, on pourrait arriver à mettre en pratique les moyens indiqués par Me Bruno-Dubron, mais il faut craindre les frais qui seraient occasionnés par de telles poursuites.

En résumé, la question reste ouverte.

A la suite, de cette discussion, M. Levassort énumère rapidement les 28 affaires dont l'Office Central s'est occupé depuis le mois de décembre dernier.

Actions en cours. — 1° Affaire A. — Polyclinique rue de T...., au siège d'une association départementale. — Cet établissement est dirigé par un sieur A... qui n'a pas encore passé ses examens et exerce par conséquent illégalement la médecine.

L'affaire a été classée sans suite : pas de plaignants, pas de témoins.

2° B. — Il s'agit de l'Institut de Thérapeutique médicale Internationale, dont il est parlé plus haut et qui paraît exploité dans des conditions irrégulières par des médecins associés à des personnes dépourvues de diplôme.

Le Parquet est saisi depuis fin janvier dernier d'une procédure transmise par la Préfecture, à qui nous avions adressé une plainte. Le dossier est entre les mains de M. Flory.

3° Affaire B. — Cette affaire concerne un menuisier qui se livre ouvertement à l'exercice de la médecine, il a soigné notamment, pour un épithélioma du sein, une dame M... qui est morte après six mois de traitement

Le fils de la défunte a porté plainte directement au Parquet contre le susnommé. L'affaire suit son cours.

4° Affaire Bl. — Il s'agit d'un monsieur qui se dit Directeur de la Société Préventive des Maladies de la race humaine et qui, d'après les renseignements fournis par un de nos confrères, traiterait les affections cancéreuses. Plainte a été portée contre lui devant la Préfecture ; celle-ci a transmis récemment une procédure au Parquet. Une saisie vient d'être opérée.

5° Affaire Ch... — Cette affaire concerne le pharmacien inventeur d'un sérum antisyphilitique dont il a été parlé plus haut. Il est difficile, en l'état actuel de la législation, de le faire poursuivre. Nous exerçons néanmoins une surveillance, pour le cas où il soignerait lui-même des personnes en leur appliquant son traitement.

6° Affaire G... — L'affaire a trait d'un individu qui fabrique, prescrit et vend un bouillon de son invention, auquel il attribue la propriété de guérir la tuberculose. G... a été condamné par jugement du tribunal correctionnel de la Seine, en date du 7 mai 1906, à 500 francs d'amende et 500 fr. de dommages-intérêts envers notre syndicat, jugement confirmé, par arrêt de la Cour d'appel du 19 octobre suivant. Il a fait opposition à cet arrêt, mais a été débouté. Enfin, il s'est pourvu en cassation et son pourvoi a été rejeté. Il ne nous a pas été possible jusqu'ici de recouvrer un centime sur le montant des dommages-intérêts encourus par le sieur G... qui s'est moqué du Syndicat et de la Justice.

Nous avons même usé de tous les moyens légaux pour lui faire appliquer la contrainte par corps et pour le faire saisir. G... s'est fait déclarer en faillite, ce qui suspend la contrainte par corps ; il est séparé de biens, se dit malade, et le médecin expert commis par le parquet pour l'examiner, n'a jamais pu le rencontrer. J'ai signalé cette affaire au Directeur des Affaires criminelles et des Grâces, en lui faisant connaître qu'une demande de renseignements remise au parquet n'avait pu recevoir son effet.

7° Institut de la Surdité. — Cet établissement nous a été signalé par un confrère de province, comme étant exploité illégalement. La Préfecture a classé notre plainte, parce qu'un docteur donne des consultations à cette adresse.

8° Affaire Dame L... — Cette personne, qui exerce illégalement la médecine et la pharmacie et n'a même pas le diplôme d'herboriste, vient d'être condamnée à 500 fr. d'amende pour exercice illégal de la médecine, 500 fr. d'amende pour exercice illégal de la pharmacie, et à un double dommages-intérêts de 500 fr. envers les deux syndicats.

Cette condamnation est la 17e encourue.

9° Affaire L... — Cette dame est sage-femme et veuve d'un docteur, mort il y a 17 ans ; elle vendait des plaques métalliques qui guérissaient tout. Un docteur en médecine, élève de la méthode est attaché à son cabinet médical. Madame L... avait rendu jadis visite au docteur Brouardel pour lui proposer de faire don au corps médical de la découverte de son mari, sans obtenir satisfaction, bien entendu.

Or, cette dame a été condamnée à 300 fr. d'amende pour exercice illégal de la médecine, et 300 fr. de dommages-intérêts envers le Syndicat qui s'était porté partie civile ; elle a fait appel du jugement.

10° Affaire M... — Elle concerne un ancien garçon coiffeur, sujet autrichien, signalé comme exerçant illégalement la médecine.

La Préfecture de police saisie d'une plainte, l'a classée, M... ne se livrant qu'au massage.

11° Affaire M... — Il s'agit d'un pharmacien qui avait soigné un ouvrier pour une blennorrhagie et lui avait délivré des médicaments.

M..., qui possède en même temps que le diplôme de pharmacien celui de Docteur en Pharmacie, se prévaut de ce dernier titre universitaire pour faire croire au public qu'il est docteur en médecine.

On relève en effet sur la porte de son officine la mention suivante : Docteur M... et sur la façade latérale cette autre dénomination : M. Pharmacien-Docteur de l'Université de Paris.

Le Parquet a suivi l'affaire et M. M... a été condamné pour exercice illégal à 200 fr. d'amende et 100 fr. de dommages-intérêts.

M. Levassort dit qu'il aurait voulu faire trancher la question de l'usurpation du titre de docteur, de manière à dissiper désormais toute équivoque dans l'esprit du public.

L'Association des Docteurs en Pharmacie partage notre manière de voir à ce sujet et voici l'ordre du jour qu'elle a voté dans sa séance du 20 mars 1908.

« L'Association repousse toute solidarité avec « les Docteurs en Pharmacie qui chercheraient « à établir une confusion entre leur titre et ce« lui de médecin et qui aggraveraient encore cette « situation en faisant de l'exercice illégal de la « médecine ».

Malheureusement au cours de la procédure engagée, le juge d'instruction n'a pas retenu le deuxième grief reproché à M...

12° Affaire Z... — Ce monsieur est un sujet grec donnant des consultations à la clinique du Docteur M..., bien qu'étant dépourvu du diplôme de médecin français. Il a été condamné par jugement du tribunal correctionnel de la Seine à 200 fr. d'amende. Notre Syndicat ne s'était pas porté partie civile.

13° Affaire Sch.... — Il s'agit d'un masseur qui est en même temps directeur d'un journal intitulé : « La Ligue antialcoolique ». Plusieurs docteurs sont attachés à sa clinique. Condamné par le tribunal correctionnel à 200 fr. d'amende

et 200 fr. de dommages-intérêts. Confirmation en appel. Pourvoi en cassation.

14° Affaire de l'abbé M... — Ce monsieur est un prêtre habitant le département des Vosges. Il vient chaque semaine à Paris soigner des malades à l'aide de massage, selon la méthode Kneipp. Il a été condamné l'année dernière à 100 fr. d'amende et 100 fr. de dommages-intérêts envers le Syndicat. Il est de nouveau poursuivi pour exercice illégal de la médecine.

15° Affaire H. — Cette affaire concernait un Américain préconisant par des annonces-réclames le traitement mécanique de l'impuissance à l'aide d'un appareil de son invention.

La plainte adressée à la Préfecture est devenue sans objet, l'établissement du pseudo-docteur H... étant aujourd'hui fermé.

16° Affaire U... — Institut dit « Universel » où l'on traite les malades par correspondance. Plainte a été adressée à la Préfecture.

17° Affaire L... — Il s'agissait d'un Institut Électro-thérapique, qui a cessé de fonctionner.

18° Affaire L... — Institut où l'on traite par correspondance les personnes atteintes d'hémorroïdes.

La Préfecture est saisie de notre plainte.

19° Affaire demoiselle M... — Il s'agit d'une personne qui, sous le couvert du massage, exercerait illégalement la médecine.

Nous l'avons signalée à la Préfecture.

20° Affaire M... — Traitement par correspondance et vente d'une ceinture Électro-Vigueur. (J'ai exposé plus haut les diverses phases de cette affaire) ?

21° Affaire Thér. — Elle nous a été signalée par les médecins des Quinze-Vingts ; elle a trait à une association de commerçants qui mettent en vente un instrument d'optique contre la myopie. L'un de ces commerçants a été seul condamné le 27 février dernier pour exercice illégal de la pharmacie. Ni le syndicat des médecins, ni celui des pharmaciens ne s'étaient portés partie civile, la procédure n'ayant été faite que sommairement.

22° Affaire L et J.— Les deux personnes visées sous ces initiales sont un pharmacien et un individu non pharmacien, associés pour l'exploitation d'un cabinet médical. Ils exercent la médecine et la pharmacie par correspondance et sont poursuivis pour avoir prescrit et vendu des remèdes abortifs. Les deux syndicats se portent partie civile. L'affaire a déjà été plaidée ces jours-ci et a été renvoyée au 4 juin pour plaidoirie du défenseur et jugement.

23 et 24°.— Affaire Sch et T. — Il s'agit de deux faux-dentistes qui nous ont été signalés par des confrères de province.

Le syndicat des chirurgiens-dentistes de France va porter une plainte contre ces deux individus devant le Procureur de la République.

25° Affaire P... — Cette affaire concerne un pseudo-pharmacien, poursuivi à la requête d'une femme à qui il avait prescrit des médicaments ayant déterminé une vive poussée d'eczéma : il vient d'être condamné à 500 fr. d'amende pour exercice illégal de la médecine. Nous n'avions pas cru devoir nous porter partie civile.

26° Affaire Th et B. — Il s'agit d'une sage-femme et d'un herboriste, condamnés ces jours-ci à 500 fr. d'amende chacun, et solidairement à 1000 fr. de dommages-intérêts envers le Syndicat, pour avoir prescrit et vendu des remèdes secrets en vue de l'avortement.

27° Affaire Docteur G... — Annonce d'un traitement pour la guérison des retards.

La Préfecture a invité l'École de Pharmacie à saisir dans toutes officines de pharmacien le produit de ce docteur, au cours des visites générales.

28°. — Affaire V. — Il s'agit de l'envoi d'une brochure annonçant un traitement analogue au précédent.

La Préfecture a été saisie de cette brochure aux fins d'enquête.

Après l'exposé de cette nomenclature, M. Levassort croit devoir ajouter :

« Si je vous ai donné cette énonciation un peu longue, c'est pour vous prouver que l'Office a fait montre d'une réelle activité en ces derniers temps. » Plusieurs syndicats de province ont bien voulu témoigner de l'intérêt qu'ils portent à l'Office en m'adressant chacun une cotisation de dix francs. »

Sur la proposition de M. le Président, les Membres présents ont, à l'unanimité, voté des remerciements et des félicitations à M. Levassort pour l'activité qu'il déploie dans l'œuvre de répression de l'exercice illégal de la Médecine.

M. le docteur Gouffier donne ensuite lecture de son rapport sur sa gestion financière pendant l'exercice écoulé ; il demande qu'on nomme une commission chargée de vérifier ses comptes. Son rapport est approuvé séance tenante. Toutefois, M. le Docteur Gouffier exprime le désir d'être relevé de ses fonctions de Trésorier, que ses nombreuses occupations l'empêchent de remplir, laissant à l'assemblée le soin de lui désigner un successeur. Mais sur l'insistance pressante de M. Levassort et de plusieurs autres membres, il consent à conserver provisoirement son mandat jusqu'à la nomination d'un remplaçant. M. le Président propose de voter des remerciements à M. Gouffier pour avoir assumé la lourde charge de Trésorier pendant la période du Congrès pour la Répression de l'Exercice illégal de la Médecine : on donne en même temps pleins pouvoirs à M. Levassort pour lui trouver un remplaçant.

M. Levassort fait connaître que les cotisations du « Sou Médical » et du Syndicat des Médecins de la Seine ne sont pas encore rentrées (1). L'encaissement de ces sommes nous permettrait d'attendre la fin de l'année. Il demande ensuite qu'on l'autorise à publier le résumé des affaires dont l'Office s'est occupé ; mais cette publication ne peut se faire que grâce à l'hospitalité des différents *Bulletins* de nos sociétés. Il y aurait tout intérêt à faire un petit tirage, qui nous amènerait certainement quelques subventions.

Cette proposition est adoptée à l'unanimité.

M. Philippeau dit qu'on pourrait faire payer la composition par différents journaux avec un tirage à part.

M. le Président investit M. Levassort des pouvoirs nécessaires pour la rentrée des cotisations dont il parle, et pour la publication du résumé des travaux de l'Office.

Liste officielle du Corps médical. — Depuis quelques années on s'est préoccupé de l'établissement d'une liste officielle du corps médical français et, de là à dresser un annuaire, il n'y a qu'un pas. Sur cette question se greffe celle de l'authenticité des ordonnances. Une entente n'est possible, en effet, avec les pharmaciens, qu'à la condition de les mettre en mesure de contrôler l'authenticité des ordonnances ; ce qu'ils ne peuvent faire qu'à l'aide d'un annuaire officiel.

L'année dernière, nous avons pu obtenir que les Doyens de Facultés soient autorisés à nous fournir des renseignements au sujet des diplômes de docteur en médecine. C'est ainsi que nous

(1) Elles sont rentrées depuis la réunion de l'Office central.

avons eu l'occasion de correspondre avec la Faculté de Médecine concernant un M. W..., qui n'était pas en règle vis-à-vis de la Faculté.

Depuis lors, l'un des secrétaires du Conseil général de l'Association des Médecins de France, M. le Dr Darras, a fait un travail considérable :

Il a dressé la liste de tous les docteurs en médecine et officiers de santé reçus depuis 1870. Nous devons nous associer aux félicitations qu'il a reçues de tous côtés. Mais il ne suffit pas de posséder cette liste, il s'agit de savoir où exercent les médecins, un certain nombre de confrères ne faisant pas enregistrer leurs diplômes pour des raisons spéciales.

Nous avons reçu ces temps derniers, à l'Union des Syndicats, la visite de confrères qui sont les auteurs d'annuaires médicaux ; ils seraient heureux de se concerter avec nous pour l'établissement de cet annuaire.

Mais avant toute démarche nous avons cru devoir demander à M. le Dr Darras de venir assister à notre réunion.

M. le Président prie M. Darras de vouloir bien donner quelques explications sur son travail, qui permet d'avoir tous les renseignements utiles concernant les diplômes de docteur en médecine et d'officier de santé :

M. Darras. — Le Conseil Général de l'Association des Médecins de France m'ayant chargé d'établir la liste exacte de tous les médecins ayant le droit d'exercer en France, j'ai procédé à deux opérations distinctes :

1° *Au Ministère de l'Instruction publique* j'ai relevé sur les registres officiels les noms de tous les médecins auxquels a été délivré par une Faculté française, depuis 1870, c'est-à-dire depuis 38 ans, un diplôme de docteur en médecine ou d'officier de santé. Ces noms, je les ai soigneusement vérifiés et contrôlés avec d'autres documents qui m'ont été fournis par les Facultés de médecine, et j'ai établi la distinction entre les Diplômes d'Etat et les Diplômes Universitaires. Je tiens à remercier ici MM. les Doyens et les Secrétaires qui m'ont fourni tous les renseignements qui m'étaient nécessaires.

2° *Au Ministère de l'Intérieur*, j'ai pu me procurer — par départements — les noms des docteurs en médecine et officiers de santé dont les diplômes ont été enregistrés conformément à la loi du 30 novembre 1892.

Ces deux séries de documents émanant de sources différentes se complètent et se contrôlent. Elles permettent aujourd'hui au Conseil Général de répondre aux demandes qui lui sont faites par les Bureaux des Sociétés locales, des Syndicats et des différents groupements médicaux et de donner des renseignements exacts sur l'authenticité, la provenance, la date, la nature, l'enregistrement d'un diplôme au sujet duquel un doute pourrait être émis.

Ce répertoire comprend actuellement deux parties :

A) Une liste de docteurs en médecine reçus antérieurement au 1er octobre 1870 dans les trois facultés françaises (Paris, Montpellier, Strasbourg). Cette liste ne comprend que ceux qui sont encore vivants, qui résident en France et dont les diplômes ont été enregistrés. (La même liste existe pour les officiers de santé reçus antérieurement à cette date dans une faculté ou école française).

B) Du 1er octobre 1870 à ce jour : une liste de TOUS les docteurs en médecine et officiers de santé. Cette liste comprend non seulement ceux dont les diplômes ont été enregistrés, et dont la résidence nous est alors connue, mais aussi ceux qui n'exercent pas, ceux dont nous ignorons la résidence et même ceux qui sont décédés.

Pour publier ce répertoire, qui comprendrait les nom, prénoms, faculté, année de la thèse, et résidence, j'établirai d'abord l'ordre alphabétique général. J'en supprimerai ceux dont le décès nous sera connu et je ferai suivre ce répertoire d'une liste de ceux dont nous ignorons, pour une cause quelconque, la résidence actuelle.

M. Lereboullet constate que le travail de M. Darras présente un immense intérêt. Grâce à cette liste, tout médecin peut vérifier si telle ou telle personne a le droit d'exercer ou non.

En ce qui concerne par exemple, le Docteur X... M. Darras nous a répondu récemment que ce médecin, qui n'avait pas le droit d'exercer il y a dix ans, a obtenu depuis le titre de docteur en médecine. Ces renseignements ont une importance capitale, puisqu'ils nous ont permis de dire immédiatement à M. le Dr B... qui nous avait posé la question : « Vous n'avez pas le droit de poursuivre : ce médecin est en règle avec la Faculté. »

Ce travail considérable, M. Darras l'a fait pour l'Association générale des Médecins de France et sur sa demande. Il a bien voulu l'achever à temps pour que cette Association puisse, à l'occasion de son cinquantenaire, offrir à tous ses membres une liste qui leur soit utile.

Dans une plaquette figurera, en effet, à côté de tous les documents n'intéressant que l'Association générale, la liste par ordre alphabétique de tous les Médecins ayant le droit d'exercer en France. Ceci ne sera pas un annuaire, on n'y trouvera pas les jours et heures de consultation, spécialités, téléphone, etc. Les chirurgiens-dentistes, les dentistes, les sages-femmes, les pharmaciens, les herboristes, n'y seront pas mentionnés. Ce sera simplement la liste officielle du corps médical de France.

Après un échange de vues entre MM. Lereboullet, Duchêne, Philippeau et Levassort, la parole est donnée à M. Dignat.

M. Dignat dit que l'essentiel pour le corps médical est de savoir les noms de ceux qui ont été reçus docteurs en médecine, étant donné que les renseignements complémentaires figurent dans n'importe quel annuaire.

Il serait à désirer, selon lui, qu'on établisse la liste des Médecins ayant le droit d'exercer en France et munis de leurs diplômes. On dresserait ultérieurement celle des docteurs en médecine reçus chaque année, par addition à l'ancienne liste. La seule chose utile quant à présent, c'est la liste officielle.

A son tour, M. Levassort expose pour diverses raisons les inconvénients pouvant résulter du double emploi de la liste officielle et de l'annuaire.

Enfin, M. Lereboullet donne l'assurance que la liste officielle sera publiée en avril 1909 et M. Darras promet de la tenir à jour.

La séance est levée à 7 heures 1/2.

Le Secrétaire général : Dr Levassort.

Rapport du trésorier

(*Séance du* 23 *mai* 1908).

Messieurs et chers confrères,

La période qui s'est écoulée depuis notre assemblée générale de 1907 a été une période de calme pour nos finances et de repos pour votre trésorier. Le temps des grosses dépenses et des recettes correspondantes paraît passé, la liquidation du Congrès est depuis longtemps terminée et nous n'avons plus maintenant qu'à

faire face aux dépenses courantes nécessitées par le fonctionnement normal et régulier de l'Office.

A notre assemblée de l'an dernier, j'ai eu l'honneur de vous communiquer un rapport financier établissant un avoir de quatre cent quatre francs trente centimes et vos commissaires des comptes, MM. Levassort, Rocher, Duchesne et Noir ont bien voulu, le 11 octobre 1907, approuver ce rapport et les livres de caisse en me laissant comptable de cette somme de quatre cent quatre francs trente centimes.

Depuis cette date, l'Office a encaissé les subventions suivantes :

Syndicat méd. de Rochefort-sur-Mer..	10 fr.
Union des Syndicats médicaux........	500 fr.
Association générale des médecins de France............................	200 fr.
Syndicat médical de Reims..........	10 fr.
Synd. médical de Rochefort-sur-Mer (2e subvention)...................	10 fr.
Synd. méd. de la région de Bourg....	10 fr.
Soit une somme de...........	740 fr.

A ces diverses sociétés, qui, conscientes de votre effort, vous ont accordé à nouveau leurs généreux appui, vous nous permettrez, Messieurs, et chers confrères, d'ajouter ici vos remerciements à ceux que votre bureau leur a déjà transmis.

Pendant cette même période du 11 octobre 1907 au 23 mai 1908, les dépenses de l'Office ont consisté dans le règlement par le trésorier de six bordereaux établis par le secrétaire général et approuvés par le président, à savoir :

15 octobre 1907..........	81 fr. 70
9 janvier 1908..........	134 fr.
7 février 1908...........	209 fr. 25
6 mars 1908.............	136 fr. 50
7 avril 1908.............	132 fr. 50
6 mai 1908..............	184 fr.
Soit un total de.....	877 fr. 95

L'examen du détail de ces dépenses montre que la part la plus importante a été utilisée pour le paiement de notre dévoué employé qui nous a coûté 625 fr. et celui de notre loyer soit 150 fr. et pour le reste à divers frais d'impression, d'expédition de rapports, de déplacements de l'employé, de correspondance, de bureau, etc.

En résumé, Messieurs, la situation financière de l'Office, au 23 mai 1908, est donc la suivante :

Avoir au 11 octobre 1907.	404 fr. 30
Recettes du 11 oct. 1907 au 23 mai 1908............	740 fr.
	1.144 fr. 30
Dépenses du 11 oct. 1907 au 23 Mai 1908..........	877 fr. 95
Restant en caisse au 23 mai 1900	266 fr. 35

Cet avoir de 266 fr. 35 est représenté par un dépôt au Crédit Lyonnais n° 827, agence de Neuilly, qui, ainsi qu'en témoigne l'attestation ci-jointe de cet établissement, s'élève au 20 mai 1908 à deux cent vingt-quatre francs quinze centimes ; le reste, soit quarante-deux francs vingt centimes, est entre les mains du trésorier (1).

Messieurs, le budget que je viens de vous soumettre est modeste, mais il montre que, moyennant l'appui de quelques-unes de nos sociétés, l'avenir de l'Office est assuré et qu'il peut continuer sa besogne de défense professionnelle.— Du reste, il est permis d'espérer que quelques-unes des poursuites judiciaires que nous avons entreprises se termineront bientôt par l'obtention de dommages-intérêts qui viendront, de façon tout à fait opportune, grossir notre caisse.

Un jour viendra peut-être où nous pourrons vivre de l'ennemi et faire payer par l'exercice illégal l'argent nécessaire à sa poursuite et à sa répression.

Messieurs, avant de terminer ce rapport, votre trésorier vous demande de désigner les vérificateurs qui auront à examiner ses comptes et à lui en donner décharge ; il vous demande aussi de lui donner un successeur. L'an dernier, votre aimable insistance lui a fait continuer ses fonctions ; aujourd'hui il tient à en être relevé définitivement. Il compte que vous voudrez bien l'en excuser et il vous remercie à nouveau et très confraternellement de la confiance que vous lui avez si longtemps témoignée. A. Gouffier.

(1) Depuis, nous avons reçu une subvention de 10 francs du Syndicat médical de Brive.

REPORTAGE MÉDICAL

L'inspection des officines des pharmaciens et des dépôts de médicaments. — *Le Journal officiel* vient d'insérer le décret suivant :

Art 1er. — Le service chargé de l'inspection prescrite par l'article 29 de la loi du 21 germinal au XI, modifiée par la loi du 25 juin 1908, et de la recherche et de la constatation des infractions à la loi du 1er août 1905, en ce qui concerne les substances médicamenteuses, est organisé par région, sous l'autorité du ministre de l'Agriculture et du ministre de l'Instruction publique, sur les propositions :

Des directeurs des écoles supérieures de pharmacie : des doyens des facultés mixtes de médecine et de pharmacie ; des directeurs des écoles de plein exercice de médecine et de pharmacie ; des directeurs des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie.

Un arrêté pris de concert par le ministre de l'Agriculture et le ministre de l'Instruction publique détermine la région dans laquelle chacune de ses écoles ou facultés doit procéder à cette organisation.

Le fonctionnement du service d'inspection est assuré, sous l'autorité du ministre de l'Agriculture, par le préfet pour chacun des départements constituant la région ; à Paris et dans le ressort de la préfecture de police, par le préfet de police.

Art. 2. — L'inspection prescrite par la loi du 21 germinal au XI et la recherche des infractions à la loi de 1905 ne peuvent être confiées, pour les *officines* de pharmaciens et les dépôts de médicaments tenus par les médecins et les vétérinaires, qu'à des inspecteurs munis du diplôme de pharmacien.

Ces inspecteurs ont seuls qualité, réserve faite des pouvoirs appartenant aux officines de police judiciaire, pour opérer des prélèvements dans lesdites officines et dépôts de médicaments.

Les prélèvements portent tant sur les préparations officinales et produits pharmaceutiques que sur les préparations faites en vertu d'ordonnances médicales.

Art. 3. — Les inspecteurs sont nommés et commissionnés par les préfets sur la proposition des directeurs des écoles supérieures de pharmacie, des doyens des facultés mixtes de médecine et de pharmacie, des directeurs des écoles de plein exercice de médecine et de pharmacie, des directeurs des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie de la région.

Leurs rapports d'inspections sont adressés aux directeurs ou doyens de la région. Ceux-ci les transmettent aux préfets avec les observations et propositions qu'ils jugent nécessaires.

Art. 4. — Les inspecteurs peuvent se faire assister dans leurs visites par les commissaires de police ou, à leur défaut, par les maires ou adjoints.

Ils peuvent, en outre, requérir ces mêmes officiers de police judiciaire d'effectuer certains prélèvements dans les officines de pharmaciens et dans les dépôts de médicaments tenus par les médecins et les vétérinaires.

Art. 5.— Pour tous les établissements autres que les officines de pharmaciens et dépôt de médicaments tenus par les médecins et les vétérinaires, la visite prescrite par l'article 29 de la loi du 21, germinal an XI et la recherche et la constatation des fraudes et falsifications en matière médicamenteuse peuvent être confiées à des inspecteurs adjoints choisis et commissionnés par les préfets. L'arrêté de nomination détermine, pour chacun de ces agents, la circonscription dans laquelle il a qualité pour exercer cette double fonction.

Les inspecteurs adjoints adressent leurs rapports au préfet. Ils sont tenus de lui signaler les établissements qui leur auront paru nécessiter une visite spéciale par un inspecteur. Le préfet transmet sans délai cet avis à l'un des inspecteurs, ainsi qu'au doyen ou directeur de la région.

Même en dehors du cas prévu au paragraphe précédent, les inspecteurs ont le droit d'opérer eux-mêmes, lorsqu'ils le jugent nécessaire, la visite des établissements visés au présent article.

Faculté et Hôpitaux.

Un cours de vacances commençant le 21 septembre 1908 aura lieu à l'amphithéâtre et au laboratoire de la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, sous la direction de M. le Prof. Dieulafoy, le matin de 10 h. à midi et l'après-midi de 2 h. à 4 h.

Ce cours aura pour programme : 1° Les méthodes d'investigation clinique applicables à l'examen des malades ;

2° L'exposé des principaux procédés du laboratoire (recherche des microbes, examen du sang, des urines, des fèces, des sérosités, etc.), applicables au diagnostic ;

3° Les principales indications et les principales techniques thérapeutiques. Ce cours comprendra 24 leçons et sera fait en 2 semaines. Les élèves seront exercés individuellement aux travaux de laboratoire. L'enseignement, essentiellement pratique, sera fait par MM. les Docteurs O. Crouzon et Le Play, chefs de clinique ; Nattan-Larrier et René Gaultier, chefs de laboratoire ; Bonnier, Déhu et Lacaille, assistants.

Le droit à verser est de 80 francs. S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3) mardis, jeudis, samedis, de midi à 3 h.

Des travaux pratiques de laryngologie, rhinologie et otologie (examen et traitement des malades), ont lieu à la clinique de M. le docteur Castex, chargé de cours (Ecole pratique), 15, r. de l'Ecole de Médecine, de 3 à 5 h. toute l'année sans interruption. Le droit de laboratoire pour chaque série d'un mois est de 50 fr. Sont admis : tous les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3) les mardis, jeudis et samedis de chaque semaine, de midi à 3 h.

— *Institut de médecine coloniale rattaché à la Faculté de médecine de Paris.* — Cet Institut a été créé pous donner aux médecins français un enseignement théorique et pratique des maladies tropicales. Les cours durent environ deux mois et demi. La session de 1908 commencera le 15 octobre et sera terminée vers la fin de décembre. Peuvent s'inscrire les étudiants pourvus de 16 inscriptions et les docteurs en médecine français et étrangers. A la fin du cours de la session les étudiants subissent un examen et obtiennent un diplôme.

L'enseignement théorique et les démonstrations de laboratoire sont donnés à la Faculté de médecine (Ecole pratique) dans les laboratoires suivants : pathologie expérimentale et comparée : parasitologie, hygiène. L'enseignement clinique est donné à l'hôpital d'Auteuil (hôpital des Dames françaises, 93, rue Michel-Ange), deux fois par semaine le matin à 10 h.

L'enseignement théorique et de laboratoire a lieu dans l'après-midi, tous les jours de la semaine, sauf le lundi à l'Ecole pratique.

Programme des cours : 1° Technique bactériologique et hématologique, 15 leçons par M. le prof. Roger ; 2° Parasitologie, 21 leçons de M. le prof. Blanchard ; 3° Chirurgie des pays chauds, 6 leçons de M. le docteur Morestin, agrégé ; 4° Maladies des yeux dans les pays chauds, 4 leçons de M. le prof. De Lapersonne ; 5° Epidémiologie exotique, 6 leçons de M. le prof. Chantemesse ; 6° Pathologie et hygiène tropicale, 17 leçons de M. le Dr Wurtz, agrégé ; 7° Affections de la peau, 8 leçons de M. le prof. Gaucher et de M. le docteur Jeanselme, agrégé.

Droits à verser : Un droit d'immatriculation, 20 francs. Un droit de bibliothèque, 10 francs. Un droit de laboratoire, 150 francs. Les deux examens sont gratuits.

On s'inscrit du 1er au 13 octobre au secrétariat de la Faculté.

MM. Collinet, Rabé et Chevalier, assistants de M. Castex, commenceront, le jeudi 10 septembre 1908, à l'amphithéâtre Cruveilhier (Ecole pratique de la Faculté 15, rue de l'Ecole-de-Médecine), une série de 10 leçons, avec présentations de malades.

Ces leçons auront lieu tous les jours (excepté le dimanche) à 3 heures. Les élèves inscrits seront exercés à l'examen et au traitement des malades de la clinique.

Le droit à payer pour ce cours est de 50 francs. Un certificat d'études est délivré aux élèves.

— Un cours pratique d'accouchement aura lieu à la clinique Baudelocque, 125, Bd Port-Royal, sous la direction de M. Potocki, agrégé, avec l'assistance de MM. Paquy, Lacasse, chefs de clinique et Cazeaux.

Ce cours commencera le lundi 7 septembre, il aura lieu tous les jours, et se terminera le 26 septembre.

Programme. — Le matin de 10 h. à midi : exercices cliniques de diagnostic et de pratique obstétricale. Les élèves seront exercés individuellement à l'examen des femmes et des nouveau-nés et à la pratique des accouchements. L'après-midi de 2 à 4 h. : manœuvres et opérations obstétricales. Le droit à verser est de 50 francs. S'inscrire, les mardis, jeudis, samedis, de midi à 3 h. au secrétariat de la Faculté.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs Rabjeau, d'Ingrandes (Maine-et-Loire) et Moreau, d'Alger, membres du « Concours Médical ».

Le Directeur-Gérant : **Dr H. JEANNE.**

**Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.**
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trentième année — N° 35 — Dimanche 30 AOUT 1908

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Réflexions d'un vieux praticien

Aux jeunes médecins.

Nous causions prévoyance avec un jeune confrère : il ne pouvait, certes, pas me dire que je n'avais pas raison, mais il m'objectait que les jeunes médecins, dès qu'ils s'installent, étaient écrasés de charges. Il faut, me disait-il, s'inscrire à une foule de sociétés, payer une cotisation par ci, une cotisation par là, sans parler des réductions consenties de droite et de gauche.

J'étais stupéfait, d'autant qu'il me disait exercer depuis plus de deux ans : et il ignorait le *Concours médical*, il ignorait ses œuvres — ou plutôt il en avait entendu vaguement parler sans approfondir autrement : *ces confrères de Paris connaissent si peu la province* ! Et je me disais en moi même qu'il fallait vraiment du courage et de la conviction aux directeurs du *Concours* pour mener toujours imperturbablement leur campagne sans jamais se laisser détourner, sans se rebuter, sans jamais perdre espoir.

Mon jeune confrère faisait partie de la Société de gymnastique, de l'Harmonie, de la Société de tir de sa commune ; il était membre honoraire de la Société de secours mutuels ; je crois bien, Dieu me pardonne, aide-major de la Compagnie de sapeurs-pompiers — mais il n'était ni du *Concours*, ni du Syndicat de sa région, ni de la Caisse des Pensions, ni de l'Amicale, ni du Sou, ni de l'Association générale ! Il cotisait pour les premières sociétés, mais ses ressources s'en trouvaient atteintes au point qu'il ne pouvait songer même aux secondes : il se laissait exploiter par tous et par chacun, mais il ne pouvait *prévoir* pour lui-même !

Oh, médecins, mes confrères, qu'on vous reconnaît bien là. — Insouciance et imprévoyance! Pour quelques-uns qui veulent bien se donner la peine de réfléchir, de penser à l'avenir, combien en restent aux vieux errements, à l'isolement, exposés à tous les hasards comme à toutes les catastrophes !

Le vieux médecin était encore excusable, il ne savait pas ; mais le jeune, que dira-t-il pour s'excuser ?

Par le *Concours médical*, il se tient au courant de tout ce qui touche la profession : il sait ce que pensent et disent ses confrères de toutes les régions ; il connaît leurs efforts, les résultats qu'ils ont pu obtenir ; il s'associe à toutes les études, à tous les travaux professionnels ; il suit la marche des œuvres de défense et de prévoyance — sans parler de l'intérêt que lui présente la partie scientifique du journal qui, pour le praticien, ne le cède à aucun autre.

Par le *Syndicat*, il se met en contact immédiat avec ses voisins : il défend avec eux ses intérêts propres, résiste aux exigences des collectivités qui l'enserrent, participe à l'organisation des services médicaux publics qui réclament sa collaboration, contribue à l'établissement du tarif d'honoraires qui supprimera la concurrence déloyale, élabore le Code déontologique qui lui permettra d'éviter les froissements avec ses confrères.

Par l'*Association Amicale*, il s'assure contre le risque maladie : toute incapacité de travail lui

donne droit à une indemnité de 10 fr. par jour pendant 60 jours, et au-delà à une indemnité mensuelle de 100 fr. quelle que soit la durée de la maladie. Il peut par la combinaison C et d'accord avec *la Caisse des Pensions*, s'assurer une retraite annuelle de 1200 fr. à partir de 65 ans, âge auquel il cesse de toucher l'indemnité-maladie ; par la nouvelle combinaison D, il peut assurer une pension de 600 fr. à sa veuve ou à ses orphelins s'il vient à mourir prématurément.

Par le *Sou médical*, il s'assure l'aide de ses confrères dans les diverses difficultés de la vie, il poursuit l'exercice illégal, il fixe la jurisprudence sur les questions qui, le touchant personnellement, n'intéressent pas moins ses confrères ; il solidarise avec eux toutes les chances mauvaises qui risqueraient de l'accabler s'il restait isolé. Est-il exposé à une attaque en responsabilité civile ? Il trouve appui matériel et moral, garantie pécuniaire, conseils expérimentés.

Par l'*Association générale* enfin, il tend une main secourable aux vaincus de la vie et leur assure le morceau de pain qui les prémunit contre la dernière chute ; mais aussi il apporte son obole à la garantie donnée par la vieille Association aux Sociétés plus jeunes, plus hardies, qui ont besoin de son autorité morale peut être plus encore que de ses ressources pécuniaires.

N'est-ce donc rien, que tout cet ensemble d'œuvres protectrices, marchant la main dans la main pour la défense et la protection confraternelles ?

Mais cela coûte trop cher.

Pour tenir ce langage, jeunes confrères, avez-vous jamais calculé ce qu'annuellement vous dépensiez en pure perte et souvent même contre vos intérêts véritables ?

Avez-vous même calculé ce que réellement vous coûteraient les cotisations à ces œuvres ?

Il est probable que non.

Je le ferai pour vous la semaine prochaine.

Un vieux praticien.

LA SEMAINE MÉDICALE

Fractures compliquées graves.

D'après M. le Dr René HENRY (thèse de Paris, 1908) à l'heure actuelle, le traitement des fractures compliquées graves doit donner entre les mains des chirurgiens des résultats souvent parfaits grâce aux méthodes modernes. Les cas de mort indépendants du shock doivent être inconnus et l'amputation dans le plus grand nombre de cas doit être évitée.

Cependant il faut reconnaître que nombre d'auteurs n'obtiennent pas toujours des succès quant à la durée du traitement et quant au résultat fonctionnel ultérieur du membre. Certains même considèrent encore comme fréquente la nécessité de recourir à l'exérèse du membre.

Deux facteurs encore insuffisamment mis en lumière sont, en effet, indispensable pour obtenir le maximum des résultats dans les fractures compliquées graves :

a) *La rapidité opératoire*, qui nous montre que les résultats obtenus sont excellents dans les six premières heures, médiocre dans les quinze premières heures, mauvais après quinze heures.

b) Le drainage large avec nombreuses contre-ouvertures, drains perforants de caoutchouc de 1 centimètre de diamètre au moins.

Enfin, si l'on considère les fractures compliquées graves au point de vue des accidents du travail, on peut penser que *si le blessé a été opéré dans les cinq heures qui suivent l'instant où il se brisa un membre*, la période d'incapacité de travail, qui résulte du séjour du malade à l'hôpital sera sensiblement abrégée, et l'incapacité fonctionnelle ultérieure, meilleure que dans la moyenne des cas publiés, ne devrait pas excéder de beaucoup le degré d'incapacité qu'on observe dans les fractures simples.

Les fractures de jambes chez l'enfant étudiées par la radiographie.

Le Dr Julien BRIDOUX, de Liévin (Pas-de-Calais) a étudié dans sa thèse les fractures de jambe chez l'enfant au point de vue radiographique.

Il a remarqué d'abord que, la fracture de jambe *chez l'enfant* peut s'observer à tout âge mais est surtout fréquente de 7 à 11 ans. On la rencontre chez les *garçons* beaucoup plus souvent que chez les *filles*, dans la proportion de 5 contre 1.

Chez l'enfant comme chez l'adulte, le type dominant des fractures diaphysaires de la jambe est celui qui siège à l'union des tiers inférieur et moyen du tibia.

Dans les deux tiers des cas, la fracture est de cause *indirecte*. Produite par le mécanisme de la torsion, elle donne, comme chez l'adulte, un trait de fracture non transversal, mais très oblique de haut en bas et d'arrière en avant, — ou en bas et en dedans, — ou bien encore en bas, en avant et en dedans. Souvent un troisième fragment existe ou s'amorce. On peut observer une disposition en coin, en marche d'escalier.

Le *déplacement* des fragments est relativement rare, ce qui paraît dû : 1° à la résistance du périoste, à son intégrité fréquente, qui, même en cas de fracture concomitante du péroné s'oppose au déplacement ; 2° à l'intégrité fréquente du péroné, intégrité observée 16 fois sur 22 radiographies de fractures par torsion.

Le péroné est souvent intact, en cas de fracture, sa cassure est oblique et dentelée.

A la différence de ce qu'on observe chez l'adulte, jamais la fissure hélicoïdale qui parcourt le fragment inférieur, quand elle existe, ne se prolonge jusqu'à l'article tibio-tarsien. La raison paraît en être : 1° l'existence du cartilage de conjugaison qui arrête le prolongement hélicoïdal ; 2° la résistance du tissu osseux, plus grande *chez l'enfant* que chez l'adulte. La fracture n'est jamais articulaire.

Dans la fracture par flexion, la cassure dentelée, à peine transversale, peut être en marche d'escalier.

Dans la fracture de cause directe, la section des fragments est toujours dentelée, non rigoureusement transversale, parfois oblique ; elle peut, ici encore, prendre la disposition en marche d'escalier. Le péroné est souvent intact. En l'absence de complication, la guérison se produit dans le délai de vingt-huit à trente-quatre jours. L'appareil plâtré donne toujours de bons résultats. La radiographie reste un des meilleurs éléments du diagnostic ; mais deux clichés dans deux directions perpendiculaires

sont nécessaires. Elle est indispensable pour préciser la direction du trait de fracture.

Elle doit contrôler la réduction.

Traitement de la stomatite aphteuse.

La Gazette des hôpitaux énumère les différents procédés de traitement préconisés contre la stomatite aphteuse : Lavages antiseptiques de la bouche avec de l'eau boriquée à 4 p. 100 : de l'eau oxygénée étendue d'eau, du chlorure de chaux à 2 p. 100 ; gargarismes avec une solution de salicylate de soude à 2 p. 100 ; attouchements des ulcérations cinq ou six fois par jour avec une solution concentrée (20 p. 100) de salicylate de soude (Hirtz), ce qui donnerait de bons résultats, avec le chlorure d'or à 1|50, l'acide chromique cliniquement pur en solution concentrée à 33 p. 100. Ces attouchements faits avec de grandes précautions produiraient de très bons effets (A. Siredey), avec le nitrate d'argent, le chlorate ou le borate de potasse, le permanganate de potasse.

Un médecin de Milan fait des infusions de serpolet qu'il utilise ensuite en lotions sur les parties malades (cité dans la thèse de Boutant).

Si la douleur est très grande, s'il y a de la dysphagie, on fera des badigeonnages cocaïnés. on emploiera des collutoires boratés et cocaïnés.

Il faut encore nourrir le malade avec des aliments de facile mastication et faire de l'antisepsie intestinale à l'aide de calomel à doses fractionnées, de purgatifs légers, ou mieux, comme l'a conseillé Le Gendre, à l'aide de salicylate de naphtol.

Le signe d'Argyll dans le tabès.

Au dernier Congrès des médecins aliénistes et neurologistes, MM. Maurice Faure et G. Dewaulx ont signalé que le signe d'Argyll, considéré généralement comme un symptôme d'une importance exceptionnelle dans le tabès, le prétabès et les manifestations cérébro-spinales de la syphilis, ne leur semble pas avoir la constance, ni peut-être l'importance exceptionnelle qu'on lui a attribuées, et divers auteurs ont récemment signalé qu'il pouvait manquer complètement, ou n'exister qu'à une seule des pupilles.

Le signe d'Argyll est la persistance du réflexe iridien à la distance, avec abolition de ce réflexe à la lumière. Nous avons examiné 200 tabétiques à ce point de vue spécial : 17 n'avaient pas le signe d'Argyll. Nous avons choisi, pour cette étude, des observations de tabétiques typiques, à symptômes grossiers et certains. Tous avaient des commémoratifs avoués de syphilis, et cette affection, ainsi que le tabès, avaient été antérieurement diagnostiqués par d'autres médecins.

En résumé, les perturbations des réflexes iridiens existent dans presque tous les cas de tabès ; mais le signe d'Argyll proprement dit manque dans 8 °/o des cas environ.

On peut donc admettre que le signe d'Argyll reste avec les troubles vésicaux, l'abolition du réflexe patellaire, et les douleurs fulgurantes, l'un des quatre signes cardinaux du tabès, et que les troubles pupillaires demeurent le symptôme le plus précieux des accidents cérébro-spinaux de la syphilis, particulièrement du tabès.

Mais on peut avoir à faire un diagnostic de tabès, sans signe d'Argyll, peut-être même sans trouble pupillaire.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu : M. le Prof. agrégé Morestin

Abcès froid de la paroi thoracique.

Nous allons opérer tout à l'heure un malade dont le cas mérite quelques commentaires. Il s'agit d'un jeune homme qui présente sur le thorax une voussure soulevant le mamelon droit et s'étendant presque jusqu'à l'aisselle. Au niveau de la voussure, les téguments sont de coloration rougeâtre ; c'est là, une modification de date ré-

FEUILLETON

Examen de conscience.

Victor Hugo, qui ne pouvait pas admettre l'idée de châtiments éternels et se révoltait devant les rôtissoires infernales, dont on nous menace, pour des peccadilles parfois bien puériles, soutenait que l'enfer est dans le criminel. Il a assez étudié les profondeurs douloureuses de l'âme des coupables pour s'être cru autorisé à affirmer que le châtiment de toute vie scélérate est cette vie elle-même, avec ses anxiétés, ses transes, ses remords, ses désespérances, l'âpre et torturante crainte de l'expiation.

L'intolérable martyre est d'autant plus aigu que l'éducation a été plus soignée, que celui qui en souffre a eu un passé plus honorable et n'a eu qu'une faute à se reprocher, dans un de ces moments de vertige, où tout s'écroule, où l'homme n'est plus maître, en quelque sorte, de son libre arbitre, où la brute seule semble survivre et agir. Sans avoir reçu de confidences de personnes, je suis bien convaincu qu'il y a constamment, à Nouméa ou ailleurs, des condamnés qui ont obéi à un coup de folie, dans la production d'un faux ou d'un acte de vengeance, qui ne cessent de se ronger intérieurement et d'être visités par leur victimes durant leurs nuits d'insomnie.

A défaut de crime, qui de nous n'a quelque erreur quelque imprudence à regretter, quelque secret à garder : « Ah ! on ne connaît pas quelle meute de mauvais instincts on porte dans son âme, tant que l'occasion ne l'a pas déchaînée ! » (Paul Bourget). Plus on a l'âme haute, plus on est délicat, plus on a honte parfois de sa vilenie, plus on déplore d'avoir été victime d'une minute d'égarement, ou d'avoir perdu de nombreuses occasions de faire le bien, d'illuminer sa vie par une belle action. Ce qui est perdu ne se retrouve plus, et, on a beau chercher à réparer, on persiste à avoir la nostalgie de l'irréparable. Ils ne sont pas rares ceux qui, dans notre profession, se reprochent, au soir de leur vie, d'avoir manqué parfois de zèle, de n'avoir pas eu la main assez large, d'avoir même consacré quelques minutes de trop à leur digestion, au plaisir de savourer un cigare de choix, avant de porter secours à une accouchée ou à toute autre malade, *qui peut-être* aurait pu être sauvée par une intervention plus hâtive.

J'ai connu un excellent confrère qui craignait toujours de n'avoir pas su prévenir, de n'avoir pas fait assez d'efforts pour enseigner l'hygiène autour de lui, de n'avoir pas suivi la bonne voie dans la direction de la cure de ses clients, d'avoir manqué de sang-froid, d'initiative et prescrit le contraire de ce qu'il aurait dû donner. A ses heures d'épanchement, il ne parlait qu'avec terreur de ses débuts dans la carrière, où il

cente, apparue sous nos yeux, depuis 24 heures. Si j'essaie de détacher les téguments de la lésion sous-jacente, je trouve de la mobilité de la peau à la partie antéro-interne et des adhérences à la partie externe. A la palpation, on constate de la fluctuation. Vous savez comment se recherche la fluctuation ; vous laissez une main, passive, sur une partie de la masse malade, et vous appuyez avec les pulpes digitales de l'autre main, active, sur un autre point. Au cas de fluctuation, les doigts de la main passive sont soulevés par la pression transmise. Il n'y a, ici, aucun doute. La tumeur est une tumeur liquide. Nous avons affaire à un abcès froid, affection commune à cette région.

A propos de ce malade, j'ai l'intention d'étudier devant vous les abcès froids de la paroi thoracique. Je dis « abcès froids » sans spécifier, et cependant tous ne sont pas de même nature. A la suite des beaux travaux de Lannelongue, on était arrivé à considérer l'abcès froid comme pathognomonique de tuberculose. Depuis quelques années, cette notion a perdu de sa rigueur. Il existe des abcès froids simples, dus à une atténuation de la virulence des microorganismes générateurs. Ils sont rares. Il existe également des abcès froids d'origine actinomycosique, sporotrichosique, lésions curieuses que l'on est en train de faire sortir d'un cadre réservé jusqu'alors à la tuberculose. Néanmoins, l'abcès froid bacillaire reste le type des abcès froids, et chez notre malade, c'est lui qui est en cause, en toute probabilité.

Où prend naissance l'abcès froid tuberculeux de la paroi thoracique ? Voilà une question qui a énormément occupé les anatomo-pathologistes. Autrefois, on avait admis l'origine costale de ces abcès. Une telle supposition était naturelle : les côtes sont, en effet, nombreuses au thorax ; elles comprennent, histologiquement, beaucoup de tissu spongieux, tissu particulièrement propice au développement du bacille de Koch. De plus, les arcs costaux sont très exposés aux chocs et ont des mouvements incessants. Ils paraissent ainsi être dans des conditions très favorables pour devenir la source d'abcès froids bacillaires.

A l'origine osseuse, Leplat opposa, il y a quarante ans, l'origine pleurale. Dans sa pensée, l'abcès froid dérivait d'une altération chronique de la plèvre ou du poumon.

Pour rendre plus facile cet exposé pathogénique — dont vous verrez tout à l'heure l'intérêt pratique — je vais dessiner un schéma. Voici une côte, une autre côte, réunies par les muscles intercostaux. A l'intérieur, je représente la plèvre, le poumon. En dehors, se trouvent des couches musculaires variables, grand dentelé, pectoraux, etc.

Leplat admit donc un point de départ pleural. Un peu plus tard, Gaujot, ayant opéré un certain nombre d'abcès froids et n'ayant trouvé ni lésion osseuse, ni lésion pleurale, émit une idée assez singulière. Il déclara que l'abcès venait de la face externe du périoste, qu'il s'agissait de périostite externe. La doctrine de Gaujot a été défendue par Duplay, admise par Peyrot, et elle fut pendant assez longtemps généralement acceptée. Aujourd'hui, elle paraît anti-rationnelle puisque, nous le savons maintenant, en matière de périoste, la face externe est inactive et, seule, la face interne travaille ; les maladies du périoste débutent toujours entre celui-ci et l'os.

Actuellement, on s'est rallié à une théorie éclectique. Il est des cas où l'on trouve une lésion costale ; d'autres où l'on ne trouve pas de lésion costale. Quelle est la disposition de l'abcès ? Je vous représente un gros abcès froid. Le voici en contact avec le périoste, mais il y est simplement en contact, comme il l'est avec les organes adjacents. Eh bien ! il y a une portion de l'abcès enfoncée dans l'espace intercostal et arrivant à la face rétro-costale de la paroi thoracique, sur la plèvre. C'est un abcès en bouton de chemise. Cette disposition est importante car, si on la méconnaît, on ne guérit pas la maladie. Il est probable, dès lors, qu'un semblable abcès a une origine profonde, et que la poche rétro-et inter-costale est la première en date. Pour expliquer ces cas, Souligoux a repris la doctrine de Leplat. L'abcès froid thoracique dépendrait d'une lésion pleurale, pulmonaire, ganglionnaire. Il existe des ganglions lymphatiques dans les espaces intercostaux. Souligoux insiste sur leur présence et sur

---

croyait n'être entré comme tant d'autres qu'avec un bagage insuffisant, sans y avoir été assez préparé par de copieuses études cliniques, au lit des hospitalisés.

Inutile d'ajouter que, manquant de ressort et d'entregent, peu ambitieux, il ne courait pas après la clientèle et ne cherchait pas à accaparer les malades de ses voisins. Heureusement pour lui, il avait de quoi vivoter et des goûts modestes ; sans cela, il aurait été fort à plaindre. Je ne le propose pas du reste comme modèle et, d'ailleurs, il n'est pas donné à tout le monde, de pouvoir aller à Corinthe, je veux dire de l'imiter. Il s'agit d'en avoir les moyens.

Il avait évidemment une mentalité dans le genre de celle du docteur D..., dont j'ai jadis évoqué la mémoire et qui, accaparait en cachette, pour ses malades, les provisions accumulées par sa femme, ménagère économe qui passait son temps à remplir ses armoires, sans s'expliquer comment elles pouvaient se vider avec tant de rapidité. Quelques instants avant sa mort (qu'il y a donc de braves gens, des cœurs d'élite, parmi nous), ce digne praticien recommandait encore à sa compagne d'envoyer du vin, du sucre, des confitures, à tels ou tels de ses clients et ses dernières volontés furent religieusement respectées.

La fin de ce timoré fut lamentable ; ayant eu constamment la frousse, il devait en mourir de façon tragique. Il avait fait une injection de deux centigrammes de morphine à une malade qui souffrait beaucoup et qui s'endormit soulagée presque aussitôt. En repassant, quelques heures après, il fut accueilli avec effarement par la fille de la patiente : Ah ! docteur, lui-dit elle, vous avez tué ma mère, elle n'a plus donné signe de vie depuis votre départ. Ce pauvre garçon fut pris de tremblement, se mit à osciller sur ses grandes jambes et vint s'abattre sur l'angle d'un meuble, qui lui brisa la tempe, pendant que la prétendue morte se réveillait, en réclamant un supplément d'opium.

Dans une réunion de vieux camarades, dans un de ces milieux sympathiques où on peut se déboutonner, penser tout haut, sans trop peser ses mots, avouer ses faiblesses sans crainte de provoquer l'indignation de concurrents trop vertueux en l'occurence, nous nous racontions dernièrement nos craintes de jadis, notre embarras, nos erreurs de diagnostic ou de posologie (qui ne se trompe pas ?), aggravées par une cursive peu lisible, où le pharmacien, jamais embarrassé, trouvait toujours moyen d'interpréter hiéroglyphes et devinettes. Chacun reconnaissait avoir agi plus d'une fois avec légèreté, impéritie, indécision, et s'estimait bien heureux de ne pas avoir été compromis, de n'avoir pas eu de fâcheux mécomptes à déplorer. On ne manquait pas de zèle, certes ; au contraire, on était plein d'ardeur, de désintéressement, on partait au premier appel et on aurait voulu faire des miracles, sauver les vivants et ressusciter les

leur rôle. Certains abcès froids thoraciques dériveraient par conséquent d'une source pleurale ou ganglionnaire.

Verneuil avait une conception particulière de la question. Il avait beaucoup disséqué et avait découvert une multitude de soi-disant bourses séreuses au pourtour de la cavité thoracique. Il pensait que beaucoup d'abcès froids étaient des hygromas, des inflammations de ces bourses. C'était une notion fausse.

Quoi qu'il en soit, l'abcès froid passe cliniquement par trois phases.

Une première période, insidieuse, dans laquelle l'abcès se constitue, sans être tangible. Le malade accuse, au niveau du thorax, de vagues douleurs, à caractère névralgique. Lorsque vous constaterez des douleurs névralgiques de ce genre, d'acuité extrême, chez un sujet manifestement bacillaire, songez à l'abcès froid.

Au bout de quelque temps, on distingue un empâtement, une douleur localisée. Puis, ce sont les lésions confirmées, la fluctuation de plus en plus nette.

Dans une troisième période, l'abcès s'ouvre à l'extérieur et il se constitue une fistule. D'une manière générale, toutes les fistules bacillaires sont de guérison difficile. Celle-ci doit être considérée comme incurable si on n'intervient pas, parce qu'il y a une logette, un récessus endo-thoracique qui ne se vide pas bien. La suppuration continue et, bien plus, il se produit d'autres diverticules.

Le diagnostic est-il toujours aussi évident qu'il l'est chez notre malade ? Non, au contraire même. Le thorax est une région étendue, et, dans ses limites avec les autres territoires, on rencontre des difficultés, d'autant que ces abcès sont souvent migrateurs. La plupart évoluent dans le sens de la pesanteur : ainsi, les abcès de la partie antérieure de l'aisselle naissent fréquemment plus haut. D'autres fois, la migration s'effectue dans l'épaisseur de la paroi abdominale et peut faire croire à une tumeur de cette paroi. Cela se voit chez les enfants principalement. Quelquefois, l'abcès a un trajet récurrent, et remonte jusque sur la clavicule. On observe des migrations plus singulières encore. On voit des abcès froids pénétrer à l'intérieur des mamelles, chez la femme, et constituer une sorte de tumeur mammaire. J'ai opéré un cas simulant un néoplasme musculaire. On me conduisit, un jour, à Saint-Louis, un jeune homme, ayant, dans le dos, une tumeur de la grosseur d'une noix, dure, faisant corps avec le muscle, intra-musculaire. Le diagnostic des tumeurs intra-musculaires n'est jamais très aisé. J'opérai, j'isolai la lésion et je finis par découvrir un petit pédicule qui me conduisit sur la deuxième ou troisième côte. C'était un abcès froid d'origine costale qui avait subi cet étrange cheminement.

Inversement, d'autres affections peuvent simuler l'abcès froid. Une pleurésie peut avoir des expansions qui rappellent l'abcès froid thoracique. Un mal de Pott peut provoquer une collection purulente qui suit l'espace intercostal. Les abcès du foie, d'autre part, sont susceptibles d'envoyer un prolongement entre les dernières côtes.

Le diagnostic est donc loin d'être toujours facile. Il en est de même du traitement.

Ceux d'entre vous qui fréquentent le service m'ont entendu recommander, dans le traitement des abcès froids en général, les méthodes de douceur, les injections modificatrices, dont on obtient de bons résultats. L'ouverture des abcès froids ordinaires fut une des erreurs de l'antisepsie. On ne doit pas recourir délibérément à leur incision. Eh bien, je conseillerai une conduite différente pour les abcès froids de la paroi thoracique. Les injections modificatrices, efficaces pour les autres régions, constituent ici une illusion. Vous ne pouvez pas guérir, avec elles, la poche endo-thoracique. L'intervention chirurgicale est nécessaire, mais, pour éviter la fistule, il faut apporter un soin extrême à l'opération. Vous disséquez d'abord la première poche. Vous arrivez alors sur un petit pertuis, parfois très petit, masqué généralement par des fongosités. Vous réséquez les deux côtes, au-dessus et au-dessous. La lésion originelle, je vous l'ai dit, est quelquefois loin. Vous faites un curage de la poche, que vous badigeonnez avec un liquide modificateur (solu

---

morts. On était même trop ambitieux, trop optimiste et les déceptions avaient surtout pour cause un culte de néophyte pour les panacées, — qui contribuaient souvent à nous couvrir de confusion.

Il est certain, je le dis entre nous, qu'on nous lance sur la société avec une imprudence vraiment coupable, sans que beaucoup d'entre nous n'aient vraiment acquis que le savoir livresque. On en est si fier de ce jeune savoir, on est si convaincu de l'infaillibilité des maîtres, dont on a dévoré les théories et les formules, sans avoir le moyen de les contrôler ou sans y avoir opposé le contrepoids d'une saine critique !

La faculté, après des cours incomplets et des examens qui ne signifient rien ou peuvent être favorisés par le hasard, sans redouter la faillite scientifique pour ses disciples de la veille, nous abandonne à nos propres forces, du soir au lendemain, et ce lendemain est souvent le jour où on se trouve en face des pires difficultés.

Comme les évadés de la laïque qui croient tout savoir dès qu'ils ont un commencement d'instruction, sans se douter de ce qu'il leur reste à apprendre, on ignore les prudentes hésitations, on se croit obligé de formuler sans atermoiements, sans remettre à plus tard ce qui pourrait être ajourné. On a tant peur d'être suspecté, de voir mise en doute l'autorité à laquelle on aspire et surtout d'être supplanté par un concurrent plus audacieux, plus confiant en lui-même qui en a déjà vu de toutes les façons et a toujours une recette dans son sac, pour les cas les plus simples comme pour les affections les plus redoutables. Il y a de quoi en être déconcerté.

C'est pour cela qu'on ne saurait trop applaudir à la proposition faite jadis par un membre du « Concours » et qui aurait pour but d'initier les débutants à la pratique, *en leur faisant* exécuter leurs premières armes, après leur thèse, sous la surveillance d'un ancien, d'un ami de la famille ou d'un guide rémunéré, pendant six mois ou un an, avant de les laisser voler de leurs propres ailes, en pleine responsabilité et avec la possibilité d'avoir des initiatives plus fécondes ou mieux pondérées.

Certes, c'est beaucoup d'avoir passé par l'internat et le bureau central ; on y puise les éléments d'une éducation solide, qui sera très utile plus tard et offrira de sérieuses garanties ; mais là encore l'expérience est indispensable. Nous avons tous été témoins de l'embarras d'un jeune interne, durant la première année ou les premiers mois de ses fonctions, lorsqu'il est obligé de faire la visite à la place du chef, empêché momentanément pour une raison quelconque.

On ne peut qu'envier ceux qui ont une bonne mémoire, qui savent bien la meubler, qui préparent avec soin une question et l'exposent avec méthode, avec lucidité ; mais encore une fois tout le fatras de l'é-

tion d'acide phénique, de chlorure de zinc), et vous drainez. A ce prix, vous pouvez espérer la guérison.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE

Les stations hydro-minérales et marines dans le traitement des affections oculaires

Par le Dr A. Trousseau.

(Extrait de la *Clinique ophtalmologique*).

Les maladies des yeux se trouvent souvent fort bien des cures faites dans les stations hydro-minérales ou marines ; jusqu'ici les principales indications de ces cures n'ont pas été nettement formulées.

Les affections oculaires sont maintes fois sous la dépendance de diathèses, d'états généraux, ou d'altérations siégeant dans un organe éloigné. Si je généralisais trop, je risquerais de tomber dans la banalité en disant que les rhumatisants feront bien d'aller à Aix, les scrofuleux à Uriage, par exemple. Je veux seulement indiquer quelles sont les affections locales qui se trouveront bien de telle ou telle station, tant sous entendu que l'action du traitement portera beaucoup plus sur l'état général que sur le local, étant réservé que telle cure qui agira fort bien sur l'ensemble de l'organisme serait capable d'aggraver la maladie de l'œil d'où une sélection à faire.

Les iritis, les irido-choroïdites, les sclérites rhumatismales sont parfois désespérantes par la lenteur de leur guérison et la fréquence de leurs récidives. Aix-les-Bains réussit à les terminer ou à les empêcher de revenir. Mais, il ne faut pas envoyer à Aix un malade en pleine poussée aiguë, on attendra pour cela que la période réactionnelle ait cessé. Pourtant, si une de ces maladies ne guérissait pas par des soins minutieux ou prolongés, je n'hésiterais pas à conseiller Aix, quoique toute trace d'inflammation n'eût pas disparu : j'engagerais même le médecin traitant à ne pas cesser l'emploi des eaux, s'il survenait une poussée aiguë modérée pendant le cours du traitement.

Bourbon-l'Archambault serait indiqué dans les formes plastiques des iritis, Royat dans les formes tout à fait torpides, et Luchon est excellent pour prévenir les récidives chez les rhumatisants fatigués, anémiés.

Les mêmes affections d'origine goutteuse se trouvent bien de Contréxéville quelle que soit leur marche générale, cette station les aide beaucoup à ne pas récidiver. Très chroniques, Vittel les améliorera, très torpides et à tendances exsudatives elles seront justiciables de Bourbon-l'Archambault ; traînantes, de Royat ; légères, fugaces et fréquentes, de Thonon ou d'Évian. A Vichy, j'enverrais les iritis ou les sclérites franches, aiguës, la période douloureuse passée sans grand souci de la période de réaction qui ne manquera guère de se produire au début de la cure. Un de mes malades atteint d'une terrible scléro-kératite qui lui avait enlevé la vision d'un œil, est parti pour Vichy avec poussée atténuée sur l'autre œil déjà fort compromis (il avait été soigné cinq ans consécutifs) : il eut, après huit jours, une formidable réaction locale qui nécessita un repos d'une semaine, après lequel la cure fut recommencée sans incidents et amena la guérison définitive, maintenue depuis onze ans, de sa désespérante affection.

Les lésions diabétiques des yeux (rétinites, etc.) ne trouvent guère de soulagement aux eaux. Quand l'œil se prend dans le diabète, le pronostic général est grave et la cure hydro-minérale bien peu puissante. Je crois pourtant qu'une saison à Vichy est une bonne préparation à l'opération d'une cataracte diabétique. Soit dit, en passant, que le diabète n'est nullement une contre-indication aux opérations oculaires qui réussissent fort bien malgré lui.

Bourbon-l'Archambault favorisera la guérison des paralysies des muscles de l'œil, même de celles qui succèdent aux ictus cérébraux,

---

rudition veut être contrôlé par le jugement, par l'observation au lit du malade. C'est si vrai que dans les cas ordinaires, si j'avais à faire appel aux lumières d'un confrère pour moi ou pour les miens, j'aimerais mieux m'adresser à un praticien de quartier, approchant de la quarantaine, passablement occupé et sagace, qu'au plus savantard des agrégés, récemment nommé, qui aurait passé sa vie à compulser, à remplir les dictionnaires de ses articles, à faire plutôt de la théorie que de la pratique. Ce dernier aura son heure, se rattrapera et ce que je viens de dire ne saurait le déprécier, bien que je ne possède qu'une admiration très limitée pour les consultations des mandarins de la profession. L'apathie et l'indifférence de quelques-uns des plus haut cotés, qui se prononcent entre deux baillements et sont pressés de déguerpir, après avoir palpé de copieux honoraires, m'a toujours causé un certain étonnement, pour ne pas dire plus, en juvénalisant.

S'il fallait une excuse en faveur des anciens dont j'ai parlé tout à l'heure, s'ils avaient encore besoin d'être rassurés je dirais volontiers qu'ils en donneraient à leurs malades pour leur argent. La jeune génération, qui est plus obligée de se faire payer, qui a plus de frais et souffre de la pléthore médicale ne peut pas se douter de la désinvolture du public vis-à-vis de leurs aînés. On les estimait beaucoup, on les invitait, on leur faisait des petits cadeaux en nature, fruits, volailles, gibier et le reste ; mais, on n'avait pas l'habitude de solder les notes du médecin, si bien que celui-ci n'en renvoyait que rarement. On payait bien chez l'épicier, chez le boucher, mais on ne passait pas à la caisse, chez les descendants d'Hippocrate. C'était du moins l'exception.

Aujourd'hui, tout est changé, et c'est peut-être la cause des criailleries de certains journalistes, qui voudraient n'avoir jamais à délier leur bourse. Il faut en prendre son parti ; les prêtres de toutes les religions vivent de l'autel ; il est tout naturel que nous ne puissions pas être plus désintéressés que ces saints personnages.

Après nous être fait rémunérer par ceux qui peuvent s'acquitter, nous n'en serons que plus larges envers les miséreux et les indigents, même envers les prolétaires intellectuels, dont la plume est si facilement ironique. Quoiqu'on fasse et qu'on dise, notre profession restera toujours la plus exploitée par les associations de tout ordre et les pouvoirs publics. C'est un titre de gloire qui permet de passer le front haut devant les pingres ou les égoïstes, qui n'admettent que la reconnaissance non monnayée.

Dr Grellety (de Vichy).

Néris jouit d'une action analogue. Cette dernière localité rend de grands services aux malheureux que tourmentent les douleurs tenaces du zona-ophtalmique.

Les femmes névropathes à entérite muco-membraneuse, qui se plaignent constamment de phénomènes d'asthénopie trouvent du soulagement à Plombières. C'est à Châtel-Guyon qu'il faut envoyer les auto-intoxiqués intestinaux qui souffrent à chaque instant d'irido-choroïdites, sur l'origine digestive desquelles j'ai déjà insisté.

Les tabétiques atteints de paralysies oculaires et d'atrophie de la papille devront tenter de Lamalou, qui ne me semble avoir quelque efficacité que si on les y envoie dès les premiers symptômes reconnus, de très bonne heure. Les prescléreux à hémorragies rétiniennes ou vitréennes pourront essayer Evian, Thonon, ou mieux Bourbon-Lancy.

Bien des affections nasales, naso-pharygiennes sont responsables de conjonctivites, de kératites à répétition : on essaiera de les guérir à Luchon, au Mont-Dore, parfois à Salins-du-Jura.

Les eczémas des paupières et de la conjonctive, si rebelles, sont amendés à Saint-Gervais, à Royat, à Luchon, à la Bourboule, suivant des indications tirées surtout de l'état général.

Que de femmes sont tourmentées à tout âge par des irido-choroïdites, des choroïdites d'origine génitale, utérine. Luxeuil est là pour leur rendre de signalés services, surtout que ces affections compromettent gravement la vision et sont désespérantes par leur ténacité. Salies aussi peut leur être utile. Bagnoles-de-l'Orne peut être utilisé dans les troubles oculaires de la ménopause. Les conjonctivites phlycténulaires impétigineuses, les kératites des enfants scrofuleux, sont soignées à Uriage, à la Bourboule, à Salins. Les blépharites rebelles s'améliorent vite à la Bourboule et à Saint-Christau, où les eaux sont employées en pulvérisations locales très efficaces.

Je n'hésite jamais à envoyer au bord de la mer un enfant lymphatique ou scrofuleux atteint de kératite récidivante. Berk, Biarritz, Arcachon, sont des stations de choix. Je conseillerais Berck pour éviter les récidives, jamais dans la période d'état à cause des vents et du sable, Biarritz sur la fin de la maladie (air de mer et eaux de Briscous), et Arcachon à toute période, même pendant la période aiguë, grâce à la protection de la forêt de pins.

Je laisserais volontiers les enfants ophtalmiques prendre des bains de mer pourvu que les réactions locales soient au moins atténuées.

J'ai vu des conjonctivites fort gênantes, dues au rhume des foins, cesser au Mont-Dore et des conjonctivites printanières végétantes, dont le retour annuel désespère le malade et son entourage, cesser leur périodique visite après un traitement à la Bourboule.

Les affections syphilitiques de l'œil qui ne cèdent pas rapidement au traitement usuel sont parfois amendées très vite à Aix ou à Uriage, grâce au traitement intensif qui y est pratiqué.

Les névrites optiques syphilitiques seront plus spécialement envoyées à Uriage.

Les kératites interstitielles hérédo-syphilitiques sont toujours graves, longues à guérir, récidivantes. Elles sont très heureusement modifiées par Uriage et Biarritz. J'envoie à Uriage les malades même pendant la période d'état, si je ne crois pas utile une surveillance régulière, mais je ne conseille Biarritz qu'à la période terminale quand toute rougeur de l'œil a disparu. Si Biarritz est mal supporté, le sujet peut être dirigé sur Arcachon.

HYGIÈNE PUBLIQUE

Sur quelques conditions techniques complémentaires d'efficacité de la désinfection.

(*Bulletin des Sciences pharmacologiques*)

Les procédés et appareils particuliers employés pour réaliser la désinfection en cas de maladies à déclaration obligatoire doivent avoir été admis officiellement et être par conséquent munis du certificat de vérification délivré par le ministre de l'Intérieur conformément à l'article 3 du décret du 7 mars 1903.

Je rappellerai que ce certificat mentionne :

La description de l'appareil ou du procédé ;

Les résultats des expériences effectuées sous le contrôle rigoureux de la Commission spéciale du ministère de l'Intérieur ; l'avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France ;

Les conditions techniques dans lesquelles le procédé doit être employé pour réaliser la désinfection *dans les conditions générales de la pratique*.

C'est ainsi que pour la désinfection en surface les conditions s'appliquent à des locaux d'une seule pièce ayant un cubage atteignant jusqu'à 100 m. c. et à une température au-dessus de 0 degré dans l'intérieur de la pièce, et pour la désinfection en profondeur les conditions s'appliquent à des vêtements, à des objets de literie, d'une épaisseur et d'une perméabilité analogues à celles de bons matelas de laine ou d'oreillers de plume d'une épaisseur pouvant atteindre 10 ctm.

Si l'on soumet à la désinfection en profondeur des matelas, des oreillers, des draps empilés les uns sur les autres; si l'on fait des gros paquets de linge ou de vêtements comprimés, il est évident que la désinfection en profondeur peut échouer, même lorsque celle-ci est réalisée dans les conditions techniques de température, de durée de contact, de quantité de vapeurs désinfectantes indiquées dans les certificats officiels, conditions qui assurent l'efficacité de la désinfection lorsque les objets sont convenablement disposés.

Pour la désinfection en surface, à titre d'indications complémentaires, il y a lieu d'attirer l'attention sur les cas où l'efficacité de la désinfection pourrait être mise en défaut tout en suivant rigoureusement les conditions de fonctionnement stipulées dans les certificats officiels.

Désinfection des locaux de très grandes dimensions. — Assez fréquemment, les services publics de désinfection sont appelés à désinfecter de vastes locaux tels que salles d'écoles, de casernes, de mairies, d'hôpitaux, dortoirs, réfectoires, amphithéâtre, salles de réunions publiques, etc.

Ces locaux de grande capacité peuvent avoir les dimensions et les formes les plus variées, depuis la pièce carrée ou un peu rectangulaire jusqu'à la forme d'une longue galerie.

Dans ce cas, les vapeurs désinfectantes produites ou projetées en quantités proportionnelles au cubage de la pièce — mais en un seul point, près la porte par exemple, comme cela a lieu dans de bons appareils autorisés — se répartissent irrégulièrement : la force de la projection et la tension des vapeurs sont insuffisantes pour atteindre toutes les parties du local.

Pour obtenir une désinfection certaine de tous les points de la surface des vastes locaux, il est

nécessaire d'émettre ou de projeter en même temps, en différentes zones du local, des vapeurs désinfectantes.

Il faut que les différentes zones d'action des vapeurs désinfectantes se pénètrent, pour assurer la désinfection de toute la surface du local.

Ces « zones d'action désinfectante » peuvent être étendues en augmentant la force de la projection et la quantité des vapeurs germicides, la durée du contact, la température du local, mais en réalité ces différents facteurs ont des limites restreintes hors desquelles la pratique de la désinfection ne pourrait s'effectuer couramment ; et ces limites ne peuvent être signalées dans les certificats d'autorisation.

MM. Lemoine et Sacquépée ont exposé dans leur mémoire sur la « désinfection des locaux collectifs par le formol » les résultats des intéressantes expériences qu'ils ont effectuées à ce sujet au Val-de-Grâce (1).

Les essais de ces auteurs furent pratiqués dans une pièce de 884 m. c. — Voici les résultats constatés par MM. Lemoine et Sacquépée :

« L'expérience a montré que la désinfection a été plus complète avec les procédés utilisant des foyers multiples, uniformément répartis dans l'intérieur même de la pièce (7 à 44 foyers suivant les procédés).

« Appliqués régulièrement, les procédés qui assurent par leur principe même la dissémination du désinfectant sont donc aussi efficaces pour les locaux collectifs que pour les salles de moindres dimensions.

« Moins fidèles se sont montrés les divers appareils qui ne peuvent utiliser qu'un nombre moindre de foyers, ou un seul foyer.

« En opérant dans les conditions habituelles de doses et de temps, la désinfection ne se montre complète qu'au voisinage immédiat du foyer désinfectant, tandis qu'elle est partielle à mesure qu'on s'en éloigne, etc... » (2).

Ces résultats concordent absolument avec ceux que nous avons constatés au cours des examens des appareils et procédés de désinfection soumis à l'examen de la commission de contrôle.

Désinfection des locaux communiquants.—Lorsque plusieurs locaux communiquent directement les uns avec les autres par de larges ouvertures tout en étant partiellement séparés par des murs ou cloisons, la répartition des vapeurs désinfectantes présente encore une plus grande difficulté: ici la zone d'action désinfectante est arrêtée par le mur ou les cloisons et la vapeur désinfectante n'atteint généralement pas les surfaces en retour.

Par exemple, les différentes pièces d'un appartement ou d'un logement ne pourront être désinfectées par une seule projection ou émission soit à la porte d'entrée, soit dans une seule des pièces.

Ici, plus encore que pour les vastes locaux, il est nécessaire d'effectuer les émissions ou les projections en plusieurs endroits, *et d'une façon générale pour les pièces communiquantes il est nécessaire d'effectuer au moins une émission ou projection par pièce pour obtenir une désinfection efficace.*

Humidité des locaux.— C'est à tort que l'on a attribué une grande importance au rôle de la vapeur d'eau dans la désinfection en surface par l'aldéhyde formique. Il y a toujours assez de vapeur d'eau dans l'atmosphère pour assurer la désinfection, même au moyen du trioxyméthylène ou de la paraformaldéhyde secs, dans les conditions de la pratique. Un très grand nombre d'expériences nous ont permis depuis plusieurs années de reconnaître ce fait.

On a invoqué à tort et à travers pour les besoins de la cause, les phénomènes de polymérisation, de condensation de l'aldéhyde formique avec une fantaisie que l'expérience ne confirme pas. Les polymères de l'aldéhyde formique prennent naissance aussi bien en milieu humide qu'en milieu sec. L'exemple courant des solutions commerciales d'aldéhyde formique à 40 % dans lesquelles l'aldéhyde formique se polymérise si facilement dans un milieu renfermant 60 % d'eau. n'est-il pas le plus significatif ?

Dans la pratique de la désinfection il y a tout intérêt à ne pas réaliser des atmosphères artificiellement surchargées de vapeur d'eau, ce qui aurait pour résultat d'altérer un grand nombre d'objets, sans bénéfice pour l'efficacité de la désinfection.

Température des locaux.— La température des locaux à désinfecter joue un rôle important : pour une quantité déterminée de vapeurs désinfectantes, la désinfection est d'autant plus facile et rapide que la température est plus élevée.

Cette propriété sert de base à la désinfection en profondeur au moyen de l'aldéhyde formique.

Cette action activante, si favorable à la désinfection, se manifeste surtout au-dessus de 50°.

Il n'est pas facile de réaliser de pareilles températures dans les locaux, et c'est pourquoi les procédés admis doivent donner une désinfection certaine dans les conditions ordinaires de la pratique, dans nos climats, c'est-à-dire au-dessus de 0°.

En conséquence de cette observation, tous les procédés munis du certificat officiel du ministère de l'Intérieur permettent de réaliser une désinfection certaine dans les conditions indiquées dans ces certificats au-dessus de la température de 0°.

Lorsque l'on est appelé à effectuer des désinfections en surface dans des locaux présentant des températures au-dessus de 0°, ce qui est exceptionnel, il sera prudent de chauffer ce local autant que cela pourra se faire.

Je ne crois pas qu'une augmentation de la dose ou de la durée de contact puisse compenser l'insuffisance de la température ; mais c'est là une opinion basée sur quelques observations personnelles, qui demanderait à être confirmée.

Ed. Bonjean.

Chef du laboratoire du Conseil supérieur de l'hygiène publique de France

(1) *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, 1907, p. 571.

(2) Dans les expériences de MM. Lemoine et Sacquépée, le Fumigator est le seul procédé de désinfection par foyers multiples (44 fumigators) qui ait détruit tous les microbes, y compris le subtilis.

CHRONIQUE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Note adressée, au nom des médecins ruraux du département du Rhône, aux délégués médicaux de la Commission de revision du tarif spécial des accidents du travail.

(Avril 1908).

Les médecins ruraux du département du Rhône croient devoir faire connaître leur opinion sur la revision du tarif ministériel, pour plusieurs motifs.

Ils estiment que,lors de la confection du tarif de 1905, leurs intérêts ont été complètement sacrifiés.

Les doléances présentées à Monsieur le Ministre du Commerce, dans leur lettre du 30 novembre 1905, par les médecins de l'arrondissement de Villefranche-sur-Saône auraient pu être signées par tous les médecins ruraux du département.

Elles aboutissaient à deux conclusions :

En premier lieu, que l'application par eux du tarif spécial réduirait leurs honoraires en moyenne de 50 % ; des preuves surabondantes en furent adressées à la commission d'enquête par l'intermédiaire des délégués médicaux d'alors :

Ensuite et par voie de conséquence, qu'au lieu d'appliquer le tarif officiel, ils continueraient de donner leurs soins aux blessés du travail aux prix de leur tarif ouvrier local.

Cette attitude, dans laquelle ils persévèrent encore actuellement, leur a valu à plusieurs reprises, et par une singulière équivoque, de la part de quelques représentants de Compagnies d'assurances, égarés par un esprit de parti vraiment outré et très symptomatique, le qualificatif de révoltés ! ! !

Nos confrères se sont cependant uniquement appliqués à conformer leur conduite à l'esprit de la circulaire ministérielle du 6 novembre 1905, informant MM. les Préfets que le tarif officiel n'était pas imposable aux médecins.

Leur situation est tellement légale que leurs adversaires n'ont pas caché leur intention d'obtenir par voie législative que le tarif ministériel devienne obligatoirement le tarif des accidentés du travail.

Pour défendre leurs très légitimes intérêts, les médecins ruraux du Rhône ont accepté de s'exposer depuis 2 ans à de multiples tracasseries ; ils auront encore,s'il le faut, toute la patience nécessaire pour attendre que la lassitude survienne chez leurs antagonistes.Mais ils pensent toujours, comme en 1905, que mieux vaudrait une reconnaissance équitable de leur bon droit, et ils ne peuvent pas se désintéresser du résultat de la révision actuelle.

La participation, qu'on leur dit prochaine, des accidents agricoles à la protection légale leur fait désirer plus encore une réfection du tarif spécial, assez équitable pour qu'ils puissent en faire leur tarif usuel de tous les accidentés du travail.

Négligeant les critiques de détail, et laissant volontairement de côté d'autres revendications essentielles, mais communes à tous les médecins du département, et qu'à ce titre notre Syndicat du Rhône a pris soin de présenter, nous ne voulons discuter que les deux points du tarif les plus opposés aux intérêts des médecins ruraux.

I. — La variabilité de l'honoraire suivant le chiffre de la population et les principes fondamentaux du tarif.

La rémunération proportionnelle. — Le tarif spécial de 1905 a adopté le principe rationnel et juste de la rémunération du médecin proportionnellement au nombre et à l'importance des actes médicaux.

Disons en passant qu'il ne pouvait en être autrement.

Le forfait. — Le système opposé, celui du forfait, appelle trop de critiques, parmi lesquelles les deux suivantes seraient plus que suffisantes pour le faire condamner.

Il est immoral, parce qu'il oppose l'intérêt du médecin à son devoir.

Il engendrerait fatalement une insuffisance de soins préjudiciable aux blessés, et aussi aux responsables qui rapidement verraient s'accroître le chiffre des indemnités quotidiennes pour les petits traumatismes et celui des rentes à payer pour les infirmités permanentes.

Il ne peut être défendu par aucune bonne raison.

On ne peut demander sérieusement aux médecins d'accepter pour leur tarif le caractère forfaitaire attribué par la loi au seul contrat intervenu entre responsables et victimes.

Le désir des Compagnies d'Assurances de ramener le chiffre des honoraires médicaux à une de ces moyennes qu'elles recherchent en tout, au plus grand avantage de leurs caisses, est une prétention inadmissible.

Elle tendrait à une véritable déformation de la portée de la loi des accidents du travail, qui n'a pas été faite en faveur des Compagnies d'Assurances.

Aujourd'hui tout le monde s'assure, alors que tout concourt à diminuer le nombre des accidents et spécialement l'inspection du travail dans l'industrie, la crainte des responsabilités, soigneusement entretenue chez les commerçants, les patrons et les particuliers.

Ces simples constatations paraîtront à tous plus probantes que certains cris de détresse ! Que Messieurs les Assureurs se contentent donc de la situation privilégiée faite à leur corporation et qu'ils renoncent à enlever aux médecins praticiens leur nécessaire.

Honoraires proportionnés à la population. — La combinaison du principe de la variabilité de l'honoraire suivant le chiffre de la population, avec celui de la rémunération *proportionnelle*, a complètement vicié, dans l'application, les conséquences naturelles de ce dernier principe, seul bien fondé.

Nous n'insisterons pas sur ce qu'a de puéril cette décision que tout médecin, dont la résidence comptera un peu moins de 5.000 habitants ne pourra prétendre au même honoraire que ses confrères voisins (car des localités d'environ 5.000 habitants peuvent être voisines), établis dans une localité comptant quelques unités de plus !

Cette distinction subtile paraît avoir été empruntée aux règlements fiscaux. Or, ne déclare-t-on pas actuellement que notre système fiscal est suranné ? Pourquoi, dès lors, chercher à en appliquer les règles mauvaises aux médecins ?

En matière d'honoraires, les usages locaux sont tout à fait indépendants du facteur « importance de la population ».

La région à population très dense du Nord n'est-elle pas celle où les honoraires sont le moins élevés ?

La population du lieu de résidence du médecin ne peut être prise en considération qu'au seul point de vue de l'importance du déplacement qui en résulte pour les visites. Et encore ne faut-il pas faire des catégories trop étroites.

La vérité sur les situations médicales à la campagne. — La population du lieu de sa résidence ne donne pas réellement une idée exacte des charges de l'existence et des frais généraux professionnels du médecin.

A la campagne et dans les petites villes, la vie est en général plus coûteuse pour le médecin. Obligé de tenir un certain rang dans la Société. il paie partout le prix fort. La concurrence entre les fournisseurs moins nombreux que dans les grandes villes n'y a pas encore avili le prix des denrées et objets d'utilité première. On n'y connaît pas les grands magasins !

La moindre importance du loyer fait que la patente est moins élevée. Mais cette différence est compensée, même bien au-delà, par l'énormité des

frais engagés par le praticien rural pour s'assurer des moyens de locomotion indispensables que le citadin peut, le plus souvent, éviter de prendre à sa charge.

Les exigences croissantes de la clientèle nous obligent à l'emploi des moyens de transport les plus modernes, qui sont aussi les plus coûteux et exigent un personnel en conséquence.

Le téléphone est devenu non moins obligatoire.

De ces transformations de la vie du médecin de campagne, dont la clientèle tire seule tout le profit, les accidentés du travail sont les premiers à bénéficier, et l'arrivée rapide du médecin dans ces cas est souvent un important facteur d'économie pour les responsables du sinistre.

Il ne faut pas oublier qu'à la campagne, les clients fortunés sont moins nombreux, et que les clients pauvres ou assistés à des tarifs onéreux sont plus également répartis dans les clientèles.

De toutes ces considérations, il résulte, sans conteste, que de deux médecins ayant une clientèle moyenne, l'un dans une grande ville, l'autre à la campagne ou dans une petite ville, le dernier est celui qui supporte le plus de charges.

En réduisant donc à un minimum tous les honoraires des médecins des localités de moins de 5.000 âmes, on a sacrifié les intérêts les plus légitimes des praticiens les plus modestes, qui, sous notre régime démocratique, devraient logiquement, au contraire, être les plus intéressants.

La consultation, unité d'acte médical. — Ce faux principe de la variabilité des honoraires suivant la population a servi, lors de l'établissement, du tarif de 1905, à faire choisir comme unité de l'acte médical, la visite.

Cette façon de procéder est illogique, la visite n'est pas un acte médical simple ; l'honoraire qu'elle comporte rémunère à la fois le déplacement du médecin et sa consultation.

L'acte médical le plus élémentaire, c'est la consultation simple au cabinet.

C'est à elle que doit s'appliquer l'honoraire minimum ; et pour la classe des salariés, ce minimum ne peut descendre au-dessous de 2 francs.

L'enquête administrative de 1907. — L'enquête administrative a été complètement faussée grâce à cette substitution de la visite à la consultation.

Ses résultats, s'ils ne nous ont pas été favorables, ce que nous n'avons pas pu savoir, ne nous sont en tous cas pas opposables. La question avait été mal posée, et le refus de Monsieur le Ministre du Travail de communiquer aux intéressés les motifs des décisions de rejet nous autorise à jeter la suspicion sur les travaux de ses bureaux.

S'il existe réellement des régions médicales pratiquant un tarif inférieur, elles ne sont sûrement pas nombreuses et rien ne s'opposerait, nous semble-t-il, à ce que l'arrêté futur désignât nominativement ces exceptions. Il serait en tous cas injuste que toutes les petites situations médicales en pâtissent.

Conclusions premières.

De ces considérations nous *concluons* :

1° Le principe fondamental de la rémunération proportionnelle est intangible ;

2° Le forfait doit rester définitivement condamné ;

3° Le faux principe de la variabilité de l'honoraire suivant le chiffre de la population, cause essentielle de l'insuccès du tarif de 1905, doit, à son tour, être condamné au nom de l'équité, et disparaître ;

4° A la consultation simple, au cabinet, le plus élémentaire des actes médicaux, il faut attribuer l'honoraire minimum ;

5° Ce minimum, pour les salariés, ne peut être que 2 francs ; quitte à désigner nominalement, dans l'arrêté, les localités où, par exception, les usages commanderaient d'abaisser ce chiffre.

II. — L'INDEMNITÉ DE DÉPLACEMENT.

Tout déplacement du médecin, même dans l'agglomération où il réside, doit lui valoir une indemnité.

La raison et la tradition nous appuient dans cette revendication capitale et essentielle pour les médecins ruraux.

Le dérangement, la perte de temps, les frais occasionnés, justifient facilement un supplément s'ajoutant à l'honoraire de la consultation, pour la visite simple et les différents actes médicaux pratiqués hors du cabinet.

Dans l'agglomération. — Dans les agglomérations, cette indemnité ne peut être fixée qu'à forfait.

Dans notre département, elle est partout de 1 franc ; portant le prix de la visite à 3 francs pour la classe ouvrière. Nous en avons fait la preuve lors de l'enquête administrative,. De ce chef, l'arrêté complémentaire aurait dû classer les communes rurales du Rhône parmi les localités ayant droit au prix de 2 fr. 50 pour la visite. Or, celles qui furent mentionnées n'obtinrent que 2 francs et le plus grand nombre, pour lesquelles des preuves identiques avaient été présentées, furent passées sous silence.

Nous nous associons sur ce point pleinement aux protestations formulées par nos confrères de l'Isère, de la Drôme et de l'Ardèche.

En pleine campagne. — Hors de l'agglomération, tout déplacement doit être rémunéré proportionnellement au nombre de kilomètres parcourus.

Là, aucun forfait ne peut logiquement intervenir, car un seul calcul est équitable, celui qui prend pour base la distance séparant l'un de l'autre le domicile du médecin et celui du blessé.

Si l'on nous opposait sur ce point tout autre base de calcul, ce ne pourrait être que par pure fantaisie.

Pas de forfait. — Un chiffre moyen de déplacements, attribuable à chaque sinistré soigné à domicile, ne pourrait se justifier que par des statistiques légitimement mises en suspicion, par l'impossibilité où nous serions de pouvoir contrôler leur suffisante importance, et la valeur des cas choisis (question purement médicale).

D'ailleurs, quand un traumatisme s'oppose, plus d'une fois ou deux, à la venue de la victime dans notre cabinet, cette impossibilité persiste tant que les soins sont nécessaires, et une indemnité, proportionnelle exactement au nombre vrai des déplacements, est seule équitable.

Le mode de calcul. — Le dispositif de l'article 8 du tarif actuel, avec toutes ses subdivisions et restrictions, ne peut trouver grâce devant le plus mauvais critique, aussi peu renseigné que possible sur nos usages.

Si le déplacement dans la commune de résidence du médecin, qui peut atteindre dans certaines communes rurales de la région montagneuse du Rhône, 12 kilomètres à parcourir dans les deux sens, ne méritait aucune indemnité, autant vaudrait la supprimer pour tous les déplacements.

Payer seulement les kilomètres parcourus de la limite de la commune de résidence du médecin, à la mairie de la commune du blessé, est un mode de tarification absolument inouï ! qu'il nous semble impossible de justifier par n'importe quel argument. C'est le pur arbitraire !

Le mode de transport. — Le taux de l'indemnité doit être indépendant du mode de transport.

Si l'on fait intervenir le chemin de fer, pourquoi pas alors distinguer aussi la marche, la bicyclette, le cheval et l'automobile ? Ce dernier mode devrait dans ce cas être primé, en raison des services exceptionnels qu'il permet de rendre aux blessés, et à ceux qui subissent les conséquences de l'aggravation de leur état, faute de soins immédiats appropriés.

La difficulté du transport en raison des accidents de terrain doit seule faire varier le taux de l'indemnité de déplacement.

Le taux. — Cette indemnité doit être nécessairement celle en usage dans la région, sans aucun rabais ; car il ne peut s'agir en cette matière de tarif ouvrier ; l'indemnité est partout la même, pour le salarié comme pour le propriétaire ou le bourgeois.

Dans le Rhône elle est, par kilomètres comptés à l'aller seulement de 1 franc en plaine et de 2 francs en montagne.

La limitation. — La formule adoptée pour éviter aux responsables le paiement d'indemnités de déplacement exagérées est très critiquable.

Elle est restrictive, au point de rendre impossible,dans un très grand nombre de cas, la pratique du libre choix, sous peine d'imposer aux médecins des pertes considérables.

Il n'est pas rare de voir, à la campagne, une localité dépourvue de médecin, être desservie plus habituellement par un ou plusieurs autres médecins, plus rapprochés mais moins souvent appelés.

Si le blessé veut conserver son médecin habituel, celui-ci devra consentir à l'abandon d'une notable partie de son déplacement.

Une localité peut posséder un médecin exerçant virtuellement mais dépourvue pour une raison quelconque de clientèle. La présence de ce confrère supprimerait tout droit à indemnité pour les médecins voisins exerçant normalement dans sa résidence.

Un blessé peut tomber sur le territoire d'une commune voisine de celle de son domicile. Le médecin le plus proche est appelé vu l'urgence. Ayant donné les premiers soins, il est plus qualifié pour continuer le traitement. Mais dans la localité où réside son malade, un médecin est installé. Pas d'indemnité !

Ne serait-il pas plus équitable, tout en maintenant le principe de la limitation, d'accorder, pour le cas où elle serait justifiée, une extension minime de 2 fr. par exemple,du parcours donnant droit à rémunération.

Nous connaissons tous des cas où cette tarification, peu onéreuse pour les responsables, aurait trouvé son application.

Les tournées médicales. — Faut-il répéter encore que les tournées de visite n'existent plus, dans le sens où on veut les prendre pour nous les opposer, depuis que la pléthore a multiplié, même dans les campagnes, les postes médicaux ?

Le médecin rural rayonne autour de son centre, mais on ne le voit plus parcourir, une journée durant, toute une vallée, ou une succession de communes hypothétiquement supposées contiguës à la périphérie de sa zone de clientèle.

Les pansements à pratiquer à domicile ne peuvent l'être au gré des circonstances, à des dates indéterminées, et la régularité des soins, facteur essentiel de succès, s'accommoderait mal avec ces pratiques d'autrefois.

Conclusions sur le déplacement. — Ces considérations appellent les *conclusions* suivantes :

1° La question de l'indemnité de déplacement étant primordiale pour les médecins ruraux, et son taux ne variant pas avec la situation sociale de leurs clients, ils ne peuvent consentir aucune concession sur ce point de leur tarif ;

2° Cette indemnité doit être réglée :

a) Dans l'agglomération de résidence, à forfait, à 0,50 cent. pour les villes de moins de 100.000 habitants, et pour les campagnes, ce qui y portera le prix de la visite à 2 fr. 50.

b) Hors de l'agglomération, proportionnellement aux distances parcourues, à raison de 1 fr. en plaine et de 2 fr. en montagne, par kilomètres effectués à l'aller seulement et comptés du domicile du médecin à celui du blessé ;

3° Le déplacement rémunéré ne pourra toutefois excéder de plus de deux kilomètres celui qui serait attribuable au médecin de la commune la plus rapprochée.

***

Les médecins ruraux du département du Rhône, confiants dans l'esprit de justice qui doit animer tous les membres de la Commission de Révision, et leur faire désirer ne pas réaliser œuvre vaine ; convaincus d'autre part, que les délégués médicaux mèneront à bien la lourde tâche qu'ils ont assumée, expriment l'espoir de voir le tarif remanié complètement sur les bases qu'ils croient avoir démontré être les seules rationnelles, devenir conforme à ce qu'il aurait dû être dès le début, et ainsi réaliser, suivant l'opinion émise à la Tribune de la Haute-Assemblée par M. Gourju, sénateur du Rhône, quand, le premier, il lança l'idée d'établir une tarification spéciale des soins médicaux, une sincère codification des usages locaux.

Belleville-sur-Saône, le 28 mars 1908.

Dr LÉPINE.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

Le Sou Médical

Séance du Conseil d'Administration du 2 juillet

Sont présents tous les membres du bureau et les conseils judiciaire et technique.

M. Gassot présente la liste des nouveaux adhérents, dont le Conseil prononce l'admission : MM. les docteurs :

132 Hau, à Villefranche-sur-Saône (Rhône).
138 Le Garrec, à Lorient (Morbihan).
140 Lehmann, à Paris, 14, rue Notre-Dame de Nazareth.
148 Houssay, à Pont-Levoy (Loir-et-Cher).
149 Jullien, à Fontaine-Française (Côte-d'Or).
150 Creutzer, à Crotoy (Somme).
155 Larré, à Nouan-le-Fuzelier (Loir-et-Cher).
158 Perrion, à Nantes (Loire-Inférieure).
159 Bouchez, à Lille-Fives, 159, rue Pierre-Legrand.
161 Taconnet, à Lille, 57, rue Brûle-Maison.
166 Delezenne, à Ronchin, (Nord).
167 Pollet, à Lille, rue des Jardins.

170 Ruyssen, à Hambourdin (Nord).
173 Bouret, à Lille, 146, rue de la Louvière.
179 Michel, à Montaigut-en-Combrailles (Puy-de-Dôme).
187 Perrin, à Pouilly-sur-Loire (Nièvre).
189 Chopinet, à Béthisy-Saint-Pierre (Oise).
190 Tissot, à Chambéry (Savoie).
197 Ortal, à Cherbourg (Manche).
203 Michon, à Louviers (Eure).
217 Constant, à Prunay-le-Gillon (Eure-et-Loir).
218 Schwarzschild, à Paris (26, place de la Chapelle.
220 Roux, à La Caducière (Var).
223 Favier, à Quesnoy-sur-Deûle (Nord).
224 Duhem, à Billy-Montigny (Pas-de-Calais).
226 Roche, à Coudekerque-Branche (Nord).
228 Montané, à Périgueux (Dordogne).
229 de Pindray, à Périgueux (Dordogne).
232 Aka, à Périgueux (Dordogne).
236 de Laurière, à Périgueux (Dordogne).
245 Dumont, à Périgueux (Dordogne).
249 Laroche, à Périgueux (Dordogne).
250 Faur, à Périgueux (Dordogne).
251 Chaume, à Périgueux (Dordogne).
254 Bonnet, à Périgueux (Dordogne).
261 de Lacrousille, à Périgueux (Dordogne).

M. de Grissac analyse la correspondance échangée depuis la dernière réunion.

Le Conseil examine ensuite les affaires en cours.

Affaire du Dr C. de M. P. — Le professeur T..., expert dans un procès en recouvrement pour soins donnés à un blessé du travail, a refusé de déposer un rapport parce que le Dr C., demandeur, n'avait pas effectué, ainsi qu'il est d'usage à la justice de paix du XIXe arrondissement de Paris devant laquelle vient l'affaire, le versement provisionnel de ses honoraires d'expertise. En présence de ce refus, le juge de paix, a rayé l'affaire du rôle. Un préjudice certain a ainsi été causé au Dr C., et l'expert, si, comme le croient de nombreux jurisconsultes et notamment Me Gatineau, il a outrepassé ses droits en demandant une provision bien qu'il n'eût aucun débours à faire, lui en doit réparation.

Le Comité du « Sou médical » avait décidé de soutenir au nom du Dr C.., une demande en dommages-intérêts contre l'expert, afin de faire juger définitivement, au besoin par la juridiction d'appel, la question de la légitimité de l'exigence d'une provision pour les honoraires des experts. Dans une pensée de conciliation à laquelle,il a lui-même rendu hommage, l'expert mis en cause a été avisé par lettre de la prochaine introduction de cette demande, dont le « Sou » faisait une question de principe, et non une affaire personnelle le visant particulièrement. Mais celui-ci, dans une lettre adressée au « Sou », a avancé que son refus de déposer son rapport avait pour cause, non pas le défaut de provision, mais un différend survenu entre le Dr C., et lui sur sa façon de procéder à l'expertise, le Dr C. ayant prétendu qu'une expertise médicale ne saurait être sérieuse en l'absence d'examen du blessé lui-même.

Dans ces conditions, et comme il était probable que le terrain sur lequel se plaçait l'expert devrait amener une déviation du débat et partant l'impossibilité de faire trancher, grâce à cette espèce, la question de principe qui intéresse seule le corps médical, Me Gatineau a été d'avis qu'il valait mieux renoncer à introduire cette demande au moins dans les circonstances qu'il avait lui-même indiquées. Le professeur T..., a été avisé par une nouvelle lettre du Président du « Sou », de cette solution.

Affaire du Dr L., de Paris. — Un jugement rendu par le Tribunal de la Seine en appel sur une affaire de recouvrement d'honoraires accidents du travail, a décidé, par interprétation du tarif Dubief, qu'il ne pouvait être compté par jour qu'une seule séance de massage, quelles que soient l'importance et la différence des régions massées, par exemple, l'épaule et la cuisse.

Le Dr L. estime que cette interprétation est erronée et qu'il y aurait lieu pour le « Sou médical », de porter l'affaire devant la Cour de Cassation.

Me Gatineau étudiera la question, lorsqu'il aura été mis en possession du texte intégral du jugement et du rapport de l'expert, que le Dr L. sera prié de lui procurer.

Le Dr C., de M.. expose diverses affaires de recouvrement d'honoraires accidents du travail dans lesquelles il rencontre des difficultés auprès des Compagnies d'assurances.

Le Conseil du « Sou », l'engage à poursuivre judiciairement, attendu qu'il a certainement raison.

M. de Grissac se charge de ces diverses affaires.

« L'Ancre Médicale »

Assurance mutuelle contre les accidents causés par les véhicules des médecins.

1° *Situation de la mutuelle au* 31 *juillet* 1908.

Il a été enregistré depuis la fondation de la Société (12 juillet 1906)..	205 adhésions
Il y a actuellement en cours	197 polices
Formant un total de cotisations annuelles de.	14.606 francs 25
Capitaux assurés......	2.309.500 francs

Il a été remboursé aux sociétaires, sur les bénéfices, à titre de ristourne :

en 1906, 1er exercice.	7.41 %	de leurs cotisations
en 1907, 2e exercice..	7.55 %	» »

2° *Extraits des tarifs abaissés par l'Assemblée Générale extraordinaire du* 28 *juillet* 1908.

a) *Voiture attelée.*

Pour garantie de 2.000 fr., cotisation : 17 fr.

b) *Automobile.*

	5/6 HP	7/9 HP
Pour garantie de 5.000 fr.....	41 fr.	45 fr.
10.000 fr.....	58 fr.	63 fr.

c) *Motocyclette.*

Pour garantie de 5.000 fr., cotisation : 31 fr. 50.

d) *Bicyclette.*

Pour garantie de 5.000 fr., cotisation : 10 fr.

Tarifs complets et renseignements sur demande :

Au siège social : 1 quai de la Pêcherie, à Lyon ;
Aux membres du conseil d'administration :
Dr Lépine, président, à Belleville (Rhône) ;
Dr Bonnet, secrétaire, à Neuville (Rhône) ;
Dr Allemand, à Cours (Rhône) ;
Dr Bertoye, à Villeurbanne (Rhône) ;
Dr Fayard, au Péage-de-Roussillon (Isère) ;
Dr Monin, à Lyon (Rhône), 12, rue Emile-Zola ;
Dr Bec, à Fleurie (Rhône), commissaire-censeur.

Syndicat des médecins de la Nièvre

Compte-rendu de l'assemblée générale annuelle

(6 *août* 1908)

Après le déjeuner traditionnel chez Hubert, on se réunit dans la salle réservée du Grand café ; ont signé la feuille de présence les confrères : Durand (Donzy), Régnier (Decize), Cordonnier (Fourchambault), Gautier (Pouilly), H.-Moineau (Cosne), Bacquelin (Nevers), Chaix (Cercy-la-Tour), Trivas (Nevers), Rondu (St-Saulge), Coursier (Brinon-sur-Beuvron), Roussel (Champleny), Paley (Cosne), Subert (Clamecy), Laurent (Cosne), Rœllinger (Clamecy), Perdriat (La Charité), Gaztow (Nevers), Cougnat (Champlemy), Lallier (Tannay), Billard (Corbigny) Blond (Châteauneuf), Filleux (Corbigny), Mignon (Tannay), Redde (Pouilly), Petit (Decize), Julliard (Pouilly), Turpin (Magny), Favalelli (La Charité), Margouliss (La Charité), Sallé (Nevers), Panné (Nevers), Marchais (Nevers), Gauthier (Saint-Benin-d'Azy).

A 2 heures, M. Panné, président, déclare la séance ouverte. Il lit un rapport dans lequel il examinela situation du Syndicat et indique la conduite à tenir, à son avis, pour terminer un conflit qui a trop duré. Il tient aussi à faire connaître l'opinion de trois confrères étrangers au département, à qui le corps médical français reconnaît unanimement une compétence et une autorité sans rivales dans les questions d'intérêt professionnel.

Ce sont les docteurs Noir, secrétaire général de l'Union des Syndicats médicaux, de Grissac secrétaire général du « Sou médical , Jeanne, rédacteur en chef du *Concours médical*. Le premier, après examen de la situation du Syndicat des médecins de la Nièvre, conclut à la rév ision des statuts.

Le deuxième, à la dissolution et à la création d'un nouveau Syndicat; le troisième est plutôt partisan de la dén ission collective des membres indépendants..

Le Dr Panné termine en donnant son avis propre : il repousse formellement toute mesure de rigueur (exclusion) ou ce circonstance (révision des statuts),mais il ne conseille pas non plus la démission collective ; il s'en tient à la dissolution. Si elle n'est pas votée,le bureau sera démissionnaire et dans cette éventualité, les syndiqués présents auront à se mettre d'accord pour la constitution d'un nouveau bureau.

Le Dr E. Gautier (Pouilly) demande la parole et cherche à démontrer que les sentiments et le programme de l'Union syndicale, tels qu'ils sont exposés dans la circulaire J. Subert, sont devenus caducs et qu'il y a une Union syndicale «nouvelle manière «. Une discussion s'engage entre les Drs Panné, Régnier, Gauthier, Durand, Favalelli, indépendants, et Gautier, Lallier, Blond, Petit, Cougnot, Billard, unionistes, de laquelle il résulte : 1o que ces derniers, chacun en son nom personnel, sont animés des intentions les plus conciliantes, mais n'ont aucun mandat officiel pour engager l'Union ; 2o que les documents publiés n'ont été ni désavoués, ni modifiés; 3o que leur esprit est au contraire parfaitement appliqué dans certaines localités où la situation s'y prête, ainsi qu'il résulte de deux lettres de confrères (dont il est donné lecture) et qui prouvent qu'il existe déjà dans la Nièvre des « médecins administratifs » ; ces documents (le vœu Subert) font donc foi, jusqu'à preuve authentique du contraire, pour exprimer les tendances de l'Union syndicale.

Ce point acquis, l'assemblée passe à la suite de l'ordre du jour qui appelle :

L'admission d'un nouveau confrère (Dr Favelier) de Luzy, prononcée à l'unanimité.

La régularisation de la nomination comme secrétaire du Dr Gauthier (de Saint-Benin-d'Azy) demandée par les membres du bureau comme collaborateur en raison du travail sans cesse croissant occasionné par le différend actuel : votée à l'unanimité.

La question de l'impôt sur le revenu, introduite par le Dr H. Moineau (de Cosne) : d'un commun accord, en raison de l'importance des dernières questions à l'ordre du jour, cette discussion est remise.

Une demande de relèvement de tarifs introduite par le Dr Petit (Decize) est prise en considération, mais le Président fait remarquer qu'elle pourra être reprise au fond et appuyée par le nouveau bureau, s'il y a lieu, et qu'il importe d'abord de vider la question de dissolution.

Avant de passer au vote sur cette question, le Dr Marchais,trésorier,rend ses comptes et donne au Dr H. Moineau, qui demande des détails très précis, toutes les explications nécessaires, et il obtient sans opposition un vote d'approbation et de pleine confiance.

On passe au vote sur la dissolution ; il est nominatif et par bulletins fermés.En tenant compte des avis émis en referendum par les confrères non présents à la réunion, les voix recueillies se partagent ainsi :

Pour la dissolution : 30.
Contre la dissolution : 19.

Aux termes des statuts, la dissolution ne pouvant être acquise que par l'avis favorable des 3/4 des volants, il en résulte qu'elle est repoussée. En faisant part de ce résultat, le Président rappelle que la conséquence est la démission collective du bureau et engage les confrères présents à se mettre d'accord pour en constituer un autre.

Le Dr Gautier (de Pouilly), se félicite du résultat, et après avoir recouvert de fleurs le bureau démissionnaire, avoue que c'était là le but que poursuivaient les membres unionistes du Syndicat. Il dit qu'à une situation nouvelle,il faut des hommes nouveaux....le Dr Laurent (de Cosne) propose alors de nommer président le Dr Gautier (Pouilly) cette motion est repoussée sans discussion. Après une longue période d'indécision complète, il devient évident pour tous que la nomination d'un nouveau bureau est absolument impossible. Puisque l'assemblée n'admet pas un bureau « panaché », puisque les confrères indépendants que le referendum semblait avoir désignés pour diriger un nouveau bureau refusent énergiquement cette mission, puisqu'enfin les membres de l'ancien bureau déclarent que leur démission est collective, on ne peut plus songer qu'à proposer encore une fois cet ancien bureau,puisque du reste — à défaut de nouveaux dirigeants — c'est lui toujours qui forcément resterait chargé de l'expédition des affaires courantes. Les Drs Durand et Régnier proposent donc de nommer de nouveau l'ancien bureau.

Le Dr Panné fait alors remarquer que si l'ancien bureau était remis en fonctions, ce ne pourrait être qu'à la condition d'être pourvu d'un mandat limité à l'étude de la liquidation amiable du Syndicat. Il estime que la situation est sans issue et ne peut être résolue que par la disparition ou la transformation radicale du Syndicat actuel. Ce point de vue bien spécifié par M. Panné ayant été nettement adopté par l'assemblée, on passe au vote sur la proposition des Drs Durand et

Régnier « maintien en fonctions de l'ancien bureau, avec mandat limitatif ».

Le vote a lieu au bulletin secret : 33 présents, 32 bulletins trouvés :

Pour le maintien de l'ancien bureau....	21
Pour un bureau nouveau............	8
Bulletins blancs....................	3

L'ancien bureau, ayant encore une grande majorité, se trouve parfaitement qualifié pour exécuter le programme qu'il vient de tracer, et M. Panné pose alors la question de l'emploi des fonds mise sur le tapis par une proposition signée des Drs Régnier, Bacquelin et Chaix, ainsi conçue :

« Emploi des fonds disponibles de la caisse du Syndicat.

1° Attribution à l'Union de la somme lui revenant au prorata de ses membres.

2° Envoi à parts égales du reste :

a) Au « Sou médical ».

b) A l'Union des Syndicats médicaux ».

Une discussion assez confuse s'engage sur cette proposition : le Dr Billiard (de Corbigny) cherche à démontrer que la majorité du Syndicat n'a pas le droit de disposer de l'argent, même pour des œuvres de défense professionnelle, en dehors du département. Un certain nombre de confrères pressés par l'heure des trains, réclamant la clôture, la séance est levée à 4 *heures*, sans *que cette question ait été discutée à fond.*

Le secrétaire du Syndicat :
Dr V. GAUTHIER.
Correspondant du *Concours*.

Syndicat médical de l'Aube.

L'Assemblée générale du Syndicat a eu lieu le 21 mai 1908, à 3 h. 1/2 du soir, dans une des salles, de l'hôtel de Ville de Troyes.

16 médecins s'étaient excusés.

Au début de la séance peu de médecins dans la salle, surtout des médecins troyens, aussi intervertit-on l'ordre du jour pour permettre à nos confrères d'arriver et l'on commence par la lecture du compte rendu de l'Assemblée générale de 1907 qui est adopté à l'unanimité.

On vote félicitations et remerciements au Trésorier après lecture de son rapport qui nous apprend que notre caisse est florissante.

La salle se garnit peu à peu et une quarantaine de confrères sont présents.

Rapports avec les Sociétés de Secours mutuels

Le Président prend alors la parole et rend compte des pourparlers qui ont eu lieu avec les Sociétés de Secours mutuels et qui jusqu'à présent n'ont produit aucun résultat, les mutualistes n'apportant aucune proposition ferme. « Cependant, dit-il, elles viennent de désigner 5 de leurs membres, MM. Daunay, Maréchal, Palengat, Prévost et Febvre pour former une Commission mixte médico-mutualiste. Vous allez donc avoir à nommer 5 de vos confrères pour compléter cette commission. Nous vous demandons de donner à vos délégués un mandat précis qui leur permette de parler avec la certitude de l'appui de tous les médecins syndiqués. N'oubliez pas que l'autorité de vos représentants dépend de la probité et de la fermeté avec lesquelles vous avez l'intention de tenir les engagements que vous avez pris ».

Dr HERVEY, — Je suis pour le maintien à l'égard des Sociétés Secours mutuels des décisions syndicales prises en 1906 savoir : le libre choix du médecin et le prix de la visite à deux francs mais pour faire œuvre de conciliation, je propose de tarifer la consultation 1 fr. 50 au lieu de 2 fr. pendant 2 années après lesquelles on appliquerait intégralement les décisions syndicales, soit 2 fr. la consultation.

Dr LASNE. — L'acceptation de la proposition du Dr Hervey mettra dans une fausse situation les médecins de campagne qui ont déjà obtenu satisfaction des Sociétés Secours mutuels et sont payés depuis 18 mois d'après le tarif syndical.

Dr GROS. — Les médecins de Troyes font recouvrer leurs notes par les agents de recouvrements auxquels ils accordent un tant pour cent. Ne pourrait-on pas employer le même moyen vis-à-vis des Sociétés Secours mutuels ?

On maintiendrait intégralement les décisions syndicales : libre choix, prix de la visite et de la consultation à 2 fr. et les médecins de Troyes accorderaient aux Sociétés de Secours mutuels 10 °/o sur le paiement de leurs notes, et cela, non à titre de Société de Secours mutuels, mais comme office de recouvrement. Cette proposition ne rallie presqu'aucun suffrage ! !

Enfin, après une discussion des plus vives à laquelle prennent part un grand nombre de confrères, entre autres les Drs Hervey, Lasne, Cochery, Gros, Bertrand, Picard, Loppé, Laumet, on finit par voter les deux propositions suivantes :

1° Le Syndicat autorise ses délégués à accepter et à soutenir, si besoin est, devant la commission médico-mutualiste, la proposition du Dr Hervey.

2° Les délégués devront faire observer que ce vote n'engage que les médecins de Troyes et qu'en cas de contrat avec les Sociétés Secours mutuels, les avantages obtenus par les médecins ruraux depuis 1906 sont formellement reconnus par les Sociétés de Secours mutuels et considérés comme définitivement acquis.

Sont ensuite nommés par acclamation, délégués des médecins à la commission médico-mutualiste, les Drs Hervey, Laumet, Voix, Berthier et Gros.

Démissions. Candidatures.

On reprend la suite de l'ordre du jour et l'on adopte la candidature du Dr Robert, de Bar-sur-Seine, présentée par MM. Chantier et Delarue. Le Secrétaire général fait part des démissions des Drs Haillot de Maisons-Blanches, pour raisons de santé, et Leclerc de Payns, qui quitte la médecine. Il présente pour la 1re assemblée générale la candidature du Dr Chalmette, de Troyes.

Délégués à l'Union des Syndicats.

Il est procédé ensuite à la nomination de 2 délégués à l'assemblée générale de l'Union des Syndicats médicaux de France pour l'année 1908. Sont délégués MM. Daviau, de Troyes et Lucron, de Vendeuvre.

Le Congrès de Lille.

Sur l'avis du bureau, les médecins syndiqués votent une somme de 0,50 par membre, destinée au Congrès des Praticiens de Lille et délèguent pour les représenter à ce Congrès le Dr Bertrand, de St-Parres-les-Vandes, auquel il alloue 60 fr. à titre d'indemnité.

Le tarif accidents.

A propos des assurances et du Tarif Dubief l'assemblée décide de s'associer à la protestation envoyée au Ministre de la justice par le « Sou médical » et de féliciter ce dernier de son initiative. Elle charge son bureau d'envoyer à ses représentants près de la Commission ministérielle du tarif Dubief la lettre suivante destinée à atti-

rer leur attention sur la tarification de l'indemnité kilométrique.

Messieurs et honorés Collègues,

Le compte rendu succinct publié par le *Concours médical* du 12 avril 1908, sur ce qui s'est passé dans le sein de la commission du tarif des accidents, n'est pas de nature à rassurer complètement le corps médical.

Outre la difficulté presque insurmontable de déterminer d'une façon équitable les différentes catégories d'accidents, nous ne voyons pas trop comment on pourra évaluer, dans ce système, l'indemnité kilométrique.

Il ne faut pas oublier que c'est cette évaluation, injuste et fantaisiste dans l'ancien tarif, qui a soulevé contre lui le plus de réprobation parmi les praticiens de campagne.

Nous attirons donc spécialement l'attention de nos délégués sur ce point et comptons sur eux pour défendre, au sein de la sous commission, les intérêts des praticiens de province.

Veuillez agréer, Messieurs et honorés Confrères, l'assurance de nos plus dévoués sentiments.

Enfin, l'*impôt sur le revenu*. Les médecins syndiqués de l'Aube, au nombre de 70, décident d'envoyer à tous leurs députés et sénateurs, la lettre suivante au sujet de l'impôt sur le revenu.

Monsieur le Député (ou Sénateur),

Les médecins syndiqués du département de l'Aube, au nombre de 70, sans mettre en discussion le principe de l'impôt sur le revenu, estiment de leur devoir d'attirer votre bienveillante attention sur la situation difficile que leur créerait la mise en vigueur des dispositions de cet impôt relatives à leur profession.

L'article 51 prévoit, en effet, la taxe sur les bénéfices nets réalisés pendant l'année précédente, sans tenir compte des dépenses inhérentes à leur profession, comme cela est prévu pour les industriels. Il en résulte que tout honoraire sera considéré comme bénéfice net.

Seront donc frappés par l'impôt :

Les indemnités réduites accordées pour le service de l'assistance médicale gratuite, les enfants assistés, les vaccinations, les allocations infimes accordées aux médecins des hôpitaux, les traitements déjà réduits des accidents du travail, des mutualités, etc.

Les frais de loyer, parfois si lourds et cependant obligatoires pour le médecin, les frais de transport souvent considérables, surtout pour les praticiens de campagne, les frais d'achats d'instruments, d'objets pansement, de médicaments pour ceux qui font la pharmacie, ne seront pas défalqués des frais généraux.

L'impôt frappera donc non seulement le revenu, mais le travail et les instruments de travail du médecin.

Nous vous demandons donc, Monsieur le Député, de vouloir bien prendre en considération nos réclamations et de voter dans la loi, lorsque viendront en discussion les articles du projet relatifs aux professions libérales, un article stipulant qu'on défalquera des bénéfices nets les frais inhérents exclusivement à notre profession.

Veuillez agréer, Monsieur le.....

Le service médical des agents forestiers.

Le Secrétaire général attire l'attention de ses confrères sur une lettre du conservateur des eaux et forêts demandant aux médecins de participer à l'organisation d'un service médical pour les employés de ce service.

Les conditions proposées étaient telles que la plupart des médecins ont refusé. Mais, pour éviter toute surprise à l'avenir, il est décidé par un vote de l'assemblée que toute proposition émanant d'une administration ou d'une collectivité quelconque à un médecin syndiqué, sera désormais communiquée par ce dernier au secrétaire général du Syndicat. Le Bureau jugera alors s'il y a lieu de provoquer une assemblée extraordinaire pour discuter et organiser avec le demandeur un service médical susceptible de sauvegarder tous les intérêts, ou répondre par un refus collectif.

Le repos hebdomadaire.

Pour faciliter aux médecins qui le désirent l'application du repos hebdomadaire, l'assemblée vote la publication dans les journaux locaux de l'avis suivant :

L'assemblée générale des médecins considérant que comme tous les travailleurs le médecin praticien a le droit de se reposer le dimanche et que seul un cas urgent de maladie ou de blessure lui crée le devoir social et humanitaire d'interrompre ce repos légitime ;

Assimilant donc les visites du dimanche à des visites d'urgence ;

Décide que :

1° Le prix de toute visite réclamée ou nécessitée le dimanche sera double de celui de la visite ordinaire;

2° Exception peut être faite pour les accouchements, les accidents et pour toute visite effectuée sur le désir propre du médecin à son malade en cours de traitement.

Les dispenses aux étudiants étrangers.

Les Drs Bertrand, de St-Parres, et Larraque des Riceys attirent l'attention du Syndicat sur l'envahissement de la profession médicale par les médecins étrangers qui n'ont pas toujours les titres exigés des médecins français pour exercer leur art et qui trop souvent ont envers ces derniers une attitude peu conforme à la déontologie. Le Secrétaire général fait remarquer qu'il serait peu charitable d'être hostile aux confrères étrangers munis de tous les titres français et agissant loyalement et correctement envers leurs confrères français. Que sur cette question, soulevée par le Dr Ducor au Congrès des Praticiens de Paris en avril 1907 le professeur Pinard a répondu de la façon suivante :

« Depuis 1895, il n'y a plus aucune dispense du baccalauréat pour les étrangers. Tout étranger qui n'a pas les titres universitaires français ne peut être docteur que de l'université et ne peut avoir un diplôme d'Etat. Nous avons bouché toutes les fissures et l'envahissement dont vous parlez ne peut plus se produire. »

Plusieurs membres de l'assemblée contestent la réalité en fait des allégations du P. Pinard vraies, peut-être, en théorie. Il est alors décidé que tout confrère connaissant des cas particuliers contraires à la thèse de l'honorable professeur en fera part au secrétaire général et qu'en possession de ces faits précis, le bureau adressera au Doyen une adresse les lui signalant et l'invitant à prendre les mesures nécessaires pour parer à un envahissement si préjudiable aux intérêts médicaux français.

L'assistance médicale gratuite.

Le service d'assistance médicale gratuite ne soulevant aucune objection de la part des membres présents, la séance est levée à 6 heures.

A 7 heures du soir, un banquet des plus fins et des mieux servis réunit une vingtaine de convives au restaurant Goubaut, rue de la Monnaie, et l'on se sépara assez tard dans la soirée en se donnant rendez-vous pour l'année prochaine.

REPORTAGE MÉDICAL

Arrêté du 28 *juillet* 1908 *modifiant le concours d'agrégation des facultés de médecine après avis de la commission extra-parlementaire de la Réforme des études médicales.*

L'arrêté du 20 février 1907, relatif à l'agrégation des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie est modifié ainsi qu'il suit, à partir du 1er janvier 1909 ;

TITRE Ier

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Art. 1er. — Les épreuves des concours qui déterminent la nomination des agrégés des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie sont réparties en deux séries indépendantes : épreuves d'admissibilité et épreuves d'admission.

Les épreuves d'admissibilité comportent trois sections :

1° Sciences anatomiques, physiologiques, physiques, chimiques, naturelles ;

2° Sciences médicales ;

3° Sciences chirurgicales et obstétricales.

Dans les 1re et 3e sections, les sujets des épreuves sont différents suivant les spécialités pour lesquelles sont inscrits les candidats.

Les épreuves d'admission sont spéciales suivant les sections déterminées ci-après.

TITRE II

DES ÉPREUVES D'ADMISSIBILITÉ

Art. 2. — Nul n'est admis à s'inscrire pour les épreuves d'admissibilité s'il ne justifie du grade de docteur en médecine.

Art. 3. — Le ministre détermine, d'après les besoins des établissements d'enseignements supérieur médical de l'Etat, le nombre maximum des candidats qui peuvent être déclarés admissibles à la suite de chaque concours.

Ce nombre ne peut être augmenté, une fois clos les registres d'inscription.

Suivant la valeur des épreuves, le jury peut rester en deçà de ce nombre.

Art. 4. — La date et le siège des épreuves sont fixés par le ministre.

Les registres d'inscription sont ouverts dans les secrétariats des académies six mois avant la date fixée pour les épreuves. Ils restent ouverts pendant quatre mois.

Art. 5. — Pour chaque section, les épreuves sont subies devant un jury de neuf membres choisis par le ministre, parmi les professeurs titulaires ou honoraires et les agrégés des facultés de médecine et des facultés mixtes.

Aucune faculté ne peut être représentée par plus de trois membres dans le jury.

Le jugement peut-être rendu valablement par cinq juges.

Une note en chiffres est attribuée, après délibération du jury, à chaque candidat pour chacune de ses épreuves.

Art. 6. — Les épreuves d'admissibilité sont :

1° Une composition écrite d'anatomie, d'histologie et de physiologie ;

2° Un exposé oral de trois quarts d'heure au maximum sur une question de pathologie générale ;

3° Une épreuve de clinique ;

4° Une épreuve pratique d'anatomie pathologique, y compris les divers procédés d'exploration des tissus et des humeurs morbides.

Art. 7. — Le président du jury assure la surveillance des épreuves et la régularité des opérations.

Art. 8. — Les sujets de la composition écrite sont choisis par le jury.

L'enveloppe qui les contient ne doit être ouverte qu'au début de la séance de composition, en présence des candidats.

La durée de la composition écrite est de quatre heures.

Elle a lieu dans une salle fermée.

Les candidats ne peuvent s'aider d'aucune note, d'aucun ouvrage imprimé ou manuscrit.

Toute communication entre les candidats est interdite.

Chaque candidat, après avoir signé sa composition, la remet au membre du jury chargé de la surveillance, lequel y appose son visa.

Les compositions sont lues en séance publique sous le contrôle d'un des juges.

Art. 9. — Trois heures sont accordées à chaque candidat pour la préparation, en salle fermée, sans notes et sans ouvrages imprimés ou manuscrits, de l'exposé oral sur une question de pathologie générale.

Tous les sujets proposés pour cette épreuve sont choisis par le jury avant le commencement de la série des exposés oraux.

Il doit y avoir autant de fois trois sujets que de candidats. Ces sujets sont placés trois par trois sous enveloppes fermées. Chaque candidat tire une de ces enveloppes suivant l'ordre déterminé par le sort, et choisit pour son exposé oral un des trois sujets qu'elle contient.

Art. 10. — Le jury détermine le temps accordé aux candidats pour l'épreuve de clinique et la préparation de l'épreuve pratique.

Drt. 11. — L'admissibilité est prononcée par le jury, après délibération.

La liste des candidats déclarés admissibles est dressée par ordre alphabétique.

Elle est publiée au *Journal officiel.*

Après la clôture des opérations, le Président du jury adresse au ministre un rapport sur les résultats des épreuves.

Art. 12. — Le bénéfice de l'admissibilité reste acquis indéfiniment.

Art. 13. — Un concours est ouvert chaque année pour les épreuves d'admissibilité.

TITRE III

DES ÉPREUVES D'ADMISSION

Art. 14. — Les épreuves d'admission correspondent aux sections suivantes :

I. *Médecine*

Anatomie et embryologie.
Hystologie et embryologie.
Physiologie.
Physique biologique et médicale.
Chimie biologique et médicale.
Sciences naturelles appliquées à la médecine.
Pathologie générale et médecine interne.
Anatomie pathologique.
Médecine expérimentale et comparée.
Thérapeutique et pharmacologie.
Hygiène.
Médecine légale.
Maladies nerveuses et psychiatrie.
Maladies cutanées et syphilitiques.
Chirurgie générale.
Obstétrique.
Chirurgie infantile et orthopédie.
Médecine infantile.
Ophtalmologie.
Maladies du larynx, du nez et des oreilles.
Gynécologie.
Maladies des voies urinaires.

II. *Pharmacie.*

PHARMACIE ET MATIÈRE MÉDICALE

Art. 15. — Nul n'est admis à se présenter aux épreuves spéciales pour les sections de médecine s'il n'a subi avec succès les épreuves d'admissibilité.

Art. 16. — Les candidats aux fonctions d'agrégé (section de pharmacie), dans les facultés mixtes de médecine et de pharmacie doivent justifier :

Soit : 1° du doctorat en médecine et de l'admissibilité à l'agrégation, soit : 2° du titre de pharmacien de 1re classe et du doctorat ès sciences physiques ou naturelles, soit : 3° du diplôme supérieur de pharmacien.

Art. 17. — Les épreuves sont :

1° Une épreuve de titres.

Elle consiste en un exposé public de ses travaux personnels fait par le candidat.

Il est accordé une heure à chaque candidat pour cet exposé.

En vue de cette épreuve, le candidat est tenu de fournir une notice imprimée de ses titres et travaux scientifiques.

Le format de la notice est le format prévu par l'arrêté du 1er mai 1896 pour les thèses de doctorat en médecine.

Les candidats doivent déposer en outre un exemplaire de chacune de leurs publications.

2° Une épreuve théorique.

Elle consiste en une leçon orale d'une heure faite, après quatre heures de préparation dans une salle fermée, sans aucune collaboration, sur une question se rattachant à l'ordre d'enseignement pour lequel le candidat est inscrit.

Pour cette préparation le candidat ne doit apporter aucun livre, aucune note.

Les ouvrages de la bibliothèque de l'établissement où a lieu le concours sont mis à sa disposition sur sa demande.

La surveillance est organisée par le président du jury.

3° Une épreuve pratique sur un sujet se rattachant à l'ordre d'enseignement pour lequel le candidat est inscrit.

Pour chaque ordre d'agrégation, le jury détermine la nature de l'épreuve pratique, sa durée et la durée de l'exposé oral public où le candidat rend compte de cette épreuve.

Art. 18. — Les jurys des diverses sections sont nommés par le ministre.

Ils sont constitués ainsi qu'il suit :

Section d'anatomie et embryologie et section d'histologie et embryologie.

Un seul jury composé de cinq titulaires :
Deux professeurs d'anatomie ;
Un professeur d'anatomie comparée ou d'embryologie ;
Deux professeurs d'histologie.
Deux juges suppléants.

Section de physiologie.

Cinq juges titulaires :
Trois professeurs de physiologie ;
Deux professeurs choisis parmi les professeurs d'histologie, de physique et de chimie médicales ou biologiques et de médecine expérimentale ou de bactériologie.
Deux juges suppléants.

Section de physique biologique et médicale.

Cinq juges titulaires :
Trois professeurs de physique.
Un professeur de physiologie.
Un professeur de médecine expérimentale ou de bactériologie.
Deux juges suppléants.

Section de chimie biologique et médicale.

Cinq juges titulaires :
Trois professeurs de chimie.
Un professeur de physique.
Un professeur de physiologie.
Deux juges suppléants.

Section des sciences naturelles appliquées à la médecine.

Cinq juges titulaires :
Quatre professeurs d'histoire naturelle.
Un professeur de bactériologie.
Deux juges suppléants.

Section de pathologie générale et médecine interne.

Sept juges titulaires :
Un professeur d'anatomie pathologique.
Un professeur de pathologie générale.
Un professeur de pathologie expérimentale ou de thérapeutique.
Les autres juges seront choisis parmi les professeurs de pathologie interne, de clinique médicale et des cliniques médicales spéciales.
Trois juges suppléants.

Section d'anatomie pathologique.

Cinq juges titulaires :
Deux professeurs d'anatomie pathologique.
Un professeur d'histologie.
Un professeur de pathologie générale ou de pathologie expérimentale.
Un professeur de médecine interne.
Deux juges suppléants.

Section de médecine expérimentale et comparée.

Cinq juges titulaires :
Deux professeurs de médecine expérimentale ou de bactériologie.
Deux professeurs de pathologie générale, de médecine interne, de thérapeutique d'hygiène ou d'anatomie pathologique.
Un professeur d'histologie ou de physiologie.
Deux juges suppléants.

Section de thérapeutique et pharmacologie.

Cinq juges titulaires :
Un professeur de thérapeutique.
Un professeur de pharmacologie.
Un professeur de chimie médicale.
Un professeur de clinique médicale.
Un professeur de physique médicale, de physiologie ou de pathologie expérimentale.
Deux juges suppléants.

Section d'hygiène.

Cinq juges titulaires :
Deux professeurs d'hygiène.
Un professeur de physiologie.
Un professeur de chimie médicale.
Un professeur de médecine interne ou de médecine expérimentale ou de bactériologie.
Deux juges suppléants.

Section de médecine légale.

Cinq juges titulaires :
Deux professeurs de médecine légale.
Un professeur de médecine mentale.
Un professeur de chimie ou de pharmacologie.
Un professeur de pathologie médicale, de pathologie chirurgicale ou de clinique obstétricale.
Deux juges suppléants.

Section des maladies nerveuses et psychiatrie.

Cinq juges titulaires :
Deux professeurs de pathologie nerveuse.
Deux professeurs de pathologie mentale.

Un professeur de médecine interne ou d'anatomie pathologique.
Deux juges suppléants.

Section des maladies cutanées et syphilitiques.

Cinq juges titulaires :
Trois professeurs de clinique des maladies cutanées et syphilitiques.
Un professeur de pathologie générale ou de médecine interne.
Un professeur d'histoire naturelle.
Deux juges suppléants.

Section de chirurgie générale.

Sept juges titulaires :
Les juges seront choisis parmi les professeurs de pathologie externe, de clinique chirurgicale, de médecine opératoire et des cliniques chirurgicales spéciales.
Trois juges suppléants.

Section de chirurgie infantile et orthopédie.

Cinq juges titulaires :
Trois professeurs de chirurgie infantile et orthopédie.
Deux professeurs de clinique chirurgicale.
Deux juges suppléants.

Section de médecine infantile.

Cinq juges titulaires :
Trois professeurs de médecine infantile.
Deux professeurs de clinique médicale.
Deux juges suppléants.

Section d'ophtalmologie.

Trois professeurs de clinique ophtalmologique.
Un professeur de physique médicale.
Un professeur de chirurgie.
Deux juges suppléants.

Section des maladies du larynx, du nez et des oreilles.

Cinq juges titulaires ;
Trois professeurs des maladies du larynx, du nez et des oreilles.
Un professeur de chirurgie.
Un professeur de médecine.
Deux juges suppléants.

Section de gynécologie.

Cinq juges titulaires :
Trois professeurs d'obstétrique.
Un professeur de chirurgie.
Deux juges suppléants.

Section des maladies des voies urinaires.

Cinq juges titulaires :
Trois professeurs de clinique des maladies des voies urinaires.
Un professeur de chirurgie.
Un professeur de médecine.
Deux juges suppléants.

Section d'obstétrique.

Cinq juges titulaires :
Trois professeurs d'obstétrique.
Un professeur de médecine.
Deux juges suppléants.

Section de pharmacie et matière médicale.

Cinq juges titulaires :
Deux professeurs de pharmacie.
Un professeur de chimie médicale.
Deux professeurs de botanique ou de matière médicale.
Deux juges suppléants.
Le professeur d'histoire de la médecine à la faculté de médecine de l'université de Paris peut être appelé à siéger dans tel ou tel jury, suivant sa compétence.

Art. 19. — Peuvent être appelés au même titre que les membres des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie, à faire partie de chaque jury, mais seulement pour une place : les membres de l'Institut et de l'Académie de médecine, les professeurs du Collège de France, du Muséum d'histoire naturelle et des Facultés des sciences et les professeurs honoraires des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie.

Art. 20. — Aucune faculté ne peut être représentée par plus de deux membres dans les jurys, quand ils sont composés de cinq juges ; par plus de trois membres quand ils sont composés de sept juges.

Art. 21. — Lorsque le jury est composé de sept juges titulaires, le jugement peut être valablement rendu par cinq juges.

Lorsque le jury est composé de cinq juges titulaires le jugement peut être valablement rendu par trois juges.

Les juges suppléants ne peuvent pas appartenir à la même faculté. Ils sont choisis dans les facultés qui ne sont pas représentées dans le jury, ou s'il s'agit de jurys composés de sept juges titulaires, dans les facultés qui n'y comptent pas plus d'un juge titulaire.

Art. 22. — Le procès-verbal de la délibération à la suite de laquelle est dressée, par ordre de mérite, la liste des candidats proposés au ministre pour le titre d'agrégé, doit, à peine de nullité du concours, faire connaître, pour chaque candidat, la valeur de chacune de ses épreuves et les raisons qui ont déterminé le jury dans ses choix et classement.

Suivant leur rang de classement, les agrégés sont appelés à désigner, parmi les facultés où des places de leur spécialité ont été déclarées vacantes, celle à laquelle ils désirent être attachés.

Si, dans l'intervalle de deux concours, une place d'agrégé de leur spécialité devient vacante dans une autre faculté, ils peuvent y être transférés sur leur demande.

TITRE IV.

DISPOSITIONS TRANSITOIRES

Art. 23. — Les docteurs en médecine candidats à l'agrégation et déclarés admissibles dans les concours antérieurs au 1er novembre 1907 sont dispensés des épreuves d'admissibilité prévues aux articles 1 et 6 du présent arrêté.

Art. 24 — Les dispositions du présent arrêté relatives aux épreuves d'admission seront appliquées aux concours qui seront ouverts à partir de l'année scolaire 1909-1910.

Art. 25. — Seront abrogées, à partir de l'entrée en vigueur du régime établi par le présent arrêté, les dispositions contraires des statuts du 16 novembre 1874 et du 27 décembre 1880 et de l'arrêté du 30 juillet 1887.

Art. 26. — L'arrêté du 25 juillet 1906, relatif à l'agrégation des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie est rapporté.

Fait à Paris, le 28 juillet 1908.

Gaston DOUMERGUE.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le docteur MONNET, de Paris, membre du « Concours Médical ».

Le Directeur-Gérant : **Dr H. JEANNE.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trentième année N° 36 Dimanche 6 SEPTEMBRE 1908

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Réflexions d'un vieux praticien

Aux jeunes médecins.

Quel est donc cet énorme budget de la prévoyance qui s'impose au jeune médecin ?

Tout d'abord Concours Médical, Syndicat, Association locale, Sou médical n'exigent qu'une cotisation uniforme : dix francs pour le premier, dix ou douze francs pour le second, douze francs pour l'Association et vingt pour le Sou — soit 54 francs.

Pour l'indemnité maladie et la retraite, les cotisations varient avec l'âge d'entrée. Examinons quelques-uns de ces âges :

1° Le médecin est jeune, il vient de s'installer, il a vingt-huit ans :

Il paiera 57 francs pour l'indemnité maladie ;

Pour la pension à 65 ans, il paiera 99 francs et s'il veut contre-assurer ses versements 35 fr. L'*Amicale* lui coûtera donc 191 francs au maximum. Son budget de la prévoyance et de la défense professionnelle sera de 245 francs, moins d'un franc par jour, et il sera garanti autant qu'il peut souhaiter l'être.

2° Il a trente ans, il est marié, il songe à l'avenir de sa femme et il paiera à l'Amicale :

59 francs pour l'indemnité-maladie ;

110 francs pour la pension ;

39 francs pour la contre-assurance facultative ;

Enfin à la combinaison D, si sa femme a 22 ans par exemple, 189 francs pour lui assurer une pension de 600 fr. en cas de décès.

C'est un total de 451 fr. C'est assurément à ce moment que ses ressources sont le plus maigres : lui est-il donc pourtant impossible de prélever moins de 1 fr. 25 par jour ? Personne ne le croira. *Il est essentiel de noter que ces cotisations sont permanentes, le suivront jusqu'à 65 ans sans aucune augmentation et qu'à cet âge il n'aura plus rien à payer* ; prévoyant de bonne heure, il en sera récompensé.

3° Il est plus âgé, il a 35 ans, sa femme en a 28 — il paiera :

65 francs pour l'indemnité-maladie ;

145 francs pour la retraite ;

51 francs pour la contre-assurance ;

212 francs pour la retraite de sa femme.

En tout 527 francs soit 1 fr. 44 par jour.

4° Il a laissé passer les années : il a quarante ans, il commence à réfléchir et regrette de ne s'être pas décidé plus tôt ; sa femme a 32 ans — il paiera 72 francs pour l'indemnité maladie ;

197 francs pour la retraite ;

60 francs pour la contre-assurance ;

255 francs pour la retraite de sa femme.

En tout 646 francs soit 1 fr. 77 par jour.

Que nos confrères veuillent bien le remarquer, d'ailleurs, il ne s'agit pas là de sommes versées par eux en pure perte et dont ils ne profiteront pas personnellement.

S'ils sont malades, s'ils ont un accident — ils seront fort aises, nous en avons la preuve chaque jour, de toucher l'indemnité-maladie ;

S'ils arrivent à 65 ans, ils ont une pension viagère de 1200 francs.

Viennent-ils à mourir avant 65 ans, leurs versements pour la retraite et la contre assurance sont remboursés à leurs familles, en même temps que leurs veuves ou leurs enfants mineurs touchent la pension de 600 francs.

Qu'ils aient à recourir au « Sou Médical » à la

suite de quelque difficulté grave, l'aide qui leur sera prêtée ne consistera pas seulement en bonnes paroles et en condoléances plus ou moins sincères : c'est encore sous forme d'espèces ayant cours que se traduira l'assistance confraternelle.

Or, on conviendra que la part qui, sur la cotisation annuelle, revient à ces trois œuvres du Sou, de l'indemnité-maladie et de la retraite, constitue la presque totalité de la somme versée ; ne peut-on dire alors que les avantages matériels assurés compensent et au-delà le sacrifice que peuvent paraître exiger les autres œuvres qui, elles, assurent surtout des avantages moraux ?

Encore est-ce là une manière de parler, car quel est le confrère qui pourrait soutenir que son adhésion au Syndicat de sa région n'a pas augmenté les recettes d'une somme bien supérieure à celle qu'il devra verser pour la participation à toutes les œuvres sans exception ?

Car nous avons envisagé la participation complète, totale. Or, le plus souvent, l'adhésion se fait progressivement : d'abord le Concours, le Syndicat, le Sou médical, puis l'Association Générale et l'Amicale-maladie, combinaison A ; la retraite vient ensuite, combinaison C, et la pension pour la veuve, combinaison D. Si l'on admet que le médecin a commencé à 28 ou 30 ans pour arriver à 40 ans à la garantie complète par l'adhésion complète, on voit que ses sacrifices journaliers n'excèdent pas 1 fr. 50 par jour.

Et ce sont ces sacrifices qu'on déclare impossibles !

Jeunes confrères, calculez maintenant vos dépenses inutiles, celles qui parfois même nuisent à vos intérêts propres...... et faites la comparaison.

Vous me direz ensuite si le vieux praticien n'a pas raison de vous dire : vous avez à votre disposition des œuvres que n'ont pas connues vos aînés, profitez-en et surtout profitez-en pendant que vous êtes jeunes.

Un vieux praticien.

LA SEMAINE MÉDICALE

La dermatose des cimentiers

L'usage très répandu actuellement du ciment dans les constructions détermine fréquemment chez les ouvriers une dermatose papuleuse que ceux-ci appellent gale du ciment.

M. le Dr R. Martial a consacré à cette affection quelques pages de la *Revue pratique des maladies cutanées, syphilitiques et vénériennes.*

« Le ciment, dit-il tout d'abord, n'est pas un corps inerte. En voici la composition d'après l'arrêté ministériel du 2 juin 1902 concernant les fournitures de ciment et de chaux hydrauliques.

Le ciment est le résultat d'un mélange intime, obtenu par mouture, de carbonate de chaux, silice, alumine et fer, cuit jusqu'à ramollissement. Suivant sa provenance, il contient de 1, 5 à 3, et plus pour 100, d'acide sulfurique (à l'état de sulfates), 2 à 5 pour 100 de magnésie et plus, la quantité d'alumine varie de 8 à 10 pour 100. Suivant sa composition, sa vitesse de prise varie de 2 heures à 14 heures. Dans plusieurs variétés de ciment dont on a fait faire l'analyse, on a même trouvé 0.80 à 1.20 de soude caustique.

Le traitement de la dermatose des cimentiers consiste d'abord à cesser le travail ; dans la plupart des cas, il suffit alors, après deux ou trois jours d'application de la pâte Lassar (1) (calmante antiprurigineuse), que l'on peut faire précéder de lotions coaltarées faibles (à condition de bien sécher avant de mettre la pâte), il suffit, dis-je, d'ajouter à cette pâte 5 % d'huile de cade, ou de la remplacer par le glycérolé cadique (faible, puis fort), nuit et jour, ou la nuit seulement, et poudre de talc dans le jour.

S'il y a de l'eczématisation, de l'œdème, du suintement, on appliquera d'abord la méthode antiphlogistique (pansements demi-humides à l'eau bouillie, cataplasme de fécule de pommes de terre faits à chaud et appliqués à froid) ; s'il y a de l'infection, la méthode aseptique (pulvérisations boriquées, etc.) et non pas antiseptique.

Prophylaxie. — A l'ouvrier guéri qui veut reprendre son travail, on conseillera de se graisser (lanoline) ou de se cirer (cire ordinaire) les mains et les avant-bras avant le travail ; essuyer à sec avant le déjeuner, cirer de nouveau à la reprise du travail ; essuyer et toilette complète des mains et des ongles avant le dîner. Eviter avec soin toute écorchure. Travailler avec la poitrine recouverte.

Dans certains ateliers, le patron fournit des gants de toile épaisse qui ont un bon effet ; aux ouvriers qui travaillent aux voûtes, le patron devrait fournir de grosses lunettes protectrices.

(1) Vaseline.................... }
Lanoline..................... }
Amidon....................... } ââ p. e.
Oxyde de zinc................ }

Complications orbito-oculaires des coups de feu de la tempe.

M. le Dr Th. Gabourd, de Lyon, a étudié dans sa thèse les complications orbito-oculaires des coups de feu de la tempe.

Quoique moins fréquentes que les complications auriculaires et cérébrales, les complications orbito-oculaires sont de temps en temps observées dans la pratique civile.

Ce sont toujours des coups de feu par suicide, nécessitant une situation particulière de l'arme à feu.

Les lésions provoquées par le projectile sont excessivement variées. On peut avoir toutes les gradations depuis la rupture de l'œil jusqu'à sa simple contusion.

Ce sont des complications graves et les malades qui voulaient attenter à leur vie n'ont fait le plus souvent que se rendre infirmes.

Enfin, il n'est pas toujours indiqué d'enlever le projectile, car il est rare qu'il devienne nuisible et soit mal supporté.

La mortification de la pulpe dentaire.

D'après M. le Dr André Jossu, dans sa thèse de Paris, 1908, une dent non cariée, d'apparence saine, peut renfermer une pulpe gangrenée et être l'origine de complications aiguës, ou chroniques, telles que : arthrite alvéolo-dentaire, névralgie, adénite, adéno-phlegmon, fluxion, abcès nécrose partielle du maxillaire, fistule, kyste

radiculaire, sinusite maxillaire, troubles nerveux.

La grangène pulpaire est due dans ces cas à l'infection de la pulpe mortifiée par une cause indirecte. Cette mortification semble spontanée : néanmoins, le traumatisme se trouve le plus souvent à son origine ; il faut aussi tenir compte de l'état général du sujet.

Les dents antérieures sont celles qui sont le plus communément atteintes. Il y en a parfois plusieurs dans la même bouche. Les complications peuvent n'apparaître que plusieurs dizaines d'années après la mortification.

Le diagnostic étiologique de ces lésions est souvent délicat. Le seul signe pathognomonique de la mortification pulpaire est l'insensibilité dentinaire (insensibilité profonde constatée par le puits explorateur de Sauvez). Les autres signes sont : le changement de coloration de la dent, la matité, l'opacité. Les complications s'accompagnent souvent de douleur à la percussion et de mobilité anormale.

Le traitement ou l'extraction de la dent est la condition *sine qua non* de la guérison définitive des complications.

Le praticien n'est pas autorisé à conclure qu'une *affection n'est pas due à une infection par voie intra-dentaire, tant qu'il ne s'est pas assuré qu'il n'y a dans la bouche du malade aucune dent atteinte de gangrène pulpaire, que cette dent soit cariée* OU NON.

Ménopause précoce et obésité.

Il ne paraît plus douteux aujourd'hui que le corps jaune de l'ovaire ne joue par sa sécrétion interne les rôles de régulateur de la nutrition de l'utérus, de provocateur de la menstruation et de guide à l'évolution de la gestation. Lorsque cette sécrétion interne est insuffisante, il en résulte des troubles d'insuffisance ovarienne.

M. le Dr M. GODART, de Paris, considère la ménopause précoce avec obésité comme le suprême degré de l'insuffisance ovarienne, équivalent non seulement à une insuffisance du corps jaune, mais encore à la suppression fonctionnelle complète de ce corps. Cette insuffisance sera atteinte dans trois circonstances principales :

1° Lorsque le corps jaune apparaît irrégulièrement et n'arrive pas à atteindre son développement complet. C'est le cas dans l'insuffisance ovarienne d'ordre congénital qui, comme nous l'avons vu, peut avoir été précédée ou s'accompagner d'hypothyroïdie.

2° Lorsque le corps jaune est insuffisant dans sa sécrétion. C'est ce que nous observons dans l'insuffisance ovarienne liée à la formation, et qu'il n'est pas rare de voir se compliquer de chloro-anémie.

3° Lorsque le corps jaune a été lésé, le plus souvent au cours d'une infection utéro-ovarienne.

Dans tous les cas il importe de donner l'extrait de corps jaune à une dose moyenne de 8 à 10 centigrammes par jour.

Préparation de l'extrait de corps jaune (1). — Après avoir séparé les corps jaunes de l'ovaire frais, on les broie finement puis on les fait macérer pendant 48 heures à la glacière dans le mélange suivant :

Acide sulfurique....	10 cent. cubes.
Glycérine..........	50 —
Eau distillée.......	500 —

pour un kilogramme de corps jaunes, broyés. On décante le liquide qui surnage, on passe le résidu à la presse, sans trop serrer, et les liquides recueillis ainsi sont passés sur un filtre Schœlcher mouillé.

On additionne alors le liquide filtré et limpide de soude pure jusqu'à réaction légèrement alcaline. Il se produit alors un abondant précipité très floconneux que l'on recueille et lave à l'eau distillée. On l'égoutte et, pour le débarrasser de

(1) Nous tenons ce mode de préparation de M. Gremy.

FEUILLETON

Anxiété

Lorsque sur n'importe quel théâtre on joue une pièce nouvelle, jusqu'à ce que le succès se soit dessiné, les acteurs tournent vers le public des yeux interrogateurs à la fin de chaque acte.

C'est bien autre chose si le directeur ou la directrice fait partie de la figuration ; ils ont un intérêt spécial à constater si le vent est propice ou défavorable, à démêler les applaudissements, ceux qui sont sincères et désintéressés, de ceux qui proviennent de la phalange romaine, à l'enthousiasme mercenaire.

Je retrouve de tous côtés, surtout dans la clientèle, ce regard scrutateur, chez le malade comme chez les membres de sa famille, spécialement parmi ces derniers, qui ont gardé plus complètement leur lucidité. Sur ce lit de douleurs, se joue aussi un drame poignant, dont le médecin est appelé à démêler la trame, à prévenir les complications, à rendre le pronostic favorable.

Ah ! elle est grande l'anxiété de ce père, de cette mère, qui épient vos moindres gestes, recueillent vos réflexions les plus insignifiantes, dans leur sollicitude pour l'enfant alité, pour un fils unique, espoir de la race, continuateur du nom ; pour leur blonde fillette qui a perdu les roses de son teint et pris des blancheurs inquiétantes.

Le praticien, à ce moment, a besoin de jouer un jeu serré, d'être bien maître de ses impressions, de ne pas ouvrir la bouche à la légère, pour ne pas semer de désespoir autour de lui, tout au moins des craintes déprimantes, nuisibles à la guérison.

Il s'agit de ne se laisser ni deviner, ni surprendre par ces paupières turgescentes, par ces bords ciliaires brûlés de fièvre et d'insomnie ; par ces glandes lacrymales qui n'attendent que votre départ pour évacuer leur amer contenu ; par cette cornée qui a cessé d'être translucide et est adombrée par les nuages du ciel intime ; par ces pupilles si dilatées, ouvertes sur l'inconnu terrible ou qui laissent entrevoir tout un monde de détresse ; par l'appareil photographique du nerf optique qui va emmagasiner, avec les traits inoubliables de la victime, tous les détails de cette scène angoissante.

Les plus malins, ceux qui ont le plus tourné en ridicule notre profession, les journalistes les plus acerbes, à la plume cruelle, ont désarmé eux-mêmes à ce moment-là. Ils n'ont plus envie de mettre en doute le savoir et les ressources d'Esculape ; ils confient à ses mains leurs suprêmes espoirs et attendent avec ferveur le miracle qui leur empêchera de connaître la cruauté de certains deuils.

Grande est alors la responsabilité encourue et il importe de ne rien négliger pour justifier cette tardive confiance, pour terrasser définitivement le parti pris et les préventions.

Les jeunes médecins qui sont assez heureux pour sortir victorieux de l'épreuve ne tardent pas à s'imposer : « Il a sauvé un tel, une telle », répète-t-on partout, et son prestige est désormais assuré.

ses traces d'albumine, on le dissout dans l'acide acétique dilué, puis on le précipite par le carbonate de soude en excès.

On lave soigneusement à nouveau le précipité ainsi obtenu à l'eau distillée et on le sèche dans le vide.

On en fait ensuite des pilules dosées à deux centigrammes de principe actif.

Par ce mode de traitement, on supplée aux fonctions que ne peut plus remplir le corps jaune insuffisant, et l'on voit toujours sinon disparaître, du moins s'amender considérablement les troubles dus à cet état, en particulier les règles se rétablir et l'obésité se réduire à un simple embonpoint.

D'autre part, l'effet de cette thérapeutique sur l'adiposité prouve que c'est bien au corps jaune qu'il faut attribuer le rôle trophique régulateur, accélérateur de la nutrition intime des tissus, reconnu jusqu'ici à l'ovaire tout entier.

Les arriérés scolaires.

M. le Dr Ch. Perrens, de Bordeaux, a consacré une intéressante étude à la question si importante des arriérés scolaires (thèse 1908).

Cette catégorie de sujets, incapables de profiter des méthodes d'enseignement et d'éducation en usage dans nos écoles, constitue une série de types intermédiaires entre les normaux et les déchus profonds.

On ne peut malheureusement pas s'en rapporter aux procédés psychologiques imaginés pour mesurer le déficit intellectuel de ces sujets. Ces procédés permettent pourtant, joints aux observations des médecins et des pédagogues, de mettre en lumière les caractères essentiels de l'état psychique des arriérés ; diminution de l'attention et de la mémoire faiblesse du jugement et du raisonnement. Ces différentes facultés sont d'ordinaire inégalement touchées et quelques débiles possèdent même de brillantes qualités de mémoire.

Cette déchéance intellectuelle s'accompagne fréquemment d'une infériorité physique, portant sur le volume de la tête, sur la taille, les forces, le système nerveux. Les exceptions sont nombreuses.

De l'étude étiologique, il ressort que les facteurs principaux de l'arriération résident dans l'alcoolisme, la tuberculose, la syphilis des parents. En ce qui concerne les causes postérieures à la naissance, il faut être très prudent, puisque beaucoup de celles qu'on a invoquées se retrouvent avec une égale fréquence dans les antécédents des normaux. Enfin on a noté l'influence de certaines affections, dont les principales sont les végétations adénoïdes, le myxœdème fruste, l'épilepsie.

L'idée d'un traitement de l'arriération est née en France. Elle fut appliquée d'abord à l'étranger. Il semble qu'actuellement, on s'efforce chez nous de rattraper le temps perdu ; des statistiques officielles ont été établies ; un projet de loi adopté récemment par la Chambre a pour objet la création de classes et d'écoles de perfectionnement.

Les résultats encourageants des classes spéciales qui fonctionnent déjà à titre d'essai nous font bien augurer de l'avenir. Cependant, que l'on se garde de donner aux arriérés une apparence d'érudition factice, qui ne leur sera plus tard d'aucun profit. L'éducateur devra s'attacher à développer chez eux une solide instruction professionnelle dont ils pourront tirer parti avec l'aide des sociétés de patronage.

Enfin n'oublions pas que ce n'est là qu'une minime partie de la tâche, qui ne fera pas perdre de vue la nécessité de lutter contre les causes même de l'arriération.

Quant aux anciens qui, dans la même famille, ont eu la chance d'écarter plusieurs fois la mort menaçante, la gratitude de tous leur est acquise et c'est le point de départ de ces attachements solides, qui s'établissent à la longue entre le praticien et ses clients. C'est une des joies de la vie de province, où on a appris à se connaître, à s'apprécier, où le médecin devient l'ami et le conseiller des bonnes comme des mauvaises heures, dans toutes les circonstances où il s'agit d'avoir du sang-froid et de prendre une détermination.

On ne lui en veut plus, on ne lui garde pas rancune s'il n'est pas toujours aussi heureux. On sait bien qu'il ne peut pas conférer l'immortalité et que, s'il n'a pas réussi, il n'a rien négligé de ce qui est humainement possible, pour prolonger l'existence des chers aimés.

C'est au tour maintenant du médecin d'être consterné et de baisser la tête ; il aurait tant voulu continuer à être un sauveur et il ne peut que gémir de ne pas être mieux armé pour la lutte ; les ressources thérapeutiques dont nous disposons sont, hélas, trop souvent impuissantes.

Aussi, s'il ne porte pas le deuil extérieurement, malgré la gravité habituelle de sa tenue, il le porte du moins intérieurement et ce n'est pas sans fondement qu'on a prétendu que plus d'un des nôtres avait contracté une maladie de cœur, en étant témoin de la misère des humains, sans pouvoir y porter remède avec sûreté, comme nous le désirerions tous.

C'est surtout vrai, lorsqu'il est frappé dans ses affections les plus immédiates, lorsqu'il a fait appel en vain aux lumières des plus compétents, des plus re nommés et que le sort reste impitoyable.

J'en ai vu blanchir dans l'espace de quelques semaines, sous le poids accablant de l'épreuve, et démontrer ainsi de la façon la plus formelle qu'on a eu beau se familiariser avec la souffrance et s'exercer à garder une apparente froideur, une lucidité et une sérénité de convention, on n'en reste pas moins homme, fils, père ou époux, c'est-à-dire un être vulnérable aux coups d'épingle de la destinée, comme aux ruptures les plus douloureuses, celles qui nous laissent désemparés, avec une plaie au flanc, que rien ne saurait cicatriser.

Il faut que le public sache bien qu'il n'y a pas de médecin insouciant de la vie de ses malades, que son extérieur, qui doit rester calme, dissimule le plus souvent des soucis profonds, des préoccupations constantes, en dehors des causes personnelles de désespoir qui peuvent le torturer.

Il a appris à se maîtriser, à concentrer ses émotions au fond de l'être, depuis l'époque où il était étudiant, d'abord en surmontant ses répugnances devant la table de dissection et ensuite en cherchant à calmer les battements de ses tempes, lorsqu'il est au lit des malades ou qu'il assiste aux premières opérations, dont le souvenir le suivra durant toute sa carrière.

Ce n'est pas tout, les nombreux examens qu'il faut subir, les épreuves de plus en plus nombreuses qui ont pour but d'entraver la pléthore médicale et dont il faut se tirer avec honneur, avant d'obtenir le droit de purger et de saigner, lui ont fait vivre des heures troubles d'agitation, dont le fâcheux contre-coup ne sau-

La diminution du murmure vésiculaire au sommet droit

MM. les Drs MONTÉLI et CORNILLOT, de Bordeaux, ont publié dans la *Presse médicale* les résultats de leurs recherches sur la tonalité et l'intensité du murmure vésiculaire chez l'enfant, particulièrement aux sommets.

Grancher, se basant sur ce fait que le murmure vésiculaire est diminué fréquemment au sommet droit, affirmait que la tuberculose y était plus habituelle qu'à gauche.

En réalité, la diminution du murmure vésiculaire au sommet droit est fréquente, ainsi qu'il ressort de l'observation méthodique, répétée, des nombreux sujets que les auteurs ont examinés.

Dans un tiers des cas environ, chez 34 p. 100 des enfants, ils ont rencontré une respiration *moins ample, plus basse, plus faible au sommet droit* ; plus ample au contraire, plus élevée, un peu plus rude quelquefois au sommet gauche. Sans entrer dans la discussion clinique des observations, il faut insister sur ce fait que, dans nombre de cas, on se trouvait en face de sujets manifestement en parfait état de santé, *ne pouvant être soupçonnés cliniquement ni de tuberculose ganglio-pulmonaire, ni de simple adénopathie bronchique.*

Il faut ajouter que chez 5, 6 pour 100 des autres sujets, la respiration était au contraire plus faible au sommet gauche ; que chez 52 pour 100, elle était égale aux deux sommets ; que chez 8,4 pour 100 enfin, elle dénonçait un état pathologique du poumon.

L'un des auteurs, qui s'est plus particulièrement arrêté à l'étude de la question d'interprétation du phénomène clinique qui avait fixé son attention, en est arrivé à conclure que, si des états pathologiques divers, comme la tuberculose pulmonaire, ganglionnaire, ou ganglio-pulmonaire, les anomalies des voies nasales, les malformations de l'hémithorax, peuvent *déterminer ou aggraver une diminution de la respiration du sommet droit, on doit considérer peut-être, en bien des cas, cette diminution du murmure vésiculaire du sommet droit comme un phénomène de physiologie normale.*

Cette façon de voir, si elle n'est pas conforme à l'opinion courante des auteurs français, se rapprocherait de l'opinion des auteurs allemands qui, comme Stokes, Kennedy et Eichorst, admettent volontiers que, normalement, le murmure vésiculaire est plus intense à gauche.

La luxation des tendons péroniers latéraux.

M. le Dr Pierre TACHERON, du Bassin de Proverville (Bar-sur-Aube), a consacré sa thèse à l'étude de la luxation des tendons péroniers latéraux. Il croit pouvoir conclure de ses recherches :

1° Que la luxation des tendons péroniers est une affection rare, presque toujours d'origine traumatique (25 cas sur 27) ;

2° Que des diverses théories émises pour expliquer cette lésion, chacune, mais surtout celle de la contraction musculaire, renferme une part de vérité. La cause n'est pas unique ; c'est presque toujours une association de facteurs différents, qui produit la luxation ;

3° Que la symptomatologie de ces luxations est aujourd'hui bien établie. L'anatomie pathologique, par contre, l'est beaucoup moins, puisqu'il s'agit d'une affection bénigne qui n'a jamais amené d'autopsie ;

4° Que le traitement médical est presque toujours insuffisant et qu'il vaut mieux d'emblée avoir recours au traitement chirurgical.

---

rait passer inaperçu sur un organisme tant soit peu impressionnable. Qui de nous n'a été bouleversé à l'approche de l'interrogatoire redouté : Serai-je reçu, se dit-on, la gorge sèche, et après avoir perdu l'appétit. Le temps presse, les parents réclament ; on voudrait bien en finir et on s'est bourré consciencieusement de toutes les notions indispensables pour ne pas échouer ; mais saura-t-on triompher suffisamment de la frousse, pour garder tous ses moyens, pour ne pas embrouiller dans sa mémoire les documents cliniques que l'on possède le mieux ?

Il semble qu'on est subitement obnubilé, que tout devient confus, que la langue alourdie ne sait que balbutier, qu'ânonner de façon ridicule jusqu'à la leçon répétée avec soin quelques jours auparavant.

Ah ! le mauvais rêve et comme les professeurs seraient parfois plus indulgents, s'ils songeaient davantage au supplice enduré par des nerveux, dont la bonne volonté est desservie par une sensibilité outrancière.

Il ne faudrait pas croire que cela passe avec les années, que cette émotivité s'émousse peu à peu, de façon définitive ; elle persiste chez beaucoup et devient la cause de bien des hésitations, chez les timorés qui n'ont pas su s'aguerrir ou pas pu.

J'ai voulu voir récemment nos futurs successeurs à l'œuvre, soupeser leur aplomb devant les robes rouges d'un jury. Eh bien ! ceux qui ont le plus de confiance en leur jeune savoir, les forts en thème comme les autres, — (les nouvelles générations ne semblent pas pêcher par excès de modestie), — perdent certainement une partie de leurs avantages. On les voit hésiter pour des enfantillages, pour des riens qu'ils savent certainement. Ils ont l'air d'être absents, de ne pas bien comprendre ce qui se passe autour d'eux ; leurs sens deviennent obtus même et ils n'entendent qu'à moitié ou à rebours ce que des camarades mieux avertis tâchent de leur souffler.

En voilà un bon, ou plutôt un mauvais exemple d'anxiété ! — Mieux vaudrait, évidemment, ne pas se laisser démonter ; mais il n'est pas donné à tout le monde d'aller à Corinthe, sans incident ou accident. Que le candidat ait ou non des boules blanches, il aura rudement besoin à la sortie de prendre l'air, pour dissiper le cauchemar. De copieuses rasades seront ensuite nécessaires pour rafraîchir son gosier, ainsi que des nuits réparatrices pour retrouver l'équilibre.

Ah ! les pauvres carabins, combien est indigeste et décevant le gavage scolaire, dont on surcharge leur cerveau. Quels sont ceux qui voudraient passer encore sur la sellette, rajeunir au prix de pareilles épreuves, sans compter celles plus douloureuses que l'avenir tient en réserve ?

Que les audacieux lèvent le doigt. Ce ne sont pas, je suppose, les vétérans qui touchent à la fin de leur service actif, et ont droit au repos infini, qui n'ont pas plus d'illusions que de cheveux, qui voudraient recommencer l'étape parcourue. Qui sait !

Dr GRELLETY (de Vichy).

CLINIQUE MÉDICALE INFANTILE

Hôpital des Enfants-Malades : M. le Pr HUTINEL

L'hérédo-syphilis des nourrissons

Je vous présente un nourrisson hérédo-syphilitique, dont le cas sera pour moi l'occasion de vous rappeler les principaux accidents de l'hérédo-syphilis chez les tout jeunes enfants.

Il est d'abord un signe important de l'hérédo-syphilis des nouveau-nés — je fais allusion au pemphigus — que nous n'observons guère dans nos services de médecine infantile et voici pourquoi. Ce pemphigus est une lésion dont le développement se fait pendant la vie intra-utérine ou dans les premiers jours qui suivent la naissance. Si vous le voyez apparaître plus tard, à un mois par exemple, faites attention : il n'est probablement pas, alors, d'origine spécifique. Le pemphigus hérédo-syphilitique, lésion contemporaine de la naissance, est, d'autre part, grave, et très souvent les enfants qui en sont atteints succombent. Dans ces conditions, les petits malades sont gardés dans les services d'accouchements, où ils meurent la plupart du temps.

Quels sont les caractères du pemphigus hérédo-syphilitique ? Son siège, premièrement, est particulier. Il se localise à la paume des mains et à la plante des pieds. Il peut s'étendre cependant aux parties voisines.

C'est une bulle, née d'une dissociation de l'épiderme par un épanchement séreux. Le type de la bulle est l'ampoule du vésicatoire. La bulle du pemphigus diffère de celle du vésicatoire par son contenu, qui est louche et quelquefois hémorrhagique. Le plus ordinairement, la lésion se concrète en croûte. Si l'on vous présente un nouveau-né porteur en ces régions de croûtes noirâtres, pensez à la syphilis. Ce pemphigus est un accident pathognomonique, qui ne laisse guère d'hésitation. Vous ne le rencontrerez, il est vrai, pas très fréquemment.

Dans quelques cas, le diagnostic de syphilis héréditaire est facile à établir. Quand on nous a apporté le nourrisson que vous voyez ici, le bruit de « renâclement » — dû au coryza — qu'il faisait et que vous entendez, me fit dire de suite : « cela sent la syphilis héréditaire ». Une des premières manifestations de cette maladie, est en effet, le coryza. N'allez pas, bien entendu, considérer tout enfant atteint de coryza comme hérédo-syphilitique. Tous les coryzas infantiles ne sont pas syphilitiques. Le coryza spécifique a pour caractères d'être purulent et tenace. Il érode les narines et il est capable d'entraîner une déformation nasale. Vous pourrez voir se produire, dans la suite, un écrasement de la base du nez. Ce n'est pas le vrai nez en lorgnette ; chez le nourrisson atteint de coryza spécifique, le nez présente simplement une dépression profonde. Dans les livres classiques, on admet qu'il s'agit d'une destruction de la cloison. Je crois que, dans beaucoup de cas, cette destruction n'existe pas et qu'il y a seulement un trouble de nutrition osseux, causé par l'état de la pituitaire — d'où effondrement de la charpente nasale.

Du côté de l'oreille, que trouverez-vous ? Souvent une suppuration otique banale. Souvent aussi, vous apercevrez derrière l'oreille, en écartant le pavillon, une syphilide.

Les paupières peuvent également être lésées. Chez notre petit malade, elles sont rouges, légèrement jambonnées.

Mais c'est surtout, ici, l'irritation du bord de lèvres qui domine. Les bords des lèvres offrent une surface irritée, avec un enduit croûteux et une fissure. Ne croyez pas, quand vous verrez une fissure labiale, commissurale, que ce soit toujours de l'hérédo-syphilis. Chez l'enfant de un an et demi, deux ans, par exemple, une telle fissure est une lésion banale, que vous rencontrerez dans la perlèche et dans d'autres conditions. Mais, chez le nouveau-né, elle ne trompe pas : c'est de l'hérédo-syphilis.

Il est un autre orifice à examiner : l'orifice anal. Il présente presque toujours quelque chose, un épaississement des plis radiés, avec des fentes fissuraires.

J'ai signalé, il y a plusieurs années, une lésion ombilicale, dans l'hérédo-syphilis. Il s'agit d'enfants que l'on apporte à l'hôpital avec un ombilic rouge et saillant. La peau est rouge et luisante autour. Si vous regardez profondément, vous voyez un cratère à fond grisâtre. Le traitement spécifique amène la guérison. Ce sont des gommes, que l'on confond généralement avec les infections ombilicales ordinaires. L'aspect torpide, l'absence de douleur, de réaction fébrile, permettent le diagnostic. J'en ai observé au moins une dizaine de cas. Lorsque vous constatez , 15 jours, 3 semaines après la naissance, une semblable lésion, cherchez la syphilis.

L'onyxis est fréquent dans l'hérédo-syphilis, mais il n'est pas caractéristique de cette affection. Les enfants, sujets aux suppurations diverses, sont facilement atteints d'infections simples des doigts. Quand vous rencontrez l'onyxis, pensez à la syphilis, sans l'affirmer cependant d'une façon absolue.

L'examen des téguments procure d'autres renseignements utiles. On peut trouver, d'abord, des macules, des taches légèrement saillantes, sur les fesses, à la face externe des cuisses et des jambes. Il existe une double différence entre cette roséole et celle de l'adulte. La roséole de l'adulte débute par la partie postérieure des flancs, celle de l'enfant débute au niveau des fesses et des membres inférieurs. Les macules de la syphilis acquise sont constituées par des petites taches ; les macules de l'hérédo-syphilis sont plus larges, plus saillantes, plus turgescentes et laissent des reliquats légèrement fumés, comme vous en apercevez sur les téguments de notre petit malade.

Outre cette roséole, il y a parfois de la desquamation cutanée. Elle a une certaine valeur. N'allez pas me faire dire que tout nouveau-né qui desquame est hérédo-syphilitique. Presque tous les nourrissons desquament pour des raisons multiples. Mais, devant une desquamation en aires, des plaques épidermiques soulevées, prédominant aux pieds, aux mains, un aspect luisant des membres, une teinte jaunâtre de la peau, songez à la syphilis.

Je viens de parler de la coloration des téguments. Elle est tout à fait particulière. La peau est jaunâtre, luisante, fissurée (au front, aux lèvres, au menton principalement). Ces enfants ont l'air « fumé », « demi-cuit ».

On rencontre encore, sur les fesses, de la rougeur et, quelquefois, des papules érodées rappelant les plaques muqueuses de l'adulte. Quand on vous présente un petit enfant avec ces lésions, ces papules, vous vous demandez : est-ce de la syphilis ou un érythème banal ? Vous constatez une éruption de papules érodées, sur les fesses. Leur aspect ressemble beaucoup à celui de la papule syphilitique, mais elles ne sont pas syphilitiques dans tous les cas. Le diagnostic différentiel est très délicat. Ces

Correspondance hebdomadaire

(*Suite*).

comme celle dont vous vous plaignez. Il serait facile de les éviter, si, à la suite de la nouvelle adresse, on mettait *précédemment à*......

Dr B., à C.— Vous demandez que le journal soit exclusivement professionnel, mais d'autres confrères trouvent que la partie médicale est souvent trop sacrifiée. Nous sommes obligés de tenir entre les deux opinions une juste mesure ; il serait impossible de vous donner satisfaction sans soulever de nombreuses protestations.

Amicale à Dr F., à V. — Il est impossible d'admettre qu'un membre soit juge des cas où il doit ou ne doit pas envoyer sa cotisation. Tous doivent envoyer leurs cotisatons régulièrement en janvier et en juillet, fussent-ils malades à ce moment. Autrement le trésorier serait obligé de tenir des comptes sans fin et il n'y aurait plus aucun ordre dans la comptabilité.

Quand des membres ont droit à une indemnité qui leur est allouée fin décembre ou fin juin, le trésorier leur retient la cotisation sur son envoi, et cet envoi est fait dès les premiers jours du mois. Mais en dehors de ce cas spécial, la cotisation doit toujours être envoyée au Trésorier, celui-ci ne pouvant adresser l'indemnité qu'en fin de trimestre, après décision du Conseil d'administration.

Dr R., à P., — Envoyez votre dossier pour le 24 septembre. Passé ce délai, vous ne pourrez plus être admis que pour le 1er janvier 1909 avec une année d'âge en plus ce qui, pour la combinaison D, augmente sensiblement la cotisation. Vous aurez à verser la cotisation de l'année entière car votre admission remontera au 1er janvier 1908. Voyez les statuts.

Dr V., à S. — Un client vous a quitté pour aller voir un masseur, lequel a déclaré qu'il « faudrait recasser le bras, sans cela, il y aurait

Suite page XI.

papules furent étudiées, il y a une vingtaine d'années par M. Jacquet, qui conclut à une lésion non spécifique. M. Jacquet avait raison... et cependant voici un fait qui doit nous rendre très circonspect. A la suite des recherches en question, on n'hésita pas à donner à ces enfants des nourrices. Or, en l'espace d'une année, 19 nourrices de l'hospice des Enfants-Assistés furent contaminées, alors que la moyenne des contaminations (prise pendant 18 ans) n'avait été jusque-là que de une ou deux par an, au maximum. Donc, le fait d'avoir considéré ces papules comme non syphilitiques avait entraîné cette fâcheuse conséquence. Je vous entends me dire : « aujourd'hui, nous sommes plus avancés ; nous pouvons ponctionner le canal rachidien et si nous constatons de la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien, le problème est résolu : c'est de la syphilis ». Je vous répondrai que le diagnostic n'est pas aussi simple, car on trouve de la lymphocytose en dehors de la syphilis. Les papules syphiloïdes dont nous parlons sont susceptibles, elles aussi, de se compliquer de lymphocytose. De telle sorte que je me suis demandé si ces tissus ectodermiques que sont la peau et les méninges ne réagissaient pas en même temps aux mêmes causes. Rappelez-vous, en définitive, ceci : les éruptions papuleuses des fesses doivent faire penser à l'hérédo-syphilis, mais ne suffisent pas à l'affirmer. La peau est, enfin, parfois, — rarement, chez les nourrissons — le siège d'altérations plus graves, d'ecthyma, de gommes.

Après la peau, l'examen portera sur les principaux organes, le testicule, la rate, le foie, le poumon, le système nerveux, les os.

La syphilis peut être incriminée dans un certain nombre de cas comme cause d'hydrocèle, simple ou double, chez le nourrisson.

Il est, du côté de l'abdomen, un phénomène constant dans l'hérédo-syphilis, que vous devez rechercher : c'est l'hypertrophie de la rate. Cet organe est volumineux et vous le percevez souvent par le palper. La splénomégalie, il est vrai, est fréquente chez l'enfant. Elle se produit au cours d'infections nombreuses. Néanmoins, c'est un signe, à ajouter aux autres.

Quel est l'état du foie ? Contrairement à ce que vous pourriez croire, le foie vous donnera peu d'indications. Gubler a bien décrit, il y a cinquante ans, le foie dur, jaunâtre, silex, de l'hérédo-syphilis. Mais, ce foie, vous ne le rencontrerez pas souvent en clinique. Le foie peut être congestionné. Tenez compte de son état, mais ne vous attendez pas à trouver de grosses lésions, la plupart du temps.

Du côté du poumon, vous pourrez noter un développement imparfait de certaines parties et des pneumonies blanches.

Faut-il parler du système nerveux. Chez les tout petits enfants, il n'est guère touché. C'est plus tard que l'on rencontre des lésions nerveuses hérédo-syphilitiques. Je vous signale, toutefois, une affection, l'hydrocéphalie, que la syphilis crée quelquefois.

Un mot sur le système osseux. Les altérations hérédo-syphilitiques des os sont curieuses. On observe surtout des décollements épiphysaires. Un enfant vous est apporté avec un bras (la lésion est généralement humérale) soi-disant paralysé. Il n'y a pas de luxation. Vous constatez qu'il souffre au niveau de l'épiphyse et l'épreuve radiographique enregistre le décollement de cette épiphyse. On pense à une paralysie, à autre chose. Le traitement spécifique guérit le petit malade : c'est de la syphilis.

Ce n'est pas seulement sur les os longs que vous aurez occasion de voir des lésions. Vous en rencontrerez également sur les os plats, constituant les ostéophytes du frontal, des pariétaux, de l'occipital, le crâne natiforme. Ne cherchez pas cela, il est vrai, chez les nouveau-nés. C'est un peu plus tard que de tels accidents se produisent.

En résumé, existe-t-il, chez les nourrissons, des lésions pathognomoniques de l'hérédo-syphilis ? Aucune, à la vérité, n'est capable, à elle seule, d'entraîner la conviction. Aucune, en dehors du pemphigus, n'est caractéristique. Mais, l'ensemble symptomatique suffit dans presque tous les cas. Groupez les symptômes, sans vous fier trop à un signe unique ; regardez partout, et, généralement, vous arriverez à établir le diagnostic probable ou certain d'hérédo-syphilis. N'hésitez pas alors, instituez le traitement et souvent vous serez étonné du résultat.

Qu'allons-nous faire chez notre petit malade ? Je ne conseillerai pas la liqueur de Van Swieten car l'enfant aurait de la diarrhée et n'y résisterait pas. D'autre part, la peau est déjà infectée et si nous prescrivons des frictions mercurielles, j'ai peur de voir se produire une éruption pustuleuse. Il nous reste les injections. L'huile grise déterminerait presque certainement de la suppuration. Nous aurons recours aux injections solubles, faibles, non irritantes. Je me sers volontiers de l'huile biiodurée de Panas. J'en ai eu de bons résultats, et je ne la changerai pas avant d'avoir réellement mieux. Il est évident que je ne donnerai pas à cet enfant de nourrice. Ici, dans un milieu hospitalier, le petit malade a peu de chances de guérir. S'il succombe, je vous montrerai les pièces anatomiques. D'ailleurs, dans l'hérédo-syphilis, les manifestations viscérales et cutanées sont loin d'être parallèles. Telle syphilis, à grandes lésions cutanées, touche peu les viscères, et réciproquement. Ne concluez pas de la syphilis cutanée à la syphilis viscérale.

(*Leçon recueillie par le* Dr P. Lacroix.)

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

L'Eclampsie et son traitement.

Les cas typiques d'éclampsie s'observent pendant la grossesse ou l'accouchement ; leurs symptômes cliniques dominants sont les crises convulsives toniques et cloniques, ainsi que les altérations rénales se traduisant par une diminution de la quantité des urines, et par l'élimination d'albumine et de cylindres urinaires. Mais il y a aussi les cas atypiques, ceux qui apparaissent seulement après la naissance de l'enfant, ceux qui ne se traduisent par aucune convulsion, ceux dans lesquels on ne peut déceler aucune altération rénale, ni par l'examen clinique, ni par l'examen anatomo-pathologique après la mort.

Mais comme l'éclampsie ne se manifeste que chez la femme grosse ou récemment délivrée, elle reconnaît certainement pour causes la grossesse et ses suites. Les hypothèses émises de sa pathogénie peuvent être classées en quatre catégories :

1° L'éclampsie est une maladie infectieuse ; elle vient de l'extérieur ;

2° L'éclampsie est une auto-intoxication de l'organisme maternel ; due à de mauvais échanges nutritifs ou à une altération des reins ;

3° L'éclampsie est produite par le fœtus, ses processus nutritifs intoxiquent la mère ;

4° Ce n'est pas le fœtus, mais bien le placenta qui est la cause de la maladie ;

La première hypothèse ne résiste pas à une critique scientifique. Quant à celle de l'urémie de l'auto-intoxication, si elle est assez vraisemblable, elle n'est justifiée ni par la clinique, ni par l'anatomo-pathologie ou l'expérimentation, elle n'explique pas en effet les crises convulsives sans albuminurie, sans diminution de la quantité des urines, et même sans altérations visibles du parenchyme rénal ; d'autre part les altérations graves des reins avec œdèmes, rétinites, etc., ne mènent que rarement à l'éclampsie.

D'après Fehling, ce serait surtout les déchets du fœtus qui surchargeraient les émonctoires maternels, les rendraient insuffisants et finalement intoxiqueraient tout l'organisme ; mais des recherches analytiques ont démontré que dans le fœtus les combustions organiques étaient poussées très loin, et que seules des quantités minimales d'acide urique, de créatine et de créatinine parvenaient à l'organisme maternel.

Reste enfin la théorie placentaire, que préfère Liepmann (*Therap. Monatshefte*, avril 1908.)

Le placenta n'est pas un simple filtre placé entre la mère et le fœtus, comme on le croyait autrefois. Sa constitution démontre au contraire qu'il est un organe très actif. Le placenta n'est pas seulement le poumon, mais encore l'estomac du fœtus grandissant ; il le pourvoit en fer, emprunté aux globules rouges maternels. De plus on a découvert dans ses viscosités un ferment analogue au ferment pancréatique. Ajoutons enfin que certainement toutes les fonctions n'ont pas encore été étudiées jusqu'à ce jour. Si le placenta n'a pas une action déterminante sur l'apparition de l'éclampsie (comment sans cela expliquer les cas d'éclampsie sans fœtus), il n'en a pas moins une action prédisposante, qu'il doit à sa sécrétion interne. Que ce soit ce produit hypersécrété ou pathologiquement altéré qui constitue le poison éclamptique, il n'en reste pas moins démontré que ce poison vient du placenta. Leipmann a montré sa combinaison in vitro avec les cellules de l'encéphale, ce qui explique que les convulsions puissent apparaître sans lésions rénales apparentes, sans parler des lésions fréquentes du foie et des reins. Le poison placentaire peut être supporté sans inconvénients par l'organisme maternel ; que celui-ci devienne moins résistant et l'éclampsie apparaîtra. Ainsi s'explique l'éclampsie des suites de couches.

L'éclampsie est donc une maladie du placenta ; c'est le placenta qui est le foyer toxique de cette maladie. Ces données importantes, qui trouvent leur application en thérapeutique amènent à formuler le principe suivant : quand une femme éclamptique n'a pas encore accouché, il faut avant tout la délivrer.

*
* *

Vers l'année 1890, on traitait encore l'albuminurie dans la grossesse par des pilules à l'extrait d'aloès ou de coloquinte pour chercher à obtenir des selles aqueuses ; les bains et les enveloppements devaient amener la diaphorèse. Quand apparaissait l'éclampsie c'était, à chaque crise, un lavement avec 1 ou 2 grammes de chloral. (jusqu'à concurrence de 12 grammes), qui était prescrit ; C'était aussi la narcose chloroformique. Jamais on ne pratiquait une saignée, et encore moins l'accouchement provoqué avant terme.

A cette époque régnait encore la théorie qui considérait une affection des reins comme la cause originelle de l'éclampsie. On doit cependant à la vérité de dire qu'aujourd'hui encore le traitement de la néphrite gravidique est considéré comme une part importante dans la prophylaxie de l'éclampsie ; l'excrétion urinaire permet en effet à l'organisme d'éliminer ses poisons, aussi la diminution ou la suppression des urines favorise-t-elle l'apparition de l'éclampsie, que celle-ci soit causée par des toxines fœtales ou placentaires.

Et cependant on savait déjà, en 1890, que les dangers de l'éclampsie diminuaient après l'accouchement ; mais on considérait l'interruption prématurée de la grossesse et l'accouchement forcé comme plus néfastes que l'attente d'une dilatation suffisante de l'orifice cervical, et les risques d'infection par une opération obstétricale étaient plus grands.

Mais depuis on est parvenu à réaliser une asepsie parfaite en obstétrique ; la théorie fœtale, et surtout la théorie placentaire de l'éclampsie ont gagné beaucoup de terrain, et l'on sait que l'évacuation de l'utérus, dès que la chose est possible, constitue le devoir essentiel du médecin, dût-il intervenir activement pour obtenir la dilatation du col de l'utérus.

Il a été démontré qu'à l'aide du dilatateur métallique à 4 branches de Bossi, on pouvait en 1 heure ou une heure et demie ouvrir un col fermé, non effacé, dans des conditions suffisantes pour permettre de causer des déchirures plus ou moins profondes du col ; mais celles-ci peuvent être évitées par une bonne technique ; il est en tous cas facile d'y remédier par des sutures.

Durhssen préfère à cette dilatation les incisions pratiquées sur le col utérin pour permettre le passage du fœtus.

Ces deux méthodes, celle du dilatateur métallique et celles des incisions cervicales peuvent donner d'excellents résultats ; mais, comme le fait remarquer très judicieusement Osterloh (*Munch. Mediz Wochens* n° 11, 1908), elles doivent encore rester l'apanage des cliniques obstétricales, et ne servir qu'à titre exceptionnel dans la pratique privée.

Beaucoup moins dangereuse est la dilatation de l'orifice utérin avec les doigts et avec le ballon vaginal ou utérin.

Quand le col permet le passage d'un doigt, on introduit le ballon jusqu'à l'orifice interne, puis on le gonfle à pression avec une solution saline stérilisée. On adapte ensuite à l'extrémité de son caoutchouc un ruban, qui passe sur une poulie fixée au bas du lit, et qui supporte une bouteille remplie d'eau, ou un poids quelconque ; il se produit ainsi une traction constante, et une pression de l'intérieur à l'extérieur sur l'orifice externe de l'utérus. Ainsi s'opère une dilatation aussi douce que possible.

Mais si le col ne permet pas l'introduction du ballon, on se sert du dilatateur métallique de Bossi pour obtenir simplement le passage du ballon. Celui-ci peut être le ballon de Champetier de Ribes, ou le ballon en forme de violon de Barnes-Felhling.

Cette méthode du ballon donne d'excellents résultats dans la pratique courante, quand on ne veut pas faire admettre la parturiente dans une clinique ; il convient de désinfecter d'une manière convenable et les voies génitales, et le ballon.

L'évacuation de l'utérus supprime la cause de l'éclampsie ; mais elle ne fait pas toujours cesser immédiatement les symptômes éclamptiques qui sont dus à l'intoxication déjà subie par l'organisme maternel.

Pour traiter les symptômes on employait autrefois la narcose chloroformique ; cette méthode

est aujourd'hui abandonnée, et il en est de même des injections de morphine à fortes doses ; par contre l'hydrate de chloral a conservé la place qu'il occupait jadis.

On a tenté, ces dernières années, mais sans grands résultats, de lutter contre l'hypertension du liquide subarachoïdien par des ponctions lombaires.

Mais c'est surtout à la saignée qu'on doit recourir pour traiter l'éclampsie ; elle est excellente dans les cas de pouls plein, dur, moins bonne lorsqu'il y a cyanose générale et commencement d'œdème pulmonaire. Par contre, la saignée est contre-indiquée quand des pertes de sang assez grandes se sont produites au moment de l'accouchement, quand le pouls est petit, rapide et peu tendu.

Il est bon de retirer 200 et au plus 600 centimètres cubes de sang, puis d'injecter sous la peau une quantité égale de solution saline physiologique ; on peut même aller jusqu'à trois fois 1.500 centimètres cubes en 24 heures ; ces fortes doses seules amèneraient de bons résultats.

Enfin, quand les convulsions ont disparu, quand l'état comateux a cessé, il est recommandé de réchauffer la malade par la chaleur électrique, car celle-ci peut lui être procurée d'une manière commode et simple : Osterloh fait sous les couvertures du lit une petite étuve garnie de 4 ampoules, ayant chacune la force de 32 bougies ; une application de 20 à 25 minutes permet d'obtenir une sudation particulièrement abondante.

Si pour quelque raison il est impossible d'appliquer ce traitement, on emploie les enveloppements de tout le corps. Comme diurétique, on utilise la caféine par la voie stomacale, ou par la voie sous-cutanée, car il est préférable de ne pas administrer à l'intérieur d'autres médicaments analogues. Dès que la malade est délivrée de ses convulsions, on lui fait absorber, plutôt que des médicaments de grandes quantités de lait, de thé ; on évite le chlorure de sodium dans les aliments.

Dans certains cas où l'accouchement a été pratiqué, où les crises éclamptiques ont disparu, survient, après une amélioration passagère de la néphrite, une aggravation subite de l'état rénal ; les urines diminuent de quantité, l'albuminurie augmente considérablement, et la malade ne tarde pas à succomber. Dans ces cas particulièrement graves, presque désespérés, seuls, on est autorisé à tenter la décapsulation des reins, employée avec succès par Edebohls, de New-York, dans l'anurie éclamptique.

Quand les convulsions ont disparu, la situation peut rester très grave ; le coma ne cesse pas, l'œdème pulmonaire augmente, le cœur s'affaiblit de plus en plus, les râles trachéaux apparaissent, et c'est la mort. Ici le traitement par les injections de camphre et d'éther donne certainement beaucoup de résultats ; mais il convient aussi de mentionner la méthode de Bumm, qui est la suivante :

Débarrasser la bouche et le pharynx, des mucosités et du sang ; pratiquer la respiration artificielle ; faire des frictions à l'eau froide et flagellations froides surtout de la région précordiale ; masser le cœur. Cette méthode, répétée souvent, renforcée par l'éther et les autres stimulants serait excellente.

Pour être complet, parlons encore du traitement d'un auteur russe, Stroganoff, sans insister sur sa théorie infectieuse de l'éclampsie ; les résultats obtenus par lui semblent surprenants. Avant 1897, il avait une mortalité de 25 %; sa nouvelle méthode lui permit aussitôt de traiter 45 cas d'éclampsie sans un seul décès. Plus tard il fit connaître que sur 9000 accouchements, il avait vu plus de 100 cas d'éclampsie sans un décès. Pour que sa méthode fût couronnée de succès il fallait qu'au commencement du traitement l'état de l'éclamptique fût encore suffisamment bon . Tout d'abord, il ordonne des inhalations d'oxygène pendant les crises, puis il donne concurremment la morphine par la voie sous-cutanée à la dose de 0,015, et l'hydrate de chloral par la bouche ou par le rectum à la dose de 1 gr. 5 à 2 gr. 5. L'accouchement n'est provoqué que s'il peut être fait sans dangers pour la mère et pour l'enfant (emploi du ballon en caoutchouc). Enfin Stroganoff attache une grande importance au nettoyage des mucosités du nez et de la bouche ; pour agir sur le cœur et la circulation, il recommande des injections rénales de lait ou de solution saline physiologique.

*
* *

En résumé, quand il y a menace d'éclampsie au cours de la grossesse, c'est-à-dire quand, malgré un traitement approprié, l'albuminurie augmente, quand l'examen microscopique des urines démontre la présence d'une néphrite grave et persistante, quand enfin le taux quotidien de l'émission urinaire va en diminuant, il faut faire l'accouchement provoqué.

On pratique la dilatation avec l'instrument de Bossi ou la laminaire jusqu'à ce qu'il devienne possible d'introduire le ballon en caoutchouc, puis on termine l'évacuation de l'utérus suivant les règles ordinaires.

Si l'éclampsie apparaît avec un col effacé, sans dilatation de l'orifice, on réalise une dilatation suffisante pour permettre la délivrance ; les incisions cervicales profondes peuvent être d'une grande utilité. Si la situation de la femme est moins grave : crises légères et espacées, reprise de la connaissance entre les accès, on attend qu'il soit possible d'introduire le ballon utérin ; parfois l'expulsion de ce ballon est suivie de la naissance spontanée de l'enfant. Inutile de dire que si, au moment de l'apparition des crises, les voies génitales sont suffisantes pour permettre la délivrance, on achève rapidement l'accouchement.

Quant au reste du traitement, il consiste en une saignée de 200 à 600 cc. suivant les indications énumérées plus haut, en injections sous-cutanées de 1000 à 1500 cc. de solution saline que l'on peut répéter. Osteloh recommande ensuite 1 à 3 injections sous-cutanées, à 3 heures d'intervalle d'une solution de :

Scopolamine..................	0,005
Solution de morphine (0,01)...	20 gram.

ce qui fait : 0,00025 de scopolamine par dose. Les effets calmants de la scopolamine associée à la morphine semblent excellents.

C'est encore la morphine par la voie sous-cutanée, l'hydrate de chloral en lavements ; plus tard la caféine (caféine et salicylate de soude) pour la diurèse, les radiations émises par des ampoules électriques à incandescence pour la diaphorèse.

*
* *

Le pronostic doit toujours être réservé, car le nombre des cas de morts reste encore très élevé pour l'éclampsie. Il ne faut pas oublier que souvent des troubles psychiques apparaissent chez les malades guéries d'éclampsie, et que l'albuminurie peut persister longtemps même sous les apparences de la bonne santé.

Les suites ne dépendent pas uniquement du mode de traitement, ni du nombre des accès, mais surtout de l'étendue des lésions des organes internes créées par chaque accès. On ne pourra porter un jugement définitif sur une thérapeutique efficace que lorsqu'on sera plus éclairé sur les causes de l'éclampsie.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE

Les tampovules.

Du temps que j'étais étudiant, il y avait, dans la plupart des services de médecine des hôpitaux de Paris, un ou deux jours de la semaine, dits jours de speculum. Ces matins là, nous voyions défiler devant nos yeux une longue théorie de « sexes » qui, sous la bannière de la complaisante et compréhensive métrite, venaient chercher la cautérisation du nitrate ou de l'iode et le pansement lénitif du tampon copieusement imprégné d'une pommade iodoformée ou tannique puisée indifféremment dans un immense pot *ad usum omnium*. De tous ces ventres blessés, quelques-uns, à ce jeu-là, guérissaient : c'étaient les moins malades ; le plus grand nombre demeuraient dans un déplorable *statu quo*, propice à toutes les complications et aggravations possibles.

Avec les progrès de la chirurgie, ces pratiques disparurent et la gynécologie, de médicale, devint franchement, trop franchement chirurgicale. Toutes les matrices irritées, toutes les trompes enflammées vécurent sous la domination tyrannique de la curette et du bistouri. Pour un oui, pour un non, on vous ouvrait un ventre et, en quelques temps et pas beaucoup plus de mouvements, on en extirpait tout ce qui était malade, et même ce qui ne l'était pas. Ce fut l'ère des laparotomies triomphantes et......... stérilisantes : jamais on ne vit plus ample moisson de « Florifères », selon le verbe si suggestif de Camille Pert. Le triomphe fut de courte durée ; si brillants en effet que fussent les résultats opératoires de ces interventions, les suites éloignées s'en révélaient souvent déconcertantes et désastreuses. Les Florifères, devenues neurasthéniques, psychasthéniques, hystériques, névrosées en un mot, peuplèrent les asiles et les maisons de santé à en regorger. On s'aperçut alors qu'on ne prive pas impunément un organisme encore jeune d'un appareil qui joue un rôle si important et si nécessaire au jeu harmonieux de toutes ses fonctions. Un mouvement de réaction se dessina nettement et il se trouva de bons esprits, les Reclus, les Richelot, les Tuffier, et tutti quanti, pour proclamer que la chirurgie serait conservatrice ou qu'elle ne serait pas. Du coup, le traitement médical des affections utéro-annexielles regagna du terrain. L'emploi de l'eau chaude, des cautérisations, des pansements locaux judicieusement et scientifiquement réglés fut couronné de succès tels que les médecins purent appeler sous leur juridiction un grand nombre de gynécopathes qui furent ainsi soustraites à la menace toujours grosse d'éventualités dangereuses du couteau chirurgical.

Mais les soins médicaux, infiniment moins dramatiques et moins aléatoires que les interventions sanglantes, ont contre eux leur durée et leur répétition. On s'ingénia donc à les rendre pratiques et simplifiés en laissant aux femmes la possibilité de faire elles-mêmes certains pansements sans recourir à l'homme de l'art dont, à la campagne surtout, les instants sont comptés. C'est alors que les spécialistes créèrent les ovules à la glycérine solidifiée dans laquelle ils incorporaient les topiques médicamenteux indiqués. Il y avait là un progrès considérable et les ovules ne tardèrent à être adoptés par les médecins et les malades. Toutefois, celles-ci firent des remarques qui diminuèrent et refroidirent leur enthousiasme. Elles se plaignirent en effet que l'ovule, n'étant pas maintenu, avait tendance à se déplacer et à perdre le contact avec le col utérin et les culs-de-sac vaginaux. Elles se plaignirent surtout que sa fusion le transformait en un liquide visqueux qui, mélangé aux sécrétions localement provoquées, donnait lieu à un écoulement abondant et désagréable les forçant à se garnir.

Il y avait un pas à faire pour triompher de ces petites difficultés. Messieurs Corbière et Lindeux l'ont aisément franchi en créant le tampovule.

Le tampovule a la forme d'un coquetier en miniature garni de son œuf. Le coquetier est constitué par un bourdonnet d'ouate non hydrophile enfermé dans une pièce de gaze et étranglé en son milieu par un fil dont les chefs pendent librement en vue d'une *extraction facile*. L'ovule proprement dit, en glycérine solidifiée, adhérent à l'une des bases du bourdonnet, se prépare à toutes les bases médicamenteuses possibles. Dès qu'il a été mis en place, le tampovule est maintenu au niveau où il a été introduit pendant toute la durée de la fonte et concentre sur les points avec lesquels il est en contact toute l'énergie de la substance active qu'il contient. Cette énergie peut être renforcée en remplaçant le tampon non absorbant par un tampon hydrophile au sein duquel on introduit préalablement une substance médicamenteuse (tampovules à l'oxygène naissant).

Il existe des tampovules sédatifs et calmants à la belladone, au bromure de potassium, au chloral, à la cocaïne ; il en existe d'astringents, à la résorcine ; il y en a d'hémostatiques à l'antipyrine, à la ferripyrine, à l'hamamelis ; il y en a d'antiseptiques, à l'iodoforme, à l'ichthyol, au thigenol ; il y en a de résolutifs à l'iodure de potassium, à l'extrait de ciguë ; il y en a qui sont à la fois calmants, antiseptiques, hémostatiques, résolutifs, comme les tampovules à la traumapyrine ; il y en a pour tous les goûts et pour toutes les indications.

Avec le tampovule, la thérapeutique gynécologique se trouve enrichie d'un accessoire merveilleux et il n'est plus, à cette heure, de praticien, qui, dans le fond des campagnes les plus reculées, ne puisse aborder avec certitude de succès le traitement de la plupart des affections génitales qui se présentent si fréquemment dans sa pratique journalière.

Dr QUERCY.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Les médecins de colonisation en Algérie.

L'un des derniers numéros du *Concours Médical* publie une correspondance, au sujet des auxiliaires indigènes, adjoints aux médecins de Colonisation. Le Congrès de Lille a protesté contre cette institution *arbitraire* des auxiliaires indigènes. Qu'adviendra-t-il de cela ? A mon avis, rien — L'institution restera ce qu'elle est, puisque notre Gouverneur le veut, envers et contre les protestations, la loi et le bon sens.

Parlons, si vous le voulez, des médecins de colonisation. Je suis retraité comme tel. Je suis donc compétent en la matière.

Voici, à grands traits, les phases par lesquelles a passé cette institution.

Je commence à 1878. Le règlement des médecins de colonisation, revisé cette année, en faisait des fonctionnaires.... d'une catégorie spéciale.. qui pouvaient être investis de mandats électifs.... et jouissaient d'une assez grande liberté. Ils étaient par conséquent respectés et honorés.

On peut dire que la phase brillante, pour eux, dura de 1878 à 1883. Pendant cette période de cinq années, les électeurs firent, de plusieurs médecins de colonisation, des maires et des conseillers généraux.

Cette faveur du public à distinguer ses médecins, qu'il aimait et estimait, causa tous leurs maux. Le gouverneur Grévy, président de droit du Conseil supérieur de la colonie, avait pour vice-président un médecin de colonisation... Cela choqua Gouverneur et consorts... les consorts surtout.... On fit un autre règlement, celui de 1883, par lequel on donna à choisir aux médecins de colonisation, entre leur fonction rétribuée et le mandat électif dont ils étaient investis. Dès lors, il y eut incompatibilité entre les deux.

Presque tous les intéressés renoncèrent à la médecine de colonisation et conservèrent leurs fonctions d'élus.

Alors fut institué un régime de suspicion vraie, de sévérité et d'inquisition.... en dehors du règlement, pour annihiler l'ambition et l'influence légitime des médecins.

Seul de tous les fonctionnaires en Algérie, le médecin de colonisation fut soumis au système des notes secrètes, des fiches..... fournies — à son insu — par les maires et surtout par les Administrateurs de commune mixte, — agents dont l'occupation est officiellement de faire la police indigène et surtout .... la police de sûreté, *la police secrète.*

De ces notes dépendent la situation et l'avenir des médecins de colonisation.

Il faut donc plaire à l'Administration si l'on veut avoir la paix et de maigres faveurs. Il faut caresser, flatter un homme de police pour avoir quelques ménagements. Sinon gare ! on ne vous rate pas.

Il faut donc être assujetti, filer doux, abdiquer sa fierté, je dirais volontiers sa dignité, et vivre dans la crainte pour arriver à joindre péniblement les deux bouts. Or, savez-vous qu'il y a très peu d'administrateurs instruits et diplômés des écoles supérieures ? Ceux-là savent vivre. Mais, il en est d'autres et c'est le grand nombre..... qui sont des fruits secs des collèges, ou n'ont fréquenté que l'école primaire. D'autres étaient épiciers ou commissaires en marchandises avant de se prélasser dans des postes d'administrateur. Voilà quels sont les seigneurs, les maîtres des médecins de colonisation.

Les mandats électifs dont il était investi autrefois passèrent du médecin de colonisation aux notaires, greffiers, avoués, huissiers qui, eux aussi, sont des fonctionnaires *en Algérie.*

Il faut savoir qu'en effet en Algérie, les offices ministériels sont la propriété de l'État qui en dispose comme il l'entend.

Ces hommes de loi, mieux favorisés, considèrent (ce qui est vrai) les médecins de colonisation comme gens domestiqués auxquels on fait la vie dure.

Pour mon compte — *ab uno disce omnes,* — j'avais les obligations dont je vais parler qui m'ont dégoûté, éreinté et rendu vieux avant l'âge. Un autre médecin qui m'a succédé est mort après trois mois par surmenage. Celui qui le remplace a perdu, en deux ans, 18 kilos de son poids..... il me le disait, il y a de cela quelques jours.

Voici donc quelles étaient pour moi ces obligations qui sont restées les mêmes pour mes remplaçants.

Desservir une région montagneuse, ayant cent mille hectares d'étendue, peuplée de vingt-cinq mille habitants ; y faire les vaccinations, la médecine judiciaire... combattre les épidémies et faire tous rapports demandés.

Visiter une fois par semaine, *au moins* (c'est dans le règlement) des localités respectivement distantes du lieu de la résidence de 5-8-14-15-16 et 26 kilomètres ; faire en somme 600 kilomètres par mois de tournées réglementaires.

Ajoutez à cela : le service d'un hôpital indigène, au lieu de la résidence du médecin, qu'il faut visiter chaque matin à heure fixe, y soigner les malades, y faire pansements, opérations, accouchements difficiles.... ce n'est pas fini... y préparer les médicaments..... en plus : y donner chaque jour une consultation gratuite pour les malades du dehors, leur soigner les yeux, les plaies et leur distribuer des médicaments.... On croit rêver n'est-ce pas ? C'est là la besogne invraisemblable qui m'a été imposée et que j'ai faite pendant plus de trois ans et demi. Un autre médecin y est astreint depuis que j'ai pu m'échapper de cette galère avec une pension de retraite de 2.250 francs, aussi pauvre qu'il y a 24 ans, quand j'ai débuté. Quel leurre !

Et je n'étais pas des plus malheureux. D'autres médecins de colonisation sont encore plus surchargés que je ne le fus, ayant à desservir des étendues de 150 — 200 et jusqu'à 250 mille hectares et une population parfois de plus de soixante mille habitants, dans des pays sans routes, très froids en hiver, secs, arides, brûlés et presque sans eau en été.

Aussi le martyrologe des médecins de colonisation est-il long, beaucoup plus long que la liste des autres fonctionnaires décédés en paix, toutes proportions gardées.

Depuis 20 ans, sur un nombre de 32 à 35 médecins de colonisation en Oranie, il en est mort une vingtaine à la tâche. D'autres ne sont pas morts, il est vrai, mais y ont renoncé (soit fatigue, dégoût, fierté ou heureuse inspiration) après y avoir été soumis plus ou moins longtemps. Ils ont ainsi évité l'esclavage et la misère.

Pour finir : Les jeunes médecins de souche algérienne recherchent très peu l'emploi de médecin de colonisation... et pour cause.... ils savent ce que c'est. Ce sont des Français de France qui viennent combler les vides — *Experto crede Roberto* — Publiez et vous verrez que personne ne répondra pour contredire — Pauvres ! pauvres médecins de colonisation !

X.

CHRONIQUE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

A propos des accidents du travail. — Pansement simple et pansement antiseptique. — Les blessés sont mal soignés à l'hôpital. — Les compagnies ne paient pas vite !

Un procès récent dont le jugement a fait le tour de la Presse médicale, pose à nouveau le problème du pansement simple et du pansement antiseptique complet.

Que faut-il entendre par ces dénominations, qui sont certainement incomplètes et où l'absence de précision entraîne à des appréciations qui varient suivant les experts.

Nous avons abordé la question dans un de nos articles et nous n'y revenons aujourd'hui que dans le but d'apporter quelques arguments au débat et avec l'espoir d'une meilleure solution dans l'avenir.

Certes, nous comprenons les protestations des compagnies quand elles se voient présenter une note d'honoraires où, pour un phlegmon de la main, par exemple, on compte des pansements antiseptiques jusqu'à la veille de la reprise du travail.

Si un blessé est en état de travailler demain, c'est que la plaie pour laquelle nous l'avons soigné est cicatrisée depuis un certain temps déjà. A la rigueur, nous avons pu demander au blessé de nous rendre visite, et, par précaution, nous avons maintenu sur la plaie cicatrisée un pansement protecteur ; encore ne l'avons nous fait qu'au détriment de l'intérêt du malade qui aurait gagné à faire usage de son membre pour assouplir sa cicatrice et ne point risquer d'être arrêté par la douleur ou par la gêne dès la reprise du travail.

Par contre, les premiers pansements qui suivent une intervention sérieuse sont forcément de grands pansements, des pansements complets *antiseptiques*, comme le dit le tarif. Ils ont ce caractère, même si nous utilisons la seule gaze aseptique et ceci se prolonge jusqu'à l'enlèvement des fils et la disparition de toute infection.

Quand nous pansons à plat, nous ne faisons plus qu'un pansement simple.

Or, juger, comme dans le cas du Docteur Lecerf et ainsi que l'a fait le professeur Berger, qu'un blessé n'a reçu que des soins tarifés comme pansements aseptiques à la suite d'une opération sérieuse, me paraît contraire à l'équité.

J'avoue qu'un autre jugement dont j'ai eu connaissance, et qui a trait à des soins donnés à un blessé pour une brûlure légère du dos du pied, ayant déterminé une plaie simple de la dimension d'une pièce de cinq francs et ayant entraîné une série de vingt-cinq pansements antiseptiques, j'avoue, dis-je, que ceci me paraît exagéré.

Dans ce second jugement, on ne contestait ni le nombre de pansements, ni leur opportunité ; on leur déniait le caractère d'antiseptiques et par suite on prétendait ne régler la note qu'au taux de 2.50 au lieu de 7 fr. 50. Or, la commission d'arbitrage, sans s'inquiéter du nombre de pansements qui n'était pas contesté, s'est bornée à appliquer le tarif en tenant compte uniquement de ce qui avait servi au pansement et comme le confrère avait usé d'antiseptiques, on a jugé que le prix de 7 fr. 50 devait être payé.

A mon avis, la façon d'interpréter le tarif du professeur Berger et de la commission d'arbitrage ne me paraît pas bonne ; nous ne nous trouvons pas, avec le tarif Dubief, en face d'un texte de loi, il faut comprendre ce que les auteurs ont voulu dire. Il faut surtout nous efforcer de faire préciser ces divers articles et tout le monde gagnerait à ce que les pansements fussent tarifés au prix d'une visite ou de deux visites, tout en réservant le pansement qui se confond avec le prix de la visite pour le cas très simple où l'acte médical n'est plus que de la surveillance.

Puisque nous en sommes au chapitre des critiques, ajoutons-y quelques réflexions relatives à la façon dont sont parfois soignés les blessés par la faute des compagnies.

Ces bonnes compagnies ne manquent pas de nous reprocher ce qu'elles appellent nos exagérations, pour ne pas dire plus, dans la tarification de nos notes d'honoraires ; il serait intéressant de compulser les dossiers des compagnies établis par les ouvriers.

Voici deux faits de cette semaine :

Un ouvrier blessé le 27 mai par une pièce de métal qui lui écrase le bout du deuxième orteil du pied droit est conduit à l'hôpital. On incise un bout de doigt et après un pansement le blessé revient chez lui.

Le blessé qui va au siège de la compagnie où il est vu par le médecin est régulièrement envoyé par lui à l'hôpital où on fait les pansements. Ceux-ci sont faits par un jeune stagiaire qui consciencieusement enlève le pansement sale et le remplace par un propre. Un énorme bourgeon charnu masque la plaie. Il y a près de deux mois que ce manège dure. Le blessé s'énerve et se demande ce que cela deviendra. Il a des charges et le demi-salaire est maigre. Deux mois pour un pareil bobo ! Comment nous traiterait-on si nous laissions aller ainsi les choses ?

Un bon coup de curette me permet de mettre à nu un reste de phalange. Un coup de pince gouge opère la résection de ce petit débris osseux, tamponnement ; et ce blessé dans huit jours sera bien près d'être guéri.

Il n'y a pas ici à espérer de rente, ou elle sera bien minime, donc il n'y aura pas de compensation à la perte de temps de l'ouvrier.

Qu'en pensent les assureurs ? Est-il sage de faire faire ainsi sa besogne et d'envoyer à l'hôpital des gens qu'on devrait soigner ?

Autre fait :

Un blessé m'arrive la semaine dernière, se plaignant de douleurs très vives dans l'oreille, dans la tête. C'est un des ouvriers qui travaillent au tube dans les caissons d'air comprimé. Il attribuait ce malaise à un coup de pression.

Le médecin de la compagnie, sans l'examiner, avait mis sur la feuille : otite droite par coup de pression, et l'avait envoyé à l'hôpital.

A l'hôpital un bon petit jeune homme lui avait trouvé un pharynx granuleux et lui avait conseillé des gargarismes. (J'ai vu l'ordonnance !)

Je ne suis pas spécialiste pour les maladies du nez, de la gorge et des oreilles ; mais j'ai cru rendre service à ce pauvre diable en le mettant

entre les mains d'un de mes bons amis, qui a fait un examen sérieux. Le tympan à droite était perforé, il y avait une ecchymose qui montrait que l'accident était tout récent. Les bourdonnements, le vertige et les douleurs méritaient plus qu'une ordonnance de gargarisme. Actuellement ce blessé va mieux.

Quand les compagnies se plaignent, elles n'ont pas toujours tort, mais les blessés seraient, eux aussi, fondés à se plaindre. Ils sont parfois peu et mal soignés par les médecins des compagnies et l'hôpital n'est que trop souvent, pour ces malheureux, un endroit où on les fait revenir sans tenir compte de la perte de temps qui en résulte et de l'intérêt capital qu'il y a à guérir rapidement un ouvrier.

Morale : Agissons de plus en plus auprès des ouvriers pour qu'ils s'adressent à leurs médecins et si ceux-ci ne tiennent pas à s'occuper d'accidents du travail, qu'ils les envoient à des confrères qui ne dédaignent point cette clientèle.

Surtout pas l'hôpital !

Pendant que j'y suis, encore un vœu que je voudrais voir pris en considération par les compagnies : Qu'on ne nous fasse pas attendre indéfiniment le règlement de nos notes d'honoraires.

A part une ou deux compagnies, qui sont à cet égard d'une ponctualité digne de tout intérêt, les autres sociétés nous font languir pendant des semaines et même des mois. Il n'est pas de confrère qui n'ait eu à se plaindre de ces agissements qui l'obligent à des correspondances, à des rappels, dont d'ailleurs on ne tient aucun compte.

Quand, un beau jour, agacés de ce retard, nous nous présentons à la caisse, on nous règle sans difficulté ; le compte était donc préparé, d'où vient le retard ?

C'est bien simple à expliquer ; il n'est pas de petites économies et l'argent entre les mains des assureurs rapporte plus qu'entre les nôtres, or, tant qu'une raison pressante ne force pas à donner de l'argent, on le garde. J'avoue que cette explication est encore celle que je trouve la meilleure, car je ne veux pas supposer que c'est par taquinerie qu'on nous laisse réclamer plusieurs fois le paiement d'une note.

Qu'on agisse envers nous comme le ferait un client. Lorsqu'un particulier reçoit sa note, il nous en adresse le règlement, ou vient lui-même nous solder dans les jours qui suivent.

Que la compagnie vérifie, nous informe au besoin qu'elle conteste certains articles, de façon à provoquer nos explications, mais qu'on ne traîne pas pendant des mois pour des notes insignifiantes !

C'est surtout dans les bureaux que nous rencontrons des gens qui nous sont hostiles ; pour eux, l'ouvrier et le médecin sont des ennemis.

Il conviendrait de faire cesser cet état de choses, et il suffirait pour cela de quelques instructions parties des chefs et surtout d'un peu de surveillance.

Docteur Ch. Levassort.

CORRESPONDANCE

Le « Médecin de Campagne ».

Veuillez trouver dans votre courrier d'aujourd'hui un numéro de notre nouvel organe *le Médecin de Campagne*.

Nous nous sommes fait un devoir d'insérer le *Vœ Solis*. Vous verrez également dans notre comité les noms de nombreux amis du Concours et de ses œuvres. J'espère donc et nous espérons tous avoir la sympathie et l'appui du *Concours médical* que nous considérons comme un frère aîné.

D'aucuns ont été accusés de disperser les efforts. Pour nous, nous avons la conviction de grouper des forces nouvelles en faveur de la défense et du relèvement de la profession médicale. Est-ce votre avis ?

Merci d'avance de votre encouragement qui nous sera précieux.

Bien confraternellement à vous.

Dr J. Jullien.

Membre du Concours, de l'Amicale, du « Sou médical », Secrétaire de la rédaction du *Médecin de Campagne*.

N.D.L.R. C'est la seule dispersion des cotisations en œuvres de prévoyance à recrutement trop limité qui nous inspire parfois des inquiétudes. Au contraire, nous sommes tout acquis aux efforts de défense locale et régionale et nous nous empressons de formuler nos meilleurs souhaits pour l'avenir du *Médecin de Campagne*, et d'adresser à ses fondateurs de cordiales félicitations.

La prosélytisme nécessaire.

Mon cher confrère,

Je vous adresse le compte rendu de l'assemblée générale du syndicat médical de l'Aube de mai 1908. Vous pourrez, si vous le voulez, le publier ou en donner un résumé dans le *Concours médical*.

Les efforts faits de tous côtés finiront peut-être par développer les idées syndicales et les faire pénétrer dans l'esprit des médecins si lents à s'émouvoir quand il s'agit de leurs intérêts.

Veuillez agréer, mon cher confrère, l'assurance de mes meilleurs sentiments.

Dr Gros.

J'ai fait nommer délégués à l'Union des Syndicats 2 *jeunes* et je m'efforcerai d'en faire envoyer tous les ans des nouveaux, si possible, pour les amener par l'exemple à l'idée syndicale. Je leur ai conseillé, et je renouvellerai mon conseil au bon moment, d'assister à la réunion du « Sou médical ». C'est le meilleur moyen de les gagner à notre cause.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Responsabilité du patron pour les soins donnés après la consolidation.

Le patron est responsable des frais médicaux après la consolidation, quand il y a une relation nette de cause à effet entre la blessure d'origine et les accidents secondaires, et que les soins présentent un caractère de nécessité incontestable.

La genèse de l'affaire est la suivante :

Un ouvrier, C., est blessé pendant son travail au service de R., le 29 octobre 1906. L'accident détermine une section partielle des fibres musculaires du grand palmaire et du fléchisseur commun superficiel de l'avant-bras droit. Une suture à fils perdus est pratiquée à l'hôpital le jour même. La plaie guérit régulièrement, mais avec adhérence cutanée aux plans musculaires sous-jacents, au niveau de l'intervention. De ce fait il résulte une incapacité permanente qui est évaluée à 5 % par expertise ; un jugement détermine la date de la consolidation au 28 novembre 1906 et fixe la rente.

L'ouvrier C. reprend son travail. Mais, dix mois après, en septembre 1907, l'ancienne plaie se rouvre sous l'influence d'une suppuration d'origine interne. Une intervention s'impose : on trouve dans le pus des débris de fil des sutures perdus. Les médecins du blessé, le docteur G., draine, panse, puis masse le blessé.

Ce dernier intente une action en révision pour aggravation, puis se désiste par suite de l'amélioration survenue au moment de l'expertise (mars 1908). Le Dr G. réclame le montant de ses honoraires au patron qui fait répondre par son assureur qu'il n'est nullement responsable des frais médicaux pour des soins donnés après la consolidation. Le médecin assigne directement le patron devant le juge de paix du lieu de l'accident, qui condamne le patron R. à payer intégralement les honoraires. Voici les principaux attendus du jugement.

Tribunal de paix du XXe arrondissement

présidé par M. Bruel, suppléant.

(*Audience du* 9 *juillet* 1908.) (Extraits.)

Entre le docteur G..., demeurant à Paris, demandeur, comparant en personne, d'une part.

Et le sieur R..., demeurant à Paris, défendeur, comparant par mandataire régulier.

D'autre part,

Attendu que le docteur G... a assigné le sieur R... en paiement d'une somme de deux cent trente-cinq francs pour soins donnés au sieur C... à la suite d'un accident qui serait survenu à ce dernier, le vingt-neuf octobre mil neuf cent six, alors qu'il travaillait au service du défendeur.

Attendu que ce dernier oppose, par la voix de son mandataire, qu'une rente avait été allouée au sieur C..., à compter du vingt-huit novembre mil neuf cent sept, qu'à partir de cette date, la rente allouée par le tribunal civil ne peut à aucun moment être remplacée par une indemnité journalière ; qu'en conséquence le demandeur ne peut invoquer qu'il y a eu rechute.

Que C... s'est désisté de sa demande en révision, qu'il avait intentée le vingt mars mil neuf cent huit et que ce désistement prouve d'une façon suffisante que son état ne s'est jamais aggravé depuis la date où la rente a été substituée au demi-salaire.

Que le tribunal de paix était incompétent pour statuer sur cette demande.

Attendu que le docteur G... soutient au contraire que la loi du neuf avril mil huit cent quatre-vingt-dix-huit, dans son article quatre, met à la charge du chef d'entreprise les frais médicaux et pharmaceutiques sans aucune réserve, que rien ne spécifie, pas plus dans cet article que dans les articles quinze et seize de la même loi, que les frais médicaux cessent d'être dus lorsque cesse d'être due l'indemnité temporaire.

Que la rente viagère accordée à l'ouvrier n'est que la représentation pure et simple d'une diminution de salaire que cet ouvrier doit subir par suite de son infirmité permanente occasionnée par son accident et que les indemnités allouées par la loi précitée ne constituent que des allocations forfaitaires indépendantes les unes des autres.

Que les soins qu'il avait prodigués à C... se rapportaient à l'accident dont il avait été victime le vingt-neuf octobre mil neuf cent six.

Qu'il réclamait de ce fait le montant intégral de la note qu'il avait produite.

Attendu, à la suite des explications fournies par le docteur G... que le sieur R..., par son mandataire, a demandé la désignation d'un médecin expert à l'effet d'être fixé sur l'état du blessé et de savoir si les soins donnés au sieur C... avaient été nécessités par une blessure ayant une relation directe avec l'accident du vingt-neuf octobre mil neuf cent six.

Attendu que les parties se sont mises d'accord pour désigner monsieur le docteur G..., comme expert, lequel, après avoir procédé à la mission qui lui avait été confiée, a déposé un rapport duquel il résulte :

Que C... avait été atteint, au cours de son travail, d'une plaie profonde de l'avant-bras droit ; qu'après guérison apparente, cet ouvrier avait repris son travail.

Que la consolidation lorsqu'elle fut prononcée, sur l'avis du docteur Vibert, le vingt-huit novembre mil neuf cent six, ne permettait pas de prévoir que les fils perdus suppureraient ainsi qu'il est établi par un rapport du Dr Thierry.

Que cette infection est due, selon Monsieur le docteur Thierry, à un fait de « microbromie latent» qui a nécessité la deuxième intervention chirurgicale du Dr G.

Que cette infection *constitue une phase des suites de l'accident* du vingt neuf octobre mil neuf cent six qui a rendu nécessaire le traitement institué par ce praticien.

Que le docteur G..., médecin expert, affirme nettement, en ses conclusions, que l'aggravation temporaire de la blessure est bien la conséquence de l'accident du vingt-neuf octobre mil neuf cent six et qu'elle est due à un état de maladie préexistant du fait de l'accident.

Attendu, en conséquence, qu'il y a relation de cause à effet entre l'accident du vingt-neuf octobre mil neuf cent six et la blessure pour laquelle C... a reçu des soins du docteur G.

Attendu, dans ces conditions, que le défendeur est mal venu en refusant de payer au docteur G... le montant des soins donnés au sieur C..., lesquels ne peuvent être mis à la charge de ce dernier.

Attendu par application de l'article dix-neuf de la loi du neuf avril mil huit cent quatre-vingt-dix-huit, que la demande en revision ne peut avoir d'effet qu'autant que l'infirmité se soit atténuée ou aggravée d'une façon permanente.

Qu'en l'espèce qui nous est soumise, l'aggravation de la blessure n'a entraîné qu'une incapacité temporaire de travail.

Que le sieur C... était bien fondé en se désistant de sa demande en revision devant le tribunal civil qui se serait déclaré inévitablement incompétent dans le cas qui nous occupe.

Qu'il s'agit d'établir si les soins doivent être mis à la charge du patron ou de l'ouvrier.

Attendu qu'il serait inique de faire supporter à un ouvrier le coût des frais de médecin nécessités par sa blessure pendant le temps de sa maladie bien qu'ils fussent donnés après la date de consolidation fixée primitivement.

Qu'aux termes mêmes de la loi du neuf avril mil huit cent quatre-vingt-dix-nuit, l'ouvrier a droit, d'après le législateur à une indemnité de demi-salaire jusqu'au jour où la blessure a été déclarée consolidée, à une rente calculée selon la gravité de la blessure ainsi qu'aux frais médicaux et pharmaceutiques.

Attendu qu'aucun doute ne peut subsister dans l'esprit du Tribunal. Que s'il en était autrement le sieur C... verrait l'indemnité qui lui a été accordée, diminuée d'autant, par suite de son aggravation, dans des proportions qu'il convient d'établir.

Attendu que d'après les déclarations mêmes que C... a touché une somme dequatre cents francs de capital calculée sur un chiffre de quarante-cinq francs de rente.

Que cet ouvrier est resté en traitement pendant un mois et demi environ, qu'il n'a touché pendant la durée de sa maladie, attribuée à l'accident du

vingt-neuf octobre mil neuf cent six, aucun salaire qui équivaudrait à la somme de plus de deux cents francs.

Que s'il fallait mettre les frais médicaux à la charge de l'ouvrier, soit une somme de deux cent trente-cinq francs, celui-ci subirait une perte totale de plus de quatre cents francs.

Qu'ainsi il n'aurait rien touché du fait de son accident et qu'il subirait au contraire une perte appréciable.

Attendu que, dans ces conditions, le moyen opposé par le sieur R... tombe de lui-même.

Qu'il y a donc lieu de laisser supporter à ce dernier tous les frais médicaux auxquels a droit le docteur G...

Par ces motifs,
Statuant en dernier ressort

Rejette le moyen opposé par le sieur R.

Le condamne à payer au docteur G... la somme de deux cent trente-cinq francs pour les causes sus énoncées, aux dépens de l'instance et au coût de l'expertise.

HYGIÈNE PUBLIQUE

(Extrait du *Journal Officiel* du 18 juillet 1908)

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR.

Arrêté et circulaire relatifs à l'assainissement de la ville de Privas

Le président du conseil, ministre de l'intérieur.

Vu l'article 9 de la loi du 15 février 1902, relative à la protection de la santé publique:

Considérant qu'il est hors de toute contestation que, pendant plus de trois années consécutives, le nombre des décès dans la ville de Privas a dépassé le chiffre de la mortalité moyenne de la France ;

Vu l'enquête du conseil départemental d'hygiène du 26 octobre 1907, établissant que l'état sanitaire de la commune nécessite des travaux d'assainissement ;

Vu la mise en demeure adressée par M. le préfet de l'Ardèche à la commune le 29 octobre 1907, et non suivie d'effet ;

Vu la délibération du conseil départemental d'hygiène du 18 mars 1908, relative à l'utilité et à la nature des travaux jugés nécessaires ;

Vu la mise en demeure, adressée le 19 mars 1908, par M. le préfet de l'Ardèche à M. le maire de Privas, de présenter ses observations devant ledit conseil ;

Vu le troisième paragraphe de l'article 9 sus-visé ainsi conçu : « .. Le préfet transmet la délibération du conseil départemental au ministre de l'intérieur qui, s'il le juge à propos, soumet la question au conseil supérieur d'hygiène publique de France. Celui-ci procède à une enquête sur place dont les résultats sont affichés dans la commune » ;

Vu la délibération du conseil supérieur d'hygiène en date du 6 juillet 1908, dont le texte suit :

« Le conseil supérieur d'hygiène,

« Chargé, conformément à l'article 9 de la loi du 15 février 1902, par M. le président du conseil, de faire une enquête sur les conditions sanitaires de la ville de Privas ;

« Après avoir entendu le rapport préliminaire de M. Chantemesse et les rapports présentés par MM. Bordas, Dienert et Masson au nom de la délégation chargée de mener l'enquête sur place ;

« Après en avoir délibéré,

« Décide de présenter à M. le président du conseil, pour être affichées dans la commune, les conclusions suivantes :

« L'insalubrité de la ville de Privas est notoire ; déjà en 1896-97, lors de l'épidémie de diphtérie qui, pendant plus d'une année, fit dans cette commune de nombreuses victimes, des travaux d'assainissement furent reconnus par tous comme indispensables ; aucun effort cependant n'a été accompli.

« Chaque jour, la situation s'aggrave ; d'une part les canalisations d'amenée d'eau sont exposées à des dangers plus directs de contamination ; d'autre part un certain nombre de vieilles maisons, laissées à l'abandon, dépourvues de cabinets d'aisance, deviennent plus inhabitables ; enfin l'état des égouts est des plus lamentables et le sous-sol, saturé de toutes les eaux résiduaires de la ville, constitue un foyer d'infection permanent. Partout éclate une insouciance extraordinaire des précautions d'hygiène les plus élémentaires : ici les eaux et déchets de l'abattoir s'écoulent librement sur un charnier où sont cultivés des légumes ; là, sous les fenêtres du collège, à quelques mètres de la cour de récréation des élèves, s'étale un dépotoir où toutes sortes d'immondices sont accumulées. A chaque pas, il est vrai, se dressent en ville des écriteaux interdisant aux habitants de déposer des ordures sur la voie publique ; mais à chaque pas aussi les délégués du conseil ont rencontré des maisons dépourvues de tout cabinet d'aisances et dont les habitants n'ont d'autre moyen de se débarrasser des ordures qu'en les jetant à la rue. Tous les témoins entendus sont d'accord pour reconnaître qu'en été la ville est très souvent incommodée par des émanations infectes.

« Cette situation intolérable s'est prolongée. Le devoir s'impose d'autant plus de la faire cesser qu'il est aisé d'y porter remède.

« 1° Il est indispensable avant tout d'instituer un réseau complet d'égouts desservant toutes les rues et ruelles de la ville sans exception conformément au programme d'instruction des projets de construction d'égouts élaboré par le conseil supérieur d'hygiène en juin 1906.

« Ces égouts devront être disposés de façon à recevoir, avec les eaux ménagères, les matières de vidange provenant des cabinets, lesquels seront établis selon les prescriptions du règlement sanitaire communal.

« Les eaux d'égouts devront être épurées avant d'être rejetées dans les cours d'eau ; si la municipalité est tenue par contrats antérieurs ou a le désir de maintenir un épandage partiel dans certaines propriétés, cet épandage devra être soumis aux garanties d'usage rappelées au rapport de M. Masson.

« 2° Les sources captées par la ville de Privas paraissent avoir un débit suffisant et pour l'alimentation en eau potable et pour le service des égouts ; elles peuvent sous certaines précautions, être de bonne qualité ; mais il est indispensable d'une part de prendre toutes mesures pour empêcher la pollution de ces eaux de source ici par les purins et fumiers d'une ferme voisine, par les infiltrations des eaux de ruissellement, en divers points par les ordures que chacun peut aujourd'hui librement y jeter ; il est indispensable, d'autre part, de procéder à des réfections de la canalisation pour boucher les fissures et empêcher les déperditions d'eau qui sont aujourd'hui considérables. Grâce à ce double effort, la population de Privas sera fournie à toute époque de l'année d'une eau pure et abondante.

L'énumération des travaux à réaliser tant pour l'agglomération que pour les hameaux se trouve au rapport de M. Dienert.

« 3° Il sera enfin indispensable, dès que le réseau d'égouts aura été établi, de tenir la main à la stricte application du règlement sanitaire, notamment en ce qui concerne l'installation des cabinets d'aisance et plus spécialement encore dans le quartier du Pouzin ; si les propriétaires ne leur apportent pas les améliorations nécessaires, les immeubles visés étant incontestablement dangereux pour la santé des occupants, le maire. — ou à son défaut le préfet — devra leur appliquer la procédure définie par l'article 12 de la loi du 15 février 1902, et qui peut aboutir à l'interdiction d'habiter ; cette question a été traitée en détail dans le rapport de M. Bordas.

« L'intérêt de la santé publique exige impérieusement que le Gouvernement poursuive d'urgence, dans les trois ordres d'idées ci-dessus indiqués et par toutes voies de droit, l'exécution du programme d'assainissement de la ville de Privas ».

Arrête :

Art. 1er. — Le présent arrêté sera affiché dans la commune, le texte *in extenso* des rapports présentés au conseil supérieur d'hygiène par M. M. Chantemesse, Bordas, Dienert et Masson, sera déposé à la préfecture de Privas et mis pendant quinze jours pleins à la disposition des habitants de la commune qui voudront en prendre connaissance.

Art. 2. — Le préfet de l'Ardèche est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 16 juillet 1908.

Le président du conseil, ministre de l'intérieur,

G. CLEMENCEAU.

Paris, le 18 juillet 1908.

Monsieur le préfet,

J'attire votre attention sur l'arrêté relatif à la ville de Privas, inséré au *Journal officiel* de ce jour.

Je vous ai déjà indiqué à diverses reprises l'importance capitale que peut avoir pour la santé publique la ferme application de l'article 9 de la loi du 15 février 1902. Je vous invite à faire tout ce qui dépendra de vous pour faire produire aux prescriptions tutélaires de cet article le maximum d'effet utile. Vous veillerez personnellement à ce que les enquêtes prévues au premier paragraphe, soient poursuivies avec diligence : vous prendrez soin que la procédure qui peut aboutir à l'élaboration en conseil d'Etat d'un décret imposant d'office certains travaux à la commune soit très exactement suivie ; les deux mises en demeure prescrites par le deuxième paragraphe de l'article 9 et qui doivent être adressées la première à la commune, la seconde au maire, doivent être formulées de façon très précise.

Il est infiniment souhaitable que les municipalités, averties et guidées par les assemblées sanitaires et par vous-même, comprennent ce qui est en même temps leur intérêt et leur devoir : pourvoir une ville, comme dit la loi, «d'eau potable de bonne qualité et en quantité suffisante », assurer l'évacuation des eaux usées, assainir les quartiers les plus insalubres, c'est diminuer les causes les plus graves et de mortalité et de morbidité, c'est garantir la force productive et travailler au bonheur de la cité.

Jusqu'à ce jour les villes prenant l'initiative de tels travaux ne pouvaient être subventionnées pour d'autre objet que l'adduction d'eau potable ; vous savez qu'au moyen du prélèvement sur le produit des jeux ordonné par la loi du 15 juin 1907, une caisse spéciale est aujourd'hui constituée au ministère de l'intérieur; un des objets essentiels de cette caisse est de permettre l'allocation de subventions aux communes pour divers travaux d'assainissement. De telle sorte que toute ville tombant sous le coup de l'article 9 de la loi de 1902, c'est-à-dire où le nombre des décès dépasse le chiffre de la mortalité moyenne de France, et où certains travaux ont été dans la forme légale reconnus nécessaires, est placée dans cette alternative : ou prendre de bonne grâce, avec un souci diligent de l'intérêt public, l'initiative de ces travaux, et dans ce cas une subvention lui sera attribuée ; ou bien résister aux diverses mises en demeures prévues par *l'article 9, opposer à vos efforts* inertie ou réponses dilatoires, nous contraindre à épuiser toute la procédure de l'article 9 et il va de soi que, dans ce second cas, l'imposition d'office qui lui sera faite en vertu de cet article la privera de tout droit à une subvention sur la caisse précitée.

Ayant ainsi le choix entre des travaux imposés d'office et non subventionnés et des travaux consentis de bonne grâce et subventionnés, les communes pourraient, j'imagine, difficilement hésiter.

Vous voudrez bien faire connaître à l'occasion aux municipalités que, sur ce point capital comme d'ailleurs sur tous les autres, le Gouvernement est décidé à assurer l'intégrale exécution de la loi de 1902. Vous ne manquerez pas de me tenir avec soin au courant de toute application que vous aurez pu faire de l'article 9 aux communes de votre département.

Le président du conseil, ministre de l'intérieur,

G. CLEMENCEAU.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

Syndicat médical des Basses-Alpes.

Procès-verbal de l'Assemblée générale du 15 juin 1908.

Membres présents : MM. AUBERT, BERNARD. CAIRE (Mansque), CAIRE (Forcalquier), CONVERS, DAMAS, DOUZOULS, GARDIOLE, OLIVIER, PARINI, REBORY, RICHAUD, ROMIEU, SENÈS, THIEUX.

Membres excusés : MM. ALLAMELLE, BONNET, BREMOND, DEVARS, DIVOL, HEIRIES, ESCARAS, IMBERT, LIAUTAUN, NALIN, MARTIN, SIGNORET, etc.

M. AUBERT, président, ouvre la séance à 10 heures, et après avoir constaté que malgré les difficultés qu'entraînait pour la plupart d'entre nous une réunion à Sisteron, le nombre des sociétaires présents prouvait surabondamment la prospérité de notre Syndicat, il donne la parole au Secrétaire,

M. THIEUX rend compte des divers travaux dont le bureau l'avait chargé : 1° lettre à l'Evê-

que de Digne pour se plaindre des pratiques illégales de médecine effectuées par les curés de Rioclar et de Puimichel ; il donne lecture de la réponse de l'évêque promettant satisfaction ; 2° Lettre au Président du Tribunal de Digne concernant l'affaire Favier-Senès ; 3° Expédition des tarifs Jeanne.

M. Bernard, trésorier, donne le compte rendu financier du syndicat.

L'ordre du jour apelle la nomination du bureau pour l'année 1907-1908. Le bureau sortant est réélu à l'unanimité.

§ I. MM. Richaud et Olivier émettent un vœu tendant à la révision du tarif kilométrique départemental. Ce vœu, adopté à l'unanimité, a recu satisfaction dès le mois de janvier 1908, et un nouveau tarif a été dressé à la Préfecture où les distances ont été modifiées.

§ II. Après une échange d'observations sur la façon défectueuse dont nous sommes traités actuellement dans le cas d'hospitalisation des accidentés du travail,

Le Syndicat Médical des Basses-Alpes, considérant : 1° Que la loi sur les accidents du travail, dans son article 4, a prévu dans les frais d'hospitalisation les honoraires des médecins, ainsi que les frais pharmaceutiques ;

2° Que jusqu'à ce jour les médecins des Hôpitaux n'ont jamais réclamé la part leur revenant dans les prix de journées :

3° Qu'il y a lieu de se conformer aux idées acceptées dans un certain nombre d'hôpitaux de province, en particulier l'hôpital d'Albertville, pour lequel le système fonctionne depuis plusieurs années ;

Décide, à l'unanimité, qu'il y a lieu, conformément au dit article 4, de demander aux commissions administratives de tout le département:

1° De fixer le prix de la journée à l'Hôpital pour les accidents du travail à 3 fr.50, maximum prévu par l'article 4.

2° D'affecter sur ce prix de journée la somme de 2 fr. à l'hôpital, celle de 0,50 aux frais pharmaceutiques (ce qui ramènerait la journée payée à l'hôpital à 2 fr. 50) ; que le surplus soit 1 franc constituerait les honoraires du médecin traitant.

§ III. Après avoir délibéré sur une proposition de M. Convers, ayant rapport à la façon dont doivent être donnés les Secours aux Sociétés de Secours Mutuels du département, adopte à l'unanimité le vœu suivant :

Il ne doit être fait aucune différence entre les malades appartenant aux Sociétés de Secours Mutuels et les autres. En conséquence, le prix des visites, consultations et voyages sera le même que pour les autres clients.»

§ IV. M. Thieux demande à ce que la loi de 1893 soit observée en ce qui concerne la présence du médecin lors de la formation des listes d'assistance.

M. Damas cite certains abus dans l'application de la loi d'assistance (faux indigents, interventions politiques...etc.)

Après des observations de MM. Romieu et Olivier, l'Assemblée décide de proposer au Conseil général certaines modifications aux tarifs d'assistance et d'insister pour l'application intégrale de la loi d'assistance, afin d'éviter le renouvellement des abus.

Une commission, composée de MM. Damas, Romieu et Thieux, sera chargée d'étudier et de rapporter à la prochaine assemblée les bases de la proposition à apporter à l'assemblée départementale.

A la fin de la séance, M. le Président demande à l'Assemblée de vouloir bien fixer le lieu de la prochaine réunion. On décide de se réunir à Forcalquier avant la session des Conseils généraux.

Sisteron, le 1er août 1908.

Le Secrétaire :
Dr Thieux.

REPORTAGE MÉDICAL

Médecin adjoint des asiles publics d'aliénés. — Les dispositions du décret du 1er août 1906, relatif au recrutement des médecins adjoints des asiles publics d'aliénés, sont modifiées comme suit :

Les épreuves du concours sont toutes subies sous le contrôle de l'inspecteur général, président,

Elles seront au nombre de six, savoir :

1° Une question écrite portant sur l'anatomie et la physiologie du système nerveux, pour laquelle il sera accordé quatre heures au candidat ; le maximum des points sera de 30.

2° Une question écrite portant sur l'organisation des asiles publics d'aliénés et sur la législation des aliénés, pour laquelle il sera accordé deux heures ; le maximum des points sera de 10.

Les copies devront être écrites lisiblement et porter une devise.

Cette devise sera reproduite avec le nom du candidat et mise par celui-ci sous enveloppe cachetée ;

3° Une épreuve sur titres ; le maximum des points sera de 10 pour cette épreuve et les points devront être donnés lors de la correction des épreuves écrites. Il sera tenu compte de ces points en vue de l'admissibilité des candidats aux épreuves orales et cliniques.

Ces épreuves sont éliminatoires ;

4° Une question orale portant sur la médecine et la chirurgie en général, pour laquelle il sera accordé vingt minutes de réflexion et quinze minutes d'exposition ; le maximum des points sera de 20 ;

5° Une épreuve clinique orale qui portera sur un seul malade au point de vue diagnostic, pronostic, traitement, assistance ; il sera accordé au candidat vingt minutes pour l'examen du malade, dix minutes de réflexion et quinze minutes d'exposition ; le maximum des points sera de 30 ;

6° Une épreuve clinique écrite ; cette épreuve portera sur un seul malade (diagnostic de l'état mental du sujet et détermination des conséquences qui en découlent au point de vue médico-légal).

Il sera accordé au candidat vingt minutes pour l'examen du malade et une heure pour la rédaction d'une consultation écrite.

Le maximum des points sera de 20.

La police générale du concours est confiée au jury, qui détermine notamment les règles à appliquer à la lecture et à la remise des copies, désigne les services où seront subies les épreuves cliniques, fixe le choix des malades et prend toutes dispositions utiles pour assurer la régularité et la sincérité du concours.

Les dispositions de l'article 6, paragraphe 3, du décret du 1er août 1906 sont ainsi modifiées :

Sera déclaré démissionnaire tout candidat reçu qui, le 1er novembre de l'année du concours, n'aurait pris possession d'aucun des postes qui lui auraient été offerts à son tour de nomination.

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trentième année N° 37 Dimanche 13 SEPTEMBRE 1908

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médécine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Toujours la campagne des Cies d'assurances.

A Monsieur le Ministre de la Justice,

Monsieur le Ministre,

Les délégués de « l'Union des Syndicats médicaux», du «Sou Médical» et du Syndicat des Médecins de la Seine, représentant plus de dix mille médecins, ont eu l'honneur, il y a environ deux mois, lors d'une audience qu'il avait bien voulu leur accorder, de remettre à M. le Ministre du travail :

1° Une plainte de M. le Dr de Grissac contre le Syndicat de Garantie ;

2° Une plainte de M. le Dr Dally, contre M. Suquet, entrepreneur ;

3° Une plainte de M. le Dr Diverneresse, contre M. Bertrand, industriel, qui tous les trois, contrairement à l'article 30 de la loi accidents, entravent le libre choix du médecin par les blessés.

Les motifs de cette plainte étaient exposés dans une note imprimée, dont nous vous adressons ci-joint un nouvel exemplaire. Nous y avions joint également les photographies des pièces établissant le délit prévu par l'article 30.

Nous avons prié M. le Ministre du Travail, de bien vouloir faire ouvrir une enquête, et faire au besoin poursuivre les coupables.

Or, Monsieur le Ministre, depuis cette époque, nous n'avons reçu aucun avis du Parquet de la Seine nous informant qu'une instruction ou des poursuites avaient été commencées.

Nous appelons votre attention sur ce point important que, pour la plainte du Dr de Grissac contre le Syndicat de Garantie, la prescription arrive dans quelques jours, le vingt septembre, et que les tribunaux sont en vacances.

Nous ne pouvons nous empêcher de remarquer quelle énorme différence il y a entre la manière d'agir des Parquets et des tribunaux de certaines villes, suivant qu'il s'agit d'ouvriers et de médecins ayant violé l'article 30 de la loi accidents, ou suivant qu'il s'agit de patrons et d'assureurs ayant violé ce même article 30.

Une plainte est-elle déposée par des patrons ou des assureurs contre un ouvrier ou un médecin, immédiatement, on perquisitionne chez eux et souvent sur des accusations peu fondées, puisqu'il y a des non-lieu, des acquittements ou même des désistements. Que si, par hasard, la plainte est fondée, le tribunal applique la loi avec la dernière rigueur, allant jusqu'à interdire pendant deux, trois ou quatre ans, l'exercice de leur profession à des médecins qui en sont à leur première faute et à leur première condamnation, alors surtout qu'il s'agit de sommes d'argent peu importantes qu'on n'aurait non pas même fait verser, mais seulement tenté de faire verser à des Compagnies d'assurances ; tandis que, loin d'interdire l'exercice de leur profession à de crimi-

nels industriels, qui ruinent la santé des jeunes ouvriers en les faisant travailler au-delà du terme fixé par la loi, on se contente de leur infliger une légère amende, quand on se décide à les poursuivre.

Mais, lorsqu'il s'agit de patrons ou d'assureurs, qui violent l'article 30, non seulement les ouvriers et les médecins ne peuvent obtenir aucune condamnation, mais on ne peut même pas faire ouvrir une instruction, ou si elle est ouverte, par exception, jamais le plaignant n'est appelé chez le juge d'instruction pour réfuter les mauvaises raisons fournies par les assureurs et les industriels coupables, et acceptées peut-être trop facilement par le juge d'instruction.

Comme le dit un député : « La loi n'est jamais faite par les travailleurs (et les médecins en sont) qui ont besoin d'elle. » Comme par hasard, il se trouve qu'elle ne s'applique pas dans ce cas-là. »

Or, Monsieur le Ministre, les véritables causes de l'agitation et du mécontentement de tous ceux qui sont exploités par des entrepreneurs avides et des financiers marrons (et les médecins sont au premier rang de ces exploités) ne proviennent-elles pas de ce que les lois ne sont pas assez régulièrement appliquées, lorsqu'il s'agit de protéger les faibles contre certaines puissances financières.

Ne se sentant plus protégés par les lois, les uns usent de violences blâmables, les autres, plus calmes, se laissent envahir par le manque de confiance et de sympathie pour une organisation sociale qui les sacrifie. Depuis quelques années, ces sentiments paraissent gagner du terrain dans le Corps Médical Français.

Aussi, Monsieur le Ministre, nous vous serions particulièrement reconnaissants de bien vouloir nous faire accorder justice, en usant de votre autorité pour faire punir les trois industriels, assureurs ou patrons coupables, que nous vous avons signalés.

Veuillez agréer, Monsieur le Ministre, l'hommage de nos sentiments respectueux.

Dr Maurat, Président du « Sou Médical ».	Dr Gairal, Président de l'« Union des Syndicats Médicaux de France. »
Dr Philippeau, Président du Syndicat des médecins de la Seine.	Dr Divernaresse, Secrétaire général adjoint de l'« Union des Syndicats médicaux de France ».

N. D. L. R. — *Pendant que les pouvoirs publics se montrent si lents à nous faire rendre justice, les Compagnies d'assurances ont cherché et trouvé dans nos rangs quelqu'un qui voulût bien trahir la solidarité professionnelle et intimider nos meilleurs lutteurs.*

Voici ce que dit J. Noir à ce sujet, dans le dernier numéro du « Bulletin de l'Union des Syndicats médicaux ».

Poursuites intentées contre les secrétaires de l'Union des Syndicats Médicaux.

Un agrégé de la Faculté de Médecine, ancien chirurgien de l'Hôpital de Nanterre, spécialiste connu en matière de médecine d'assurances, se trouvant suffisamment désigné dans certain article du *Bulletin officiel des Syndicats médicaux de France*, intente un procès en diffamation contre les Dr Noir et Diverneresse, secrétaires généraux de l'Union des Syndicats médicaux de France, et leur demande 50.000 francs de dommages-intérêts « attendu que cet article contient des allusions, attaques et imputations de faits mensongers portant atteinte à l'honneur et à la considération du requérant ».

Nous laisserons à nos avocats le soin de démontrer à nos juges (s'il y en eut jadis à Berlin, il y en a peut-être encore à Paris), si les faits exposés dans la *Contre-Enquête* de Diverneresse sont mensongers, et jusqu'à quel point ils ont pu porter atteinte à l'honneur et à la considération de celui qui s'est reconnu dans l'article. Ils auront une belle occasion de montrer au tribunal l'évolution et les dessous de notre luttte contre les Compagnies d'assurances, dont le procès actuel ne peut être qu'un insignifiant épisode. Nous avons le droit, quand on nous traite de diffamateurs, de dire à nos 6.000 adhérents comment nous comprenons notre devoir et comment (quoi qu'il arrive) nous désirons poursuivre la tâche que nous avons entreprise.

Il n'est pas une page de notre *Bulletin* dont nous n'acceptions personnellement l'entière responsabilité. C'est pour cela qu'au lieu de donner, comme dans la plupart des journaux, la gérance à un insignifiant comparse, nous avons tenu et tenons à la conserver. Cependant les avertissements ne nous ont pas manqué et il y a à peine quelques mois, au titre de gérant responsable du *Bulletin*, nous faisions connaissance avec la neuvième chambre correctionnelle, qui, dans une poursuite en diffamation, apprécia notre rôle et notre caractère et nous renvoya acquittés.

C'est que nous ne faisons pas de la diffamation mais de la défense professionnelle.

Les compagnies d'assurances, qui ont tenté depuis 8 ans de détruire notre action syndicale en faisant agir parmi nous les agents médicaux qu'elles ont à leurs gages ; elles, qui ont tout fait lors de la revision de la loi des accidents du travail pour circonvenir sénateurs et députés ; qui ont cherché à lasser les médecins indépendants en opposant systématiquement des obstacles aux règlements des notes d'honoraires avec la complicité, que nous voudrions croire inconsciente, de quelques experts ; qui, par une coûteuse campagne de presse, ont cherché à déshonorer le corps médical tout entier en généralisant quelques abus contre lesquels, elles sont légalement armées et qu'elles ont laissé se produire ; les compagnies d'assurances, disons-nous, après ces efforts prolongés et coûteux, constatent leur impuissance. Dans leur rage, elles essayent, par des poursuites en diffamation, de bâillonner la bouche ou de briser la plume des défenseurs des intérêts médicaux.

Hier, elles poursuivaient Boudin, d'Oyonnax, pour avoir communiqué à Diverneresse une lettre dans laquelle elles lui donnaient des instructions, le considérant comme le valet des assureurs. Le tribunal apprécia la lettre comme elle le méritait et non seulement acquitta Boudin, mais condamna la Société d'assurances à 100 francs d'amende et à une insertion.

Aujourd'hui, c'est Diverneresse et nous-même qui sommes poursuivis par l'entremise d'un employé médical de ces Compagnies, qui trouve que nous jugeons mal les immenses services qu'il a voulu rendre à ses patrons. Nous ne nous laisserons pas intimider et nous poursuivrons sans faiblesse notre tâche de défense professionnelle et d'assainissement social.

Les dossiers de Diverneresse, placés en lieu sûr, ouvriront les yeux à tous les intéressés. Déjà, il y a quelques années, certains documents authentiques avaient impressionné très vivement la Commission sénatoriale qui, certes, n'était pas composée d'adversaires systématiques des assureurs. Récemment, le Ministre du Travail trouva quel-

que intérêt à l'examen de pièces, dont les photographies lui seront adressées. Enfin, à la rentrée des Chambres, nous comptons bien sur une interpellation, qui exposera la manière dont est appliquée la loi sur les accidents du travail et livrera, sans diffamation, dans un large débat parlementaire, à la connaissance de nos législateurs et à la publicité de l'*Officiel*, une série de documents qui suffiront sans commentaires à venger le Corps médical des injures dont on l'abreuve.

Patience, patience ! Dans notre pays, avec de l'énergie et du temps, on arrive toujours au triomphe de la Vérité et de la Justice.

J. NOIR.

LA SEMAINE MÉDICALE

Méningites syphilitiques aiguës.

Dans une récente thèse, M. le Dr R. DE COUX, de Paris, a proposé une classification méthodique des méningites syphilitiques, dont on a longtemps ignoré la fréquence.

Tout d'abord, M. de Coux tient à mettre en relief les méningites aiguës secondaires laissées un peu dans l'ombre et à les opposer aux méningites aiguës tertiaires.

« La méningite syphilitique secondaire, dit l'auteur, a pour elle une apparition précoce, sa coexistence habituelle avec des éruptions cutanées nettement secondaires. Elle est l'expression clinique de la réaction méningée qui ne se traduit d'ordinaire, à cette période, que par de la lymphocytose rachidienne. La coexistence de ces réactions méningées cliniques et histologiques avec des éruptions cutanées peut faire penser qu'elle correspond à un véritable enanthème méningé (Boidin et Weil). Elle se montre, en effet, cliniquement sous l'allure d'une méningite diffuse, peu bruyante, sans phénomène de localisation comparable à la méningite tuberculeuse classique de la seconde enfance. C'est avec cette affection, d'ailleurs, que le diagnostic se pose le plus souvent.

La guérison est de règle, elle ne laisse après elle aucune séquelle. La lymphocytose est constante ; elle est souvent abondante, pure ou à peu près pure.

Ces réactions cliniques et cytologiques s'expliquent bien par les lésions méningées qui ont été constatées récemment à l'autopsie d'un malade mort en pleine période secondaire (Sésary) et qui se caractérisent par des lésions disséminées, assez banales, d'infiltration lymphocytique et de congestion périvasculaire.

La méningite tertiaire aiguë, au contraire, n'est qu'un incident au cours d'une méningite syphilitique tertiaire chronique plus ou moins latente. Elle se caractérise par des phénomènes beaucoup plus bruyants : délire aigu, crises convulsives et par des signes de localisation : crises épileptiformes partielles, paralysies des membres, faciale, oculaire, hémianopsie, etc.

Ces phénomènes peuvent entraîner la mort ; ils régressent le plus souvent et laissent après eux des séquelles et des signes de méningite chronique en plaque.

Le diagnostic est souvent fort difficile entre cette méningite syphilitique et une poussée aiguë au cours de la paralysie générale. Il se pose aussi avec la méningite tuberculeuse de l'adulte, l'urémie, les tumeurs cérébrales, etc.

La lymphocytose habituelle de la méningite syphilitique chronique peut se transformer en polynucléose au cours de poussées aiguës. Parfois même, cette polynucléose peut être assez abondante pour donner au liquide un aspect louche, puriforme, mais on le différencie facilement d'un épanchement purulent par l'examen des polynucléaires qui ont conservé leur intégrité morphologique (Widal, Lemierre et Boidin).

Les accidents aigus au cours de la méningite syphilitique chronique sont dus à des poussées congestives évoluant autour des lésions scléro-gommeuses.

Dans tous les cas, qu'il s'agisse de méningite secondaire ou de méningite tertiaire, on n'a jamais constaté la présence du tréponème de Schaudin.

On voit que cette distinction entre les méningites secondaire et tertiaire repose sur des faits étiologiques, cliniques et anatomiques. Elle repose encore sur des considérations de pathologie générale. Le tréponème au cours de l'évolution de la syphilis, probablement du fait de l'immunisation progressive de l'organisme, modifie ses réactions toxiques locales, et donne lieu à des lésions différentes. Il serait bien extraordinaire que les méninges échappassent à cette loi générale.

Cette distinction conduit à une évaluation pronostique différente ; la méningite secondaire guérit, pour ainsi dire à coup sûr, sans laisser de séquelle. La méningite tertiaire aiguë est d'un pronostic beaucoup plus réservé.

Dans toutes les méningites syphilitiques aiguës, le traitement mercuriel doit être mis en œuvre ; dans la méningite tertiaire l'association de l'iodure est indiquée.

Le cyto-sérum.

La mode est aux sérums, et, de fait, la médication par les sérums est facilement acceptée, car tout le monde se rend compte des avantages considérables de cette nouvelle méthode : action rapide et directe, ménagement de l'estomac, absence de dégoût. Les légères sensations douloureuses produites par les injections ne constituent pas un obstacle sérieux à leur emploi ; les moins courageux s'en plaignent à peine. L'idéal est donc de composer un sérum contenant les substances que l'expérience a consacrées comme étant les plus sûrement actives. Le sérum marin donne actuellement entre les mains de nombreux auteurs des résultats surprenants ; on obtient le maximum d'effets toniques avec le sérum marin isotonique au plasma sanguin et stérilisé. Si l'on additionne ce sérum de substances cytophiles et hématopoïétiques, comme le cacodylate de soude à une dose convenable suffisamment proportionnée à la dose de sérum marin, on réalise l'idéal le plus parfait selon les données modernes de la science. Le cyto-sérum a été composé dans cet esprit ; il synthétise sous le plus petit volume, avec le minimum de douleur et la plus remarquable facilité d'application, le remède idéal de l'anémie, de la neurasthénie, de la prétuberculose, du lymphatisme, de la tuberculose ganglionnaire et osseuse, de la tuberculose pulmonaire à la période curable, des anémies du paludisme, de la syphilis, des convalescences.

C'est un tonique d'une puissance extraordinaire que l'on peut manier en toute sécurité, quoique sa teneur en cacodylate de soude soit extrê-

mement élevée, trente centigrammes pour cinq centimètres cubes de sérum ; c'est à cette proportion considérable de cacodylate que l'on doit une grande partie de l'action antianémique et antituberculeuse (R. BAYEUX, 1905. Congrès de la Tuberculose). Il ne faut pas craindre de prolonger l'usage de ce sérum pendant plusieurs mois et même plusieurs années. M. Bayeux a obtenu des guérisons remarquables de tuberculose osseuse avec 316 injections ; il cite le cas d'un jeune tuberculeux qui a reçu plus de 600 injections et qui maintenant est si parfaitement guéri qu'il peut faire des ascensions en montagne à 3000 mètres, sans la moindre poussée de température.

CLINIQUE CHIRURGICALE

(VOIES URINAIRES)

Hôpital Necker : M. le Professeur ALBARRAN.

Hématuries rénales mixtes.

Je vais opérer tout à l'heure une jeune femme de 30 ans, entrée à l'hôpital pour des hématuries et des douleurs rénales du côté droit. Voici son histoire, exposée rapidement :

En 1904, cette malade fut atteinte, quelque temps après une course violente, de douleurs rappelant la colique néphrétique et d'hématurie. Après cette première crise, qui dura trois jours, d'autres crises analogues se produisirent pendant quatre à cinq mois. Puis, survint une assez longue période d'arrêt, à laquelle succéda une nouvelle série de crises ; si bien que, au moment de son admission dans le service, la malade émettait encore, mais d'une manière intermittente, des urines rouges, sanglantes.

Nous avons procédé à l'examen des voies urinaires. Le rein droit est légèrement augmenté de dimensions. La cystoscopie montre une vessie saine, sans ulcérations. L'urine, de composition normale, contient des traces d'albumine (les jours où elle n'est pas sanglante). Le cathétérisme des uretères permet de constater qu'il y a très peu de différence entre l'urine recueillie à gauche et celle recueillie à droite et que les deux reins éliminent semblablement.

La radiographie des reins a été négative. L'état général est bon.

Telles sont les données de l'examen clinique. Vous voyez combien cela est vague et combien il paraît difficile d'arriver à un diagnostic.

Il y a quelques années, lorsqu'on se trouvait en présence d'un cas d'hématurie comme celui-ci, on discutait seulement trois hypothèses : le cancer, la lithiase et la tuberculose du rein. Les études faites depuis ont montré qu'il faut compter avec d'autres causes, les unes rares (le rein mobile, l'hydronéphrose), les autres moins rares (certaines néphrites, certains troubles généraux).

Avant de passer à la discussion du diagnostic, je dois remarquer un phénomène que nous avons rencontré ici plusieurs fois. Les crises sont survenues à la suite d'exercices. Pendant le séjour de la malade à l'hôpital, nous avons pu, à différentes reprises, susciter l'hématurie par la marche, et nous avons constaté, à ce moment, son origine droite, par le cathétérisme urétéral.

On peut rejeter tout d'abord l'hypothèse d'hématurie cancéreuse, dont nous ne trouvons pas les caractères habituels.

S'agit-il de lithiase rénale ? La question est plus délicate. L'hématurie lithiasique, en effet, est généralement provoquée par l'exercice et elle s'accompagne souvent de douleurs — deux caractères nettement observés chez notre malade. Cependant, l'hématurie calculeuse s'arrête quand le patient se repose : ici, elle continue malgré cela, pendant des journées et des semaines. Je sais bien qu'on peut rencontrer le fait dans la lithiase : j'ai vu des lithiasiques saigner, étant au repos. Il y a autre chose. Les crises, en question, ont lieu depuis quatre ans. Une lithiase de cette ancienneté eût déterminé de la dilatation de l'uretère. De plus, quoique la lithiase, dans ses formes légères, altère peu le fonctionnement du rein, il s'ensuit néanmoins, fréquemment, des modifications fonctionnelles du rein, un peu de polyurie par exemple. L'épreuve radiographique, négative chez la malade, n'est pas un argument bien probant : dans certains cas (calculs uriques), elle ne révèle pas le calcul.

En définitive, on ne saurait nier la lithiase. Sur ce point, le doute subsiste.

Considérons la tuberculose. Vous savez qu'il existe des formes hématuriques et douloureuses de la tuberculose rénale. Mais, l'hématurie tuberculeuse n'offre pas le type observé chez notre malade. En outre, une tuberculose rénale datant de 4 ans s'accompagne ordinairement de pyurie. La tuberculose corticale, sans pyurie, reste exceptionnellement corticale aussi longtemps. Nous aurions des urines purulentes alternant avec des urines rouges, et sans doute, aussi, d'autres symptômes de tuberculose.

Je crois donc qu'il ne s'agit pas de tuberculose. Je passe, sans m'y arrêter, sur les hématuries du rein mobile et de l'hydronéphrose. On ne constate ni rein mobile, ni hydronéphrose. J'arrive à cet autre diagnostic : l'hématurie par néphrite.

Elle se produit dans différentes conditions. Vous connaissez les hématuries des néphrites aiguës (de la scarlatine, des poussées aiguës du mal de Bright). L'hématurie peut être pré-brightique. On voit des malades qui font, sans cause apparente, des hématuries prolongées. Ils ne souffrent pas. On pense à la tuberculose, ou à autre chose. Un jour, apparaissent l'albuminurie et les phénomènes du mal de Bright.

L'hématurie s'observe également dans la néphrite chronique, ou diffuse, ou parcellaire. Les néphrites parcellaires sont des petites lésions qui atteignent seulement quelques points du tissu rénal, quelques tubes contournés — lésions parfois si minimes qu'il faut multiplier les coupes pour les découvrir. Eh bien, les caractères ordinaires de ces hématuries des néphrites chroniques sont les suivants : elles sont spontanées, éclatent sans cause apparente (à la suite d'un refroidissement, quelquefois) ; elles ne sont influencées ni par la marche, ni par le repos ; *elles se prolongent* des semaines et des mois. Le sang de ces hématuries ne se prend pas en caillots. Si vous examinez les urines, en dehors des périodes hématuriques, vous les trouvez normales, ou avec des traces d'albumine. Pas d'autres symptômes, en général : l'hématurie est le symptôme unique, isolé, et les malades souvent s'habituent à avoir des urines sanglantes.

Chez notre malade, l'abondance, la continuité, la persistance de l'hématurie, les traces d'albumine dans les urines, tout cela fait penser à l'origine néphritique de l'affection. Par contre, les douleurs, les crises, l'influence des mouvements, de la marche, sont des caractères anormaux dans l'hématurie des néphrites.

Un point doit retenir notre attention. Ne peut-on pas admettre une association morbide : un calcul créant les douleurs, expliquant l'influence du mouvement, et une néphrite modifiant les caractères de l'hématurie et y ajoutant la continuité. Je m'arrêterai volontiers à ce diagnostic. Considérez le rôle des néphrites. Est-ce la lésion néphritique qui saigne ? Non, certes ; nous voyons des néphrites intenses sans hématurie. Il faut un autre élément, un phénomène — variable, selon les malades —, un état angio-névrotique, surajouté. D'ailleurs, dans l'hématurie rénale, c'est bien rarement la lésion elle-même qui donne du sang. Prenons le cancer. Il n'existe pas, autant que j'ai pu en juger, de cancer sans altération néphritique au voisinage, apte à saigner. De même, pour le calcul. A côté de l'hématurie due à la déchirure engendrée par la pierre, il existe certainement une autre variété d'hématurie, où le calcul n'intervient pas par action mécanique simple.

Ainsi, il est des hématuries rénales *mixtes*. Nous pouvons penser que le cas de notre malade rentre dans cette catégorie. Nous pouvons admettre qu'il y a, chez elle, un calcul, et que si l'hématurie y revêt des caractères exceptionnels, c'est que l'affection est complexe. Au calcul s'associe sans doute autre chose, peut être une néphrite, une grosse congestion rénale, un trouble angio-névrotique.

Nous allons l'opérer et faire une exploration du rein aussi complète que possible. Nous trouverons probablement un calcul, avec une néphrite : mais, ce n'est là qu'un diagnostic encore incertain. L'exploration, une longue coupe du rein, nous guideront.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

Diabète sucré et grossesse.

Le diabète sucré chez une femme enceinte doit-il être une indication pour interrompre la grossesse ?

Comme il se produit souvent une atrophie des organes génitaux femelles chez les diabétiques, on considérait, il y a 25 ans encore, la conception, chez une femme glycosurique, comme une chose très invraisemblable et presqu'impossible. Mais Duncan, en 1882, fit connaître 22 observations de grossesse au cours du diabète, et depuis on s'est demandé si cette complication, heureusement fort rare, devait servir d'indication pour l'interruption de la grossesse, en raison de son pronostic plutôt défavorable.

Le diabète peut exister avant la grossesse, il peut aussi apparaître au cours de la grossesse ; on connaît aussi une forme intermittente du diabète, qui apparaît chez certaines femmes pendant qu'elles sont gravides, et disparaît aussitôt après leur délivrance. Il faut cependant savoir que certaines femmes gravides ou accouchées sont susceptibles d'éliminer du sucre sans pour cela être diabétiques. La grossesse prédispose, en effet, à la glycosurie alimentaire, et chez la femme enceinte, en effet, on trouve une diminution dans la faculté d'assimiler le sucre de raisin, qui augmente proportionnellement à la durée de la grossesse. Ces formes de glycosurie sont bénignes par rapport au diabète proprement dit.

La coexistence du diabète et de la grossesse des conséquences néfastes, non seulement pour le diabète lui-même, mais aussi pour le fruit de la grossesse. La gravidité ne reste normale que dans 50 à 60 % des cas ; le reste du temps, on observe la mort du fœtus du 7e au 8e mois, et celui-ci n'est expulsé qu'à l'état macéré quelques semaines plus tard.

Quand la grossesse atteint son terme normal, l'hydrocéphalie est particulièrement fréquente chez eux.

Le diabète est aussi funeste pour les mères, qui peuvent mourir, dans 50 % des cas, de phtisie ou de coma.

Chez une femme gravide, il est impossible de prévoir quelle sera l'évolution du diabète ; à tout moment, celui-ci peut prendre une allure grave, et il n'est pas rare de voir, après une délivrance heureuse, la femme mourir dans le coma, soit pendant, soit après ses suites de couches.

Dans ces conditions, certains auteurs pensent qu'il ne faut pas, pour les raisons suivantes, provoquer l'accouchement.

Dans 50 à 60 % des cas, disent-ils, le cours de la grossesse n'est pas troublé. La femme peut avoir des suites de couches normales, puis ensuite se débarrasser complètement de son diabète. Le coma diabétique, que l'on redoute, n'apparaît souvent que pendant ou après l'accouchement, si bien que l'on considère l'expulsion avec ses émotions psychiques, et son surmenage physique, comme la cause déterminante de ce coma. Enfin, il n'est pas encore démontré, ajoutent-ils, que les risques de coma disparaissent après l'interruption de la grossesse.

Or, d'après ces auteurs, celle-ci ne se trouverait justifiée que si elle pouvait guérir ou tout au moins diminuer le mal, que si, la mère étant perdue, elle donnait des chances de sauver l'enfant. Enfin, ils invoquent comme contre-indication, la prédisposition des diabétiques aux infections septiques par suite de l'élimination des tissus gangrénés.

Tel n'est pas l'avis du Dr Schottelius (*Munch. Mediz. Wochens.*, 1908, no 18), car, dit-il, étant donné que les enfants meurent dans la proportion de 35 à 50 %, soit pendant la vie intra-utérine, soit pendant les premiers jours qui suivent l'accouchement, il n'est pas admissible de faire passer leur intérêt avant celui des mères, pour qui le diabète est d'un pronostic si grave, pour qui l'apparition du coma diabétique reste toujours une chose possible ; il faut donc interrompre toute grossesse chez une femme atteinte de diabète sucré.

La dilatation du col par le moyen de laminaires ou par l'application d'un ballon élastique, ou encore par la rupture artificielle de la poche des eaux, provoque un accouchement qui n'est certainement pas plus pénible pour la mère que l'accouchement d'un fruit mûr ; toujours est-il que, dans un cas comme dans l'autre, les blessures ou déchirures doivent être soigneusement évitées.

Il ne faut pas oublier qu'un diabète compliqué de gravidité réduit d'une manière progressive la force de résistance de l'organisme, et que le danger réside principalement dans la perte des forces. Une femme, épuisée durant des mois par les troubles nutritifs du diabète et par la grossesse supportera moins bien le traumatisme de l'accouchement à terme et sera plus prédisposée au coma que si elle avait été délivrée trois mois plus tôt, quand est apparue sa glycosurie.

D'autre part, dès que le fœtus est mort dans l'utérus, le pronostic s'aggrave considérablement pour la mère à cause de la macération du produit ; aussi faut-il sans retard pratiquer l'extraction ; il est moins dangereux pour la mère de subir cette opération que de conserver son fœtus macéré.

En règle générale, quand le diabète apparaît au cours d'une grossesse, on doit aussitôt insti-

tuer le régime diététique prescrit contre cette affection, et recourir éventuellement à la médication par l'antipyrine, qui a souvent rendu de grands services à Chambrelent. Si ce traitement interne ne donne pas de résultats appréciables, il est indiqué d'interrompre la grossesse sans retard par les méthodes les plus douces.

Sur les cas de mort observés dans l'anesthésie lombaire à la stovaïne.

On sait aujourd'hui que l'anesthésie lombaire ne peut être appelée à remplacer l'anesthésie générale. L'emploi des préparations de médicaments nouveaux a montré qu'elle pouvait déterminer des accidents secondaires, des troubles graves éphémères ou durables, et mêmes des cas de mort : (stovaïne, novocaïne, alypine, tropacocaïne).

Les accidents secondaires, directement en rapport avec l'anesthésie médullaire : malaises, vomissements, céphalée, sont des manifestations, à la vérité désagréables, mais généralement passagères ; mais les troubles graves, passagers, ou permanents, sont plus intéressants, car ils déterminent des lésions du système nerveux central. Ici se rangent les paresthésies et les parésies des extrémités, la sciatique, la céphalée rebelle, qui persiste souvent durant plusieurs semaines, les troubles de la vessie et du rectum, les paralysies de certains muscles oculaires, l'hémi-anesthésie. Dans quelques cas, heureusement exceptionnels, l'arrêt de la respiration (malgré une respiration artificielle longtemps prolongée), la mort du patient (même si elle survient au bout d'un certain temps), sont les conséquences directes de l'injection de la préparation médicamenteuse dans le sac lombaire.

Quoique tous ces accidents apparaissent d'ordinaire par suite d'une technique défectueuse de l'anesthésie lombaire (mauvaise position du sujet, écoulement d'une trop grande quantité de liquide céphalo-rachidien, injection trop rapide du médicament), il n'en est pas moins vrai, que la pratique correcte de ce procédé ne permet pas toujours de les éviter d'une façon certaine. Aussi n'a-t-on plus recours à ce mode d'anesthésie dans n'importe quel cas, ainsi qu'on le faisait au début; on agit, aujourd'hui, avec plus de prudence, en étudiant avec soin toutes les contre-indications.

Le Dr Birnbaum (*Munch. Mediz. Wochens.*, 1908, nº 9) rapporte l'observation d'une femme atteinte d'une artério-sclérose cérébrale accentuée qui, à la suite d'une opération entreprise sous une anesthésie médullaire à la cocaïne, mourut le 9e jour, après avoir présenté les symptômes d'une encéphalite grave. Se demandant s'il y a eu corrélation entre cette affection et l'anesthésie, il ne peut s'empêcher de remarquer qu'une artério-sclérose aussi marquée n'avait été traduite durant la vie par aucun symptôme particulier ; les manifestations que l'on considère généralement comme typiques et pathognomoniques de l'artério-sclérose cérébrale avaient manqué totalement ; on n'avait observé extérieurement ni obnubilation, ni bourdonnements d'oreilles, ni diminution de la mémoire, vertiges ou pertes passagères de connaissance. De plus, malgré le degré d'artério-sclérose cérébrale, les artères périphériques étaient intactes. D'autre part, il est impossible d'admettre que la stovaïne, au cours d'une anesthésie correctement conduite chez un sujet dont le cerveau était intact, ait pu à elle seule produire des altérations cérébrales aussi graves.

Chez la malade de Birnbaum, l'état pathologique des artères déterminait à l'état habituel un ralentissement de la circulation, et par suite des troubles nutritifs permanents, quoique silencieux; chez elle, il a suffi d'un nouveau trouble circulatoire surajouté, tel que celui que produit la simple ponction du sac rachidien dans la narcose médullaire pour amener un état grave, suivi de mort.

A cela s'ajoutait encore les effets de la stovaïne, qui, soit par son action toxique directe, soit par l'influence qu'elle exerce sur les vasomoteurs, fut nuisible pour un cerveau malade.

Comme conclusion pratique à tirer de cette observation, il faut se rappeler que tout soupçon d'artério-sclérose cérébrale chez un malade doit être une contre-indication absolue pour l'emploi de la narcose médullaire.

Quelques remarques sur les albuminuries chroniques de l'enfance.

En présence d'une albuminurie infantile, il faut tout d'abord se demander s'il y a une altération inflammatoire des reins, s'il y a néphrite.

Pour répondre à cette question, il est nécessaire d'examiner attentivement le petit malade pendant quelque temps, car l'albuminurie peut être constante, diurne plutôt que nocturne, ou simplement diurne. De plus, l'urine contient parfois, à côté de l'albumine, certains éléments anormaux, tels que des cylindres, des cellules épithéliales, des globules rouges, et pour les découvrir, il est nécessaire d'opérer sur de l'urine fraîchement émise, et d'examiner au microscope non seulement les parties sédimentaires mais encore les parties claires.

On distinguera les cas d'albuminurie, suivant qu'ils s'accompagneront ou non de cylindrurie : l'albuminurie chronique, compliquée de cylindrurie, devient, en effet, un indice manifeste de néphrite, même si l'albuminurie est simplement diurne, ou mieux orthostatique. A vrai dire, ces cas d'albuminurie orthostatique, qui traduisent une néphrite, sont en très petit nombre par rapport aux cas d'albuminurie orthostatique essentielle dans lesquels l'élimination d'albumine constitue le seul phénomène anormal.

On ne pourra affirmer dans un cas donné qu'il s'agit bien d'une albuminurie orthostatique, sans inflammation rénale, qu'à la condition d'avoir pendant plus d'une année observé que :

1º L'urine de la nuit restait toujours non albumineuse ;

2º L'albumine diurne était variable dans son taux.

3º L'albumine était en grande partie décelable par l'acide acétique à froid. Pour faire cette réaction, on verse dans deux verres à expérience exactement la même quantité d'urine ; on ajoute à chacun d'eux quelques gouttes d'acide acétique peu dilué ; on agite durant quelques minutes, puis on complète les deux verres avec de l'eau distillée.

Dans l'un d'eux sont ensuite versées quelques gouttes de ferrocyanure de potassium dilué. La différence entre les deux dépôts qui se forment dans les verres permet de voir dans quelles proportions se trouve l'albumine précipitée par l'acide acétique, vis-à-vis de celle précipitée par l'acide acétique + le ferrocyanure de potassium (albumine totale). Moins grande est cette différence, plus vraisemblable est l'existence d'une véritable albuminurie orthostatique.

4º L'acide oxalique s'y trouve en proportion relativement grande.

L'analyse des urines permet donc d'obtenir

déjà un certain nombre d'éléments pour poser le diagnostic de néphrite chronique ou d'albuminurie orthostatique.

L'aspect clinique de cette dernière affection est très variable. Rarement les enfants qui en sont atteints ont les apparences d'une santé parfaite ; le plus souvent, il s'agit de sujets névropathiques à troubles vasomoteurs ; comme dans la chlorose, ils ont des douleurs de tête, des vertiges, des maladies, des palpitations et se fatiguent facilement.

Un diagnostic certain exige la recherche de la pression artérielle et l'examen du fond de l'œil ; en aucun cas d'albuminurie orthostatique on ne trouve de l'hypertension et des altérations oculaires. Si le cœur présente des signes d'irritabilité vasomotrice, jamais on ne lui trouve ni l'hypertrophie, ni l'accentuation du 2e temps, aortique caractéristique de la néphrite chronique. Souvent les enfants, atteints d'albuminurie orthostatique ont l'apparence de tuberculeux latents.

Naturellement, il n'est pas toujours possible de recueillir des indices aussi nets, et dans les cas où l'on garde des doutes sur l'existence d'une néphrite, il est bon de rechercher la force d'élimination des reins pour l'urée. Voici comment on procède : deux jours de suite, on fait prendre au malade, chaque fois 10 grammes d'urée, et le lendemain on étudie qualitativement son élimination en recherchant l'azotate d'urée ; normalement, celle-ci est très rapide.

En pratique, ce diagnostic est très important, mais, malheureusement, il l'est moins pour la thérapeutique que pour le pronostic. Celui-ci, très favorable pour l'albuminurie orthostatique, est très réservé pour la néphrite chronique des enfants.

La première affection n'est jamais mortelle, elle est seulement dangereuse en raison de la constitution des petits malades, qui sont prédisposés à la tuberculose ; elle ne se transforme jamais en néphrite chronique, mais elle peut durer des années. Quant à la néphrite chronique, elle tue rarement les enfants avant la puberté, mais elle devient funeste entre 20 et 30 ans. La guérison est exceptionnelle.

Le traitement diffère peu dans les deux affections, et, comme il semble peu capable d'influencer favorablement le processus, il doit se contenter de n'être pas nuisible. Il ne faut donc pas condamner au lit les enfants atteints de néphrite chronique, il ne faut pas non plus les suralimenter avec du lait, afin de ne pas altérer leur état général, leur état de nutrition, de ne pas diminuer leur résistance. Ils ne doivent pas être traités ni élevés autrement que leurs camarades ; malheureusement ils sont plus sensibles au refroidissement et au surmenage ; chez eux, une gymnastique rationnelle trouve aussi bien ses indications qu'un régime alimentaire mixte. Il ne faut pas enfin leur prescrire de traitement médicamenteux.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'encombrement et l'incohérence des médecins.

Il y a une dizaine d'années, les médecins s'inquiétèrent fort de l'encombrement qui se faisait sentir dans leur profession et qui apparaissait encore plus menaçant pour l'avenir. Les anciens lecteurs du *Concours* se souviennent des nombreux articles parus en 1898 et 1899 et du rapport Gouffier à l'assemblée générale de 1900 ; mais il est peut-être utile de rappeler pour les nouveaux que ce rapport eut comme conséquence l'enquête sur la réforme des études médicales et fut ultérieurement l'une des origines du premier Congrès des Praticiens.

Voilà donc bien du temps passé, bien des paroles dites, bien du papier noirci. Qu'en est-il résulté ? Le mal a-t-il cédé ? peut-on, du moins, espérer qu'il va céder bientôt ?

Il n'en est rien. Tout au contraire, les prévisions les plus pessimistes ont été dépassées. Cependant les chiffres effrayants du rapport du Dr Gouffier paraissent avoir passé absolument inaperçus. Je vais les reproduire :

Nombre des médecins en	1881 :	14.846.
— —	1891 :	14.913.
— —	1901 :	17.108.
— —	1906 :	19.953.

De 1891 à 1901, l'augmentation est de 2.189 soit plus de 200 par an ; mais de 1901 à 1906, elle monte à 2.845 soit 569 par an.

Et ce n'est pas fini, le *Lyon médical* a publié, voici quelques mois le relevé des inscriptions au P. C. N. ; il est de 1504 pour l'année scolaire 1904-1905, de 1811 pour l'année 1905-1906 et 2083 pour 1906-1907. La progression va donc aller en grandissant, puisque les 3/4 au moins de ces jeunes gens sont entrés ou vont entrer dans les Facultés de Médecine, et jusqu'à ce qu'ils aient terminé leurs études, c'est à-dire vers 1915 ou 1916, l'augmentation annuelle sera d'au moins 800. Par suite, le nombre des médecins sera, dans 7 ou 8 ans, de 26 à 28.000. Il aura presque doublé en 25 ans, tandis que la population reste stationnaire.

Le remède ne pouvait, d'après le Dr Gouffier, être cherché que dans la réforme des études médicales. C'est absolument vrai, mais si, depuis deux ans, il a été copieusement écrit et parlé sur cette réforme, personne ou à peu près ne l'a envisagée à ce point de vue capital.

Le corps médical me paraît avoir fait preuve d'une incohérence vraiment extraordinaire. Il s'est occupé surtout de choses tout à fait différentes : de l'agrégation, du privat-docentisme, de l'autonomie des facultés.

C'est très joli tout cela, mais dites-moi, je vous prie, en quoi l'encombrement se trouvera diminué par ces réformes.

Le concours d'agrégation donne lieu, paraît-il, à des actes de favoritisme C'est bien possible, mais, s'il n'y avait pas de concours, le favoritisme aurait encore bien plus beau jeu. Dans tous les cas la situation du médecin praticien n'en sera nullement modifiée.

L'an dernier, le Congrès de Paris a réclamé des examens plus sévères, mais c'est une simple et vaine formule.

Aussitôt après, le Professeur Lepage avait demandé que tout étudiant qui aurait subi 3 échecs au même examen fût définitivement éliminé. A une très grande majorité, l'assemblée a décidé que les candidats devaient être admis à se présenter indéfiniment jusqu'à épuisement de leur patience. Cependant l'expérience a démontré que la patience des examinateurs finit toujours par céder avant celle des candidats. C'est en vain que le Pr Lepage a cité la Faculté française

de Beyrouth où cette mesure est mise en vigueur. Il en résulte que les jeunes syriens renvoyés de Beyrouth comme incapables ou paresseux viennent chercher leur diplôme à Paris ou Montpellier et qu'ils finissent toujours par l'obtenir. Vous voyez le prestige que la connaissance de ces faits donne à notre diplôme dans tout l'Orient.

Ce n'est vraiment pas la peine de réclamer des examens plus sévères si cette vérité ne doit aboutir à rien. Il est bien certain que l'assemblée a été entraînée à ce vote par une conception erronée de la liberté. Certes, j'admets la liberté de travailler ou de ne pas travailler, je respecte profondément le droit à la paresse, mais je n'admets pas l'usage de cette liberté, l'exercice de ce droit au sein des Facultés. Si c'est par paresse qu'un étudiant s'est fait refuser plusieurs fois au même examen, vous lui rendez service en l'avertissant qu'un nouvel échec serait définitif. Vous secouerez ainsi son indolence.

Si, au contraire, c'est par insuffisance, mieux vaut pour ses futurs clients qu'il soit éliminé de la Faculté au début de ses études. Il aura encore le temps de trouver une occupation plus adéquate à ses capacités, ce sera tout bénéfice pour lui et pour la collectivité.

Il est très difficile, moralement et matériellement, de refuser à la fin de ses études, à 26 ou 28 ans, un jeune homme qui s'est lancé avec plus ou moins d'ardeur, mais avec une ténacité inébranlable dans des études si spéciales. Que fera-t-il ce malheureux jeune homme après avoir perdu les plus belles années de sa vie, après avoir épuisé, comme il arrivera souvent, toutes ses ressources et celles de sa famille ? Il lui faudra une dose exceptionnelle d'énergie pour arriver à se créer une situation quelconque. Je crains fort, pour ceux qui se trouveraient dans cette situation qu'un grand nombre ne deviennent des déclassés ou ne se livrent à l'exercice illégal de la médecine.

C'est pourquoi, je suis d'un avis absolument opposé à celui du Dr Leriche cité dans le *Concours* du 19 juillet dernier et dont voici le résumé : « L'élève fera ses études où il voudra, avec les professeurs qu'il choisira — suppression de tous les examens, y compris la thèse — mais, devant une série de professeurs, le candidat au doctorat, pendant 15 jours consécutifs, soignera les malades, fera des pansements, des opérations, des accouchements ».

Cet article est suivi de quelques lignes approbatives de la Rédaction du *Concours*, demandant que ces idées, si on y tient, fussent formulées sous forme de proposition de loi pour faciliter la besogne à nos législateurs.

En apparence, rien de plus logique. En allant au fond des choses, rien de moins sérieux.

Voici un candidat insuffisant.

A combien de temps l'ajournerez-vous ? L'obligerez-vous à recommencer tout le cours de ses études ? D'autre part, si vous le faites repasser trois mois, six mois après et qu'il ne sache encore rien, que lui direz-vous ?

Pour les raisons que je viens de faire valoir plus haut, la barrière destinée à éliminer les médiocres doit être placée au commencement des études et non à la fin.

D'autre part, le contrôle de la valeur des études doit être continuel et non pas seulement terminal pour être efficace. Voyez ce qui se passe pour la construction d'un édifice important. Ce n'est pas seulement à son achèvement qu'il est examiné pour réception. Le contrôle est constant. Sans cela comment juger si les fondations ont la profondeur et l'épaisseur suffisantes, si les matériaux, le ciment, sont de bonne qualité. Une fois l'édifice terminé, recouvert de son enduit, vous pouvez bien donner un coup de sonde çà et là, mais vous risquez de laisser inaperçues bien des malfaçons. Il en est un peu de même pour notre diplôme. A quoi bon demander de prescrire un traitement à quelqu'un qui ne sait pas de pathologie et comment apprendre la pathologie, si l'anatomie et la physiologie n'ont pas été au préalable très sérieusement étudiées.

La tendance du Dr Leriche et de beaucoup d'autres aujourd'hui aboutirait en somme, tôt ou tard, au libre exercice de la médecine. Toujours plus de liberté, c'est bien beau en théorie, mais en pratique c'est l'anarchie. Il est vrai que l'abus de la réglementation apporte à la liberté des entraves insupportables, mais l'absence ou l'insuffisance de réglementation aboutit à un désordre encore plus insupportable.

Tout le monde est d'accord sur les vices de l'enseignement médical actuel. Les étudiants font ce qui leur plaît, leurs professeurs également. Au nom de la liberté, respect absolu de la paresse et de l'insuffisance, au nom de l'égalité, distribution à tous un peu plus tôt, un peu plus tard de diplômes accordés à tous. Tant pis pour ceux qui sont laborieux et instruits, tant pis aussi et surtout pour le public.

Et quand le développement des mêmes principes aura abouti à la suppression du baccalauréat, qu'adviendra-t-il de notre profession ?

Les mêmes causes produisent toujours les mêmes effets. C'est pourquoi l'incohérence règne chez nous, comme partout en France aujourd'hui.

Les médecins oscillent sans pouvoir se décider entre une tendance très louable en soi, malheureusement irréfléchie, à une liberté toujours plus grande et l'impérieuse nécessité des faits s'exerçant en sens contraire. L'aboutissant nécessaire et fatal de la tendance actuelle, c'est le libre exercice de la médecine. Mais les conséquences en seraient si désastreuses pour le public et pour leurs propres intérêts que les médecins reculent effarés sans cependant vouloir abandonner le principe d'où ces conséquences tirent leur origine. De là cette confusion, cette incohérence où nous pataugeons indéfiniment.

Pour en sortir, il faut se décider franchement : ou bien liberté indéfinie, c'est-à-dire libre exercice de la médecine, ou bien réglementation plus sévère des études médicales.

La commission officielle de réforme des études médicales a pris très nettement position dans un sens opposé aux idées du Dr Leriche. Elle substitue à un régime de Faculté un nouveau régime plus rigoureux, à vrai dire un régime d'Ecole. Je ne ferai à ce projet qu'une objection, mais capitale : l'impossibilité matérielle d'être appliqué, du moins à Paris, à cause du nombre trop grand des étudiants. Pour que ce projet soit parfait, il ne lui manque qu'une chose : réduction du nombre des étudiants par l'établissement d'un concours d'entrée. La Faculté serait alors transformée en école technique comme l'exige impérieusement la situation actuelle.

Tout le monde est absolument d'accord sur l'insuffisance en personnel et en matériel de certaines Facultés, de Paris en particulier, relativement au nombre des étudiants.

Aussi la Commission officielle demande-t-elle à l'Etat de nouveaux crédits et les deux Con-

Correspondance hebdomadaire

(Suite).

—

N. D. L. R. — Ne pouvant répondre aux questions ci-dessus, nous demandons à ceux de nos lecteurs qui seraient mieux documentés de bien vouloir se substituer à nous pour donner satisfaction à notre confrère. Nous nous chargerons de transmettre la réponse.

Dr N., de R., à *Concours*. — Lecteur assidu du *Concours Médical*, je vous serai très reconnaissant de vouloir bien m'éclairer sur les faits suivants :

Je soigne un accidenté du travail. Celui-ci va au siège de l'assurance, toucher un acompte. L'assurance juge que le blessé doit reprendre son travail une semaine avant le terme fixé par moi et refuse de payer l'acompte.

Elle dit à l'ouvrier : « Nous allons vous faire examiner par notre médecin qui nous renseignera exactement sur votre état ».

Et là-dessus on fait passer l'ouvrier dans un appartement voisin où se trouve le confrère délégué à ce genre d'examen, qui considère le blessé comme un simulateur (en l'espèce, il s'est fortement trompé), et conseille à

Suite page X.

grès des praticiens l'ont fait encore plus énergiquement.

Je comprends cette demande venant de professeurs et d'agrégés, je ne la comprends pas du tout venant de praticiens. Ceux-ci, semble-t-il, ont ici complètement manqué de sens pratique : ils sont parvenus au comble de l'incohérence.

Et quoi, nous praticiens, nous nous lamentons sur ce que l'Etat fabrique trop de médecins, nous nous disputons âprement la portion congrue que nous font les indigents, mutualistes, accidentés du travail, nous nous plaignons du poids trop lourd des impôts toujours croissants, et comme conclusion, nous prions l'Etat d'augmenter encore un peu les 4 milliards d'impôts annuels pour se mettre en mesure de fabriquer encore un peu plus de médecins inutiles et médiocres ; nous le supplions d'envoyer de nouveaux affamés autour de notre table insuffisamment garnie.

Il est, paraît-il, des femmes qui demandent à être battues. Le Congrès des praticiens fait mieux, il exige de l'Etat qu'il achète à ses frais de nouvelles verges pour le battre un peu plus fort, qu'il racle le fond de nos poches et emploie nos derniers sous à préparer notre ruine définitive.

Il est cependant bien certain que les ressources actuelles des différentes Facultés ou Ecoles de médecine suffiraient largement à donner l'instruction nécessaire à un nombre d'étudiants plus grand que ne l'exigent les besoins de la population. En augmentant indéfiniment le nombre des médecins, vous finirez par arriver à ce que déjà, par avance, on a nommé des infirmiers supérieurs.

Les études médicales, si bien organisées que vous le supposiez, ne transformeront pas en intelligences d'élite des intelligences ordinaires. Continuez à recevoir chaque année 1.200 médecins, il en sera dans le nombre des bons, d'autres passables, d'autres médiocres. Exercez au contraire une sélection sévère et n'en laissez passer que les 4 ou 500 réellement nécessaires, le niveau de ces 4 ou 500 sera très supérieur au niveau des 1.200, c'est incontestable. Les malades en seraient nécessairement mieux soignés, d'autre part le prestige de notre corporation se relèverait singulièrement. Le niveau moral et le niveau intellectuel prendraient aussi la même marche ascendante.

La lutte pour la vie étant moins âpre n'engendrerait pas autant de médecins marrons qu'aujourd'hui, et nos réunions ne verraient plus de scène aussi scandaleuse que celle qui s'est produite, certain soir, à Paris au premier Congrès des praticiens.

Je ne veux pas insister, car je ne veux pas traiter à fond la question de la limitation des médecins.

La voix de notre confrère, le Dr Delpeut s'est élevée à Lille et le Comité de Vigilance doit étudier cette grave question. Je souhaite qu'il y attache l'importance qu'elle mérite, je souhaite surtout que le corps médical tout entier veuille bien y réfléchir sérieusement, se dégager des sophismes et des préjugés ambiants ; enfin et surtout se rendre compte du peu de valeur d'objections généralement admises comme irréfutables.

On ne verrait plus alors le Congrès des praticiens s'occuper de choses sans intérêt immédiat pour nous, ni surtout demander des mesures qui augmenteraient nos maux. C'est là de l'incohérence, il est impossible d'employer une autre expression.

Pour terminer, je voudrais envisager la question sous un angle un peu spécial et j'ai l'intention de proposer à l'Assemblée générale du Concours en novembre prochain, si le bureau y consent, la discussion des propositions suivantes qui seront mes conclusions :

1° Certaines Facultés de médecine manquent du personnel et du matériel nécessaires pour donner à leurs trop nombreux étudiants l'enseignement technique absolument indispensable ;

2° Dans d'autres Ecoles ou Facultés, les ressources dépassent les besoins ;

3° L'ensemble des ressources en personnel et en matériel de toutes les Facultés ou Ecoles permet de produire annuellement un nombre de médecins dépassant les besoins de la population ;

4° Demander au budget des sacrifices toujours croissants pour créer chaque année un nombre plus considérable de médecins inutiles et médiocres est une conception aussi fâcheuse au point de vue social qu'au point de vue économique, aussi désastreuse pour les malades que pour les médecins :

5° Il y a donc lieu de n'admettre dans chaque Ecole ou Faculté que le nombre d'étudiants qu'elle peut instruire ;

6° Si le nombre des étudiants demandant à se faire inscrire dans certaines Facultés est supérieur au nombre des places disponibles tandis qu'ailleurs il est inférieur, la répartition se fera par concours.

Je sais que le concours n'est pas à la mode aujourd'hui, je sais qu'il présente des inconvénients pour les grades supérieurs de notre profession, mais en ce qui concerne l'entrée, ces inconvénients n'existent pas. C'est le seul mode d'élimination conforme à la justice et à l'égalité. Dans quelles conditions établir ce concours ? Inutile de le préciser actuellement. Si les propositions précédentes sont admises, il sera temps d'en tirer les conséquences et de les discuter.

A ceux qui n'accepteront pas ces propositions (sans doute ils seront nombreux), je ferai remarquer simplement ceci : Le premier Congrès des praticiens approuva d'un beau mouvement enthousiaste et unanime la proposition du Pr Hayem : suppression du stage, obligation pour tous de passer par l'externat. La conclusion inévitable serait d'exclure des Facultés ceux qui auraient échoué à l'externat et de ne laisser terminer les études qu'à un nombre limité d'étudiants. Je suis d'avis que ce concours éliminatif serait mieux placé au début des études, mais ceci est un détail relativement secondaire, l'idée fondamentale est celle de la limitation des étudiants et ceux qui la repousseront, après avoir applaudi le professeur Hayem, mériteront une fois de plus d'être taxés d'incohérence.

Dr E. Dupont
(Villiers-Saint-Georges).

CHRONIQUE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

De l'abus des prescriptions pharmaceutiques dans les accidents du travail.

(*Rapport présenté au Syndicat médical de Lille, dans sa séance extraordinaire du 24 avril* 1908.)

Messieurs,

La Commission que vous avez nommée pour étu-

dier cette importante question, et qui se compose des Dr Lefort, Coorevits et Declercq, rapporteur, a l'honneur de vous soumettre aujourd'hui le rapport que vous lui avez demandé.

Vous n'ignorez pas que les compagnies d'assurances, s'appuyant sur la grande presse, — grâce aux moyens *très persuasifs* dont elles disposent, — contestent les honoraires de pas mal de nos confrères, l'utilité du nombre de leurs visites ou de leurs interventions, et même l'opportunité de leurs médications, pansements et ordonnances.

Il serait utile au bon renom du Corps médical que cette campagne eût sa contre-partie, afin que le public fût éclairé sur les réelles façons d'agir des Compagnies d'assurances.

De courageux confrères s'y emploient, et nous souhaitons ardemment qu'ils réussissent ; si des fautes sont ou ont été commises par quelques médecins, elles sont assez rares pour ne rejaillir en rien sur l'immense majorité des praticiens ; tandis qu'au contraire, on démontrerait fort aisément que les abus de pouvoir et le manque total de conscience sont la seule monnaie vraiment courante des Compagnies d'assurances, envers les malheureux blessés du travail dont les droits ne sont pas énergiquement défendus par le médecin de leur choix. Cela est aisé à comprendre, et n'est pas prêt de changer, ces Compagnies n'étant, en définitive, qu'une association d'actionnaires, dont le cœur ne bat qu'au moment du partage des dividendes.

Malheureusement, nous ne sommes pas encore à l'heure où sera possible cette lutte d'influence sur l'esprit public. Voici qui va vous le prouver.

Un de nos meilleurs lutteurs professionnels *conçut, il y a quelques* jours, le dessein d'entreprendre cette lutte.

Pour ce faire, il entra en pourparlers avec un journal influent et à gros tirage ; hélas ! tout article de défense médicale aurait coûté à notre confrère le prix de 18 fr. la ligne ou, pour un article hebdomadaire de 75 lignes, environ 80.000 fr. par an ! Le confrère n'accepta pas, et pour cause, mais que devons-nous penser des doléances de ces « pauvres » Compagnies qui peuvent crier si haut et si intensivement leur misère à un pareil prix dans de nombreux journaux, et non des moindres ?

Ce mouvement antimédical (et pécuniaire) a pour but *apparent* de faire revenir le Législateur sur la liberté du choix du médecin que la loi du 31 mars 1905 accorde formellement aux victimes du travail.

Dans la vérité, les Compagnies ne comptent guère y réussir, l'opposition formidable que ne manqueraient pas d'y faire les organisations ouvrières devant être pour le Législateur « le commencement de la sagesse ».

Quel est donc leur but réel ? Oh ! il est simple à démasquer : le Législateur se dira sans doute qu'il ne peut rester indifférent aux « justes » plaintes des compagnies ; il se dira aussi qu'il peut moins encore toucher à la liberté des blessés du travail.

Alors, pour être équitable envers le « Capital » qui, après tout, supporte les conséquences de la loi, et envers le « Travail », pour lequel cette loi a été faite, que fera le Législateur ?

Il s'en tirera le mieux du monde en nous imposant le « forfait ».

Ainsi soulagera-t-il ces « pauvres » Compagnies d'assurances en respectant la « liberté du choix » des travailleurs à laquelle il n'oserait toucher.

Voici quel est le but *réel* des Compagnies d'assurances.

Si nous ne protestons pas de toutes nos forces, si nous ne nous défendons pas énergiquement, si nous ne prenons pas d'urgence les mesures nécessaires, nous serons à nouveau les sacrifiés et nous reverrons « les temps des vaches maigres » où, pour un prix dérisoire, nous assumions la responsabilité de traiter de graves blessés pendant des semaines et des mois.

Vous comprenez, Messieurs, combien le danger est grand pour le Corps médical, grand surtout pour les médecins indépendants qui, n'acceptant pas ces tarifs forfaitaires, verront les blessés du travail dériver forcément vers ceux qui auront pris soin d'entretenir de bonnes relations avec les assureurs.

Que devons-nous donc faire pour arrêter le législateur sur la voie que lui tracent les Compagniesd'assurances ?

Nous devons condamner impitoyablement et publiquement les quelques confrères « marrons » dont les agissements ont compromis la situation du Corps médical tout entier.

Devant notre unanime réprobation, le législateur se rendra compte qu'une infime minorité a seul empêché le bon fonctionnement de la loi Dubief ; et il craindra de nous condamner en bloc, lorsqu'il saura que, pour défendre nos droits, nous ne craignons plus de montrer les dents aux hommes politiques qui refuseraient de nous entendre.

Certes,la loi Dubief n'est pas sans défauts ; elle a besoin de sérieuses retouches, mais les deux grands principes « de la liberté de confiance » et du « tarif à la visite » qui en sont les deux pierres d'angle, ne doivent, ni l'un, ni l'autre, subir aucune atteinte.

Ceci posé, Messieurs, cherchons les raisons pour lesquelles les Compagnies d'assurances, qui avaient, dans le principe, accepté cette loi et ses tarifs d'honoraires médicaux, lui sont actuellement si fortement opposées.

Cherchons, en somme, l'étiologie du mal dont nous souffrons et celui, plus grand encore, dont nous sommes menacés, le seul moyen de faire de la bonne clinique thérapeutique étant, — vous n'y sauriez contredire, en excellents médecins que vous êtes tous, — de remonter aux causes pour combattre efficacement les effets.

Ces causes sont multiples et complexes ; ce rapport n'ayant d'autre but que celui d'être « préjudiciel », n'en étudiera rapidement qu'une seule, et la plus simple, « l'abus des prescriptions pharmaceutiques », en laissant à notre organisation syndicale le soin de dénoncer à bref délai le mal partout où il existe.

Parmi les causes dont votre Syndicat devra faire une étude particulière, après celle de « l'abus des prescriptions pharmaceutiques », que nous avons, ainsi, que vous le verrez, dégagée de toute contingence, les principales sont, à notre avis :

1° *Les abus d'honoraires* : Par un exemple « *à rebours* », nous espérons vous les faire toucher du doigt.

Un brave ouvrier se fait, en travaillant, une plaie contuse de la partie antérieure du bras gauche avec attrition et engorgement musculaire, douleurs névritiques et fourmillement à l'extrémité du membre ; il y a,de plus, un léger sphacèle de l'épiderme ; la plaie, longue à guérir, ne présente aucune gravité ; les douleurs névritiques et l'engorgement musculaire disparaissent rapidement par le repos et les pansements ouatés ; au tarif Dubief les honoraires se montent à 110 fr. ; mais, dans l'esprit du confrère, il y a, vu la facilité de la guérison et le peu d'importance des pansements, disproportion entre la nature des soins et le prix légal ; il se croit, en conscience,

obligé de se contenter du prix de 80 francs qu'il eût demandé à un bourgeois à l'aise. Peut-être n'approuverez-vous pas tous ce désintéressement mais ce que vous désapprouverez tous, c'est que ce malade, tombé aux mains d'un médecin « marron », fût, pour ce médecin, une source d'honoraires de plusieurs centaines de francs ; voilà ce que nous avons appelé « abus d'honoraires » et nous pourrions multiplier nos exemples.

2° Les *abus de visites et pansements*, les massages à la manque, les électrisations pour rire, les radiographies inutiles, etc., se liant aux abus d'honoraires, nous ne les citerons que pour mémoire.

3° *Les remises et ententes entre médecins et pharmaciens* : Voici une des formes la plus odieuse de l'exploitation du blessé ; disons, à l'honneur des deux professions, que les exemples en sont absolument rares ; vous aurez néanmoins le courage de fustiger ces ententes avec la plus extrême vigueur, ne pas condamner le vol étant une façon de le couvrir et de l'innocenter.

4° *Les mauvaises relations entre Compagnies et médecins autrefois à leur solde.*

Par esprit de vindicte, des médecins prescrivent d'une façon désordonnée. Le tribunal de Cette et d'autres tribunaux viennent d'établir la responsabilité pécuniaire des confrères qui ont ainsi abusé d'une liberté devenue dans leurs mains une véritable licence ; en admettant que « la vengeance soit le plaisir des dieux », le Syndicat fera remarquer à ces confrères aigris qu'ils compromettent leurs pairs en se compromettant eux-mêmes ; et qu'après tout, la première faute a été commise par ceux qui, pensant bénéficier d'une situation spéciale, ont accepté d'être les hommes-liges des compagnies au moment où le Corps médical protestait unanimement contre les contrats et forfaits antérieurement passés avec elles.

Il nous semble, Messieurs, après réflexions, que ces formes d'abus pourraient être réunis dans un rapport unique qui donnerait au Syndicat l'occasion de les réprouver, en affirmant ainsi devant l'opinion publique qu'il ne se solidarise pas avec cette minorité infime qui oublie que forcer le coffre-fort — même d'un banquier véreux — c'est forcer un coffre-fort.

6° *Le racolage des blessés par les collectivités* de « quelque ordre que ce soit ».

Voici le *morceau capital* des futures interventions de notre Syndicat et, espérons-le, de tous nos syndicats médicaux ; remarquez, Messieurs, ce bout de phrase « de quelque ordre que ce soit », il est l'œuvre de l'un de nous et a complété, après discussions au Congrès des Praticiens de 1907, le vœu « de Grissac » adopté dans la 2e séance du 12 avril :

« Il est contraire à l'ordre public et à la dignité « humaine que, dans aucun cas, une collectivité « de *quelque ordre que ce soit* puisse imposer un « médecin traitant à un malade. »

Le blessé du travail étant un malade du fait de sa blessure, vous voyez, Messieurs, que ce vœu du Congrès atteint les « organisations » qui *imposent, d'une façon détournée*, aux victimes du travail, un autre médecin que celui vers lequel leurs habitudes, leur confiance et leur liberté de choisir les auraient entraînés.

La formule de « Grissac » est suffisamment large pour englober certains médecins notoirement attitrés des Compagnies d'assurances, jusqu'à certains autres notoirement attitrés d'organisations politico-sociales.

Vous savez ce que cela veut dire ; inutile d'insister.

Un tableau rapide de cette grosse, très grosse question, vous prouvera l'urgence de faire sortir de son œuf platonique le poulet de nos revendications ; il deviendra, si vous le voulez, un vrai coq de combat.

Certaines de ces organisations usent de « rabatteurs » qui vont, jusque dans sa maison, racoler le blessé du travail ou lui susurrent les paroles qui l'amèneront là où ce « rabatteur » veut le faire aller.

Ainsi beaucoup de blessés vous échappent au cours de leur traitement ; d'autres, que vous considérez en conscience comme guéris, vont, toujours sous la pression du « rabatteur », trouver le médecin *qui défend vraiment le travailleur* ; celui-ci déclare la blessure non consolidée, fait luire aux yeux du blessé « l'espoir du certificat permanent », expression typique que nous avons plusieurs fois entendue ; bref, fait tant et si bien que l'honnête ouvrier sombre sous cette cruelle affection que le professeur Brissaud a humoristiquement dénommée « la Sinistrose ».

Il est évident que l'avoir déclaré guéri constitue pour vous, le premier médecin, une fâcheuse note dans l'esprit du « sinistrosé » ; vous êtes, vous, pour le patron, tandis que le second est, lui, pour la victime du travail ; et si le certificat « permanent », délivré par ce dernier, ne trouve pas grâce devant l'expertise ou ne donne lieu qu'à une indemnité dérisoire, soyez sûr que la faute en retombera tout entière sur vous.

Le moyen, après cela, que les blessés du travail n'accourent pas vers leur seul, vers leur unique, vers leur sincère ami !

Nous espérons que le Syndicat ne permettra pas toujours à ces « spécialistes » de se montrer aussi généreux avec l'argent des Compagnies d'assurances ; il nous semble que tant de journées à demi-salaire et tant de capitaux de garantie à verser, ne sont pas sans exercer une répercussion profonde sur les chicanes que les Compagnies nous cherchent. Un bon rapport, sérieux et bien documenté, serait sans doute de quelque poids auprès du législateur pour qu'il réforme la loi Dubief autrement que par la suppression du « tarif à la visite » et la résurrection du « forfait ».

Vous nous pardonnerez, Messieurs, d'avoir esquissé à grands traits ces causes des attaques dont nous sommes l'objet de la part des Compagnies d'assurances ; il nous a paru de bonne guerre et utile à notre cause de faire ce premier geste, qui démontrera aux confrères « marrons » comment notre Syndicat entend, à bref délai, les « débarquer ».

Il nous reste maintenant à traiter la question de « l'abus des prescriptions pharmaceutiques » que, par les quelques considérations ci-dessus, nous avons placée en une ambiance de faits qui fera d'elle, comme nous vous l'avons dit, une question *préjudicielle.*

Nous l'avons débarrassée de cette « collusion » médico-pharmaceutique dont nous vous avons dit quelques mots ; nous en avons fait, en somme, une faute *vénielle*, c'est-à-dire non entachée de compromissions plus ou moins malhonnêtes.

Ainsi réduite à sa plus simple expression — le *trop prescrire tout sec* — nous osons vous dire que cette faute est à peu près générale, parce que, nous n'y songeons peut-être pas assez, les *détails* deviennent, par leur fréquence, une charge que nous alourdissons, sans bénéfice aucun pour les blessés du travail.

Nous n'avons pas ce droit, et les plus beaux « aphorismes humanitaires » n'y changeront rien.

Notre seul droit est de prescrire dans nos soins aux blessés du travail tout ce qui est utile et nécessaire ; c'est une première partie du problème dont cette Commission espère, dans un instant, vous donner une solution satisfaisante.

Quant aux graves blessés, pour lesquels, obligatoirement et en conscience, devront être faites des prescriptions pharmaceutiques coûteuses, et prolongées, c'est la seconde partie du problème dont cette Commission espère également, pour terminer, vous donner la solution. Mais comme on dit, il y a abus et abus ; entre cette faute « vénielle » et un peu générale de prescrire *trop*, *sans exagération manifeste*, et cette autre faute « grave », et « personnelle », de prescrire *outre mesure*, il y a un abîme, ; la première est le fait de beaucoup de braves gens, un peu faibles, qui ne réfléchissent pas toujours aux conséquences d'une légère augmentation de dépenses répétée ici, là, un peu partout et à toute heure ; la seconde est le fait de dangereux imbéciles, ou le fait de malins qui escomptent, par des prodigalités qui ne leur coûtent rien et dont on ne leur avait pas demandé compte jusqu'ici, se concilier, par ailleurs, de nombreux blessés du travail.

Nous pourrions vous citer quelques exemples de ces dilapidations, elles sont certainement exceptionnelles, mais leur ensemble constitue, dans les mains des Compagnies, un dossier singulièrement suggestif sur l'esprit public auquel elles ont pris soin de le servir dans la presse quotidienne.

Elles sont de nature à faire peser de graves et injustes soupçons sur l'honnêteté du Corps médical et du Corps pharmaceutique, et de nature aussi à donner à l'ouvrier blessé une idée tellement fausse des soins qu'il doit recevoir, que si nous n'y prenons garde, il échappera à tout médecin remplissant consciencieusement et simplement son devoir de thérapeute.

Ce n'est pas sans raison, Messieurs, que nous venons d'associer dans un même danger le Corps médical et le Corps pharmaceutique.

Malgré divers « arrêts » des tribunaux, qui ont établi la responsabilité pécuniaire du médecin, dans les abus de prescriptions, et ordonné le paiement intégral aux pharmaciens des objets qu'ils avaient fournis sur ordonnance, nous avons la conviction que nos « connexes » ne se félicitent pas tant qu'on pourrait le croire des ordonnances médicales où se manifeste une exagération singulière.

Ils sentent qu'elles constituent aussi un danger pour le Corps pharmaceutique, la liberté du choix du pharmacien ne tenant peut-être pas tant au cœur des organisations ouvrières que la liberté du choix du médecin; ils savent que les Compagnies d'assurances y trouveront une occasion et un moyen de chercher à priver la plupart d'entre eux de leur clientèle ouvrière au bénéfice de « rabaisiens », ou, en tous cas, de leur faire imposer un tarif général qui serait loin d'être pour eux équitablement rémunérateur.

Il nous a paru utile à la cause médicale de faire remarquer ceci à nos confrères, parce que le Syndicat des pharmaciens n'hésitera pas, si on le lui demande, à joindre sa protestation à la nôtre, et la force en sera doublée par la condamnation formelle et publique de toute « collusion » médico-pharmaceutique.

Il ne nous reste plus qu'à conclure.

Pour la première partie du problème, celle qui a trait aux prescriptions légèrement exagérées, par faiblesse, insouciance ou « bon garçonnisme » péché « véniel » de beaucoup d'entre nous, nous proposerons la solution suivante :

Le *médecin* ne considérera pas le blessé du travail comme privé de ressources, puisqu'il en a de par l'assurance à laquelle il a droit ; il ne le considérera pas non plus comme un millionnaire, parce que son patron ou l'assureur de son patron l'est ; il le considérera comme un bourgeois aisé dont la bourse est à ménager tout en le traitant *au mieux*.

Mais les ressources de l'ouvrier blessé ne viennent pas de lui, tout en étant réellement, absolument et incontestablement à lui ; il se trouve de ce fait placé par la loi dans une situation voisine de celle du « mineur ».

Il en résulte que le médecin honnête, sérieux et consciencieux, agira envers le blessé comme agirait envers « le mineur » dont il gère le bien, un *tuteur* honnête, sérieux et consciencieux, c'est-à-dire « en bon père de famille. »

Nous prions le Syndicat de résumer en une formule brève cette règle de conduite que doit avoir toujours présente à l'esprit le médecin donnant ses soins à un blessé du travail ; rendre publique et répandre partout cette solution ne peut que relever l'estime envers le Corps médical, en condamnant les agissements des « dilapidateurs ».

Pour la seconde partie du problème, celle qui a trait aux graves blessés du travail, pour lesquels, à aucun moment, le médecin ne peut préjuger ni de l'importance, ni de la nature des soins et prescriptions, nous vous proposerons la solution suivante :

Afin de couvrir la responsabilité pécuniaire, que les Compagnies d'assurances, incompétentes et sans entrailles, pourraient soulever contre lui au sujet des fortes dépenses dont elles contesteraient sûrement l'utilité et la nécessité, le médecin traitant avertira par lettre *recommandée* le patron de la gravité de la situation du blessé ;

Il fera timbrer par le patron toutes les grosses ordonnances ;

Il prendra soin, dans les consultations avec un confrère, de faire signer ses ordonnances par le confrère ;

Enfin, pour les « dilapidateurs » de marque, et « pour d'autres encore », le Syndicat demandera la constitution d'une Commission de contrôle dont nous n'avons pas à donner ici la composition ; cette Commission de contrôle paraît à tous un des moyens les meilleurs de faire rentrer dans le droit chemin ceux qui en seront sortis, d'y maintenir ceux qui y sont, et d'y diriger ceux qui auraient quelque tendance à ne pas s'y engager.

C'est *en bons pères de famille* que nous donnerons nos soins à l'ouvrier blessé, et c'est assez dire que lorsque ses revendications seront justes, c'est au sein du Corps médical honnête qu'il trouvera, contre ceux qui l'exploitent, ses plus ardents et ses plus déterminés défenseurs !

Dr L. Declercq.

HYGIÈNE PUBLIQUE

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR

Circulaire prescrivant des enquêtes sur les conditions d'hygiène dans les stations balnéaires.

Le président du conseil, ministre de l'intérieur, adresse aux préfets la circulaire suivante touchant l'hygiène dans les stations balnéaires :

Paris, le 18 juillet 1908,

Monsieur le préfet,

Chaque année le nombre augmente des habitants des grandes villes qui, les uns pendant quelques semaines, les autres pendant quelques jours, d'autres encore pendant quelques heures seulement entre deux trains, se rendent en été dans

une station balnéaire. De cette affluence constamment accrue de voyageurs, ces stations tirent profit ; elles ont, en revanche, à l'égard de leurs hôtes, des obligations qu'il convient de rappeler à celles qui seraient tentées de les oublier : la plus impérieuse de toutes est d'assurer de bonnes conditions d'hygiène publique, et c'est de quoi trop peu de municipalités se préoccupent.

Il est intolérable que, dans telle station, heureuse de voir au mois d'août des milliers de citadins contribuer à la prospérité de son commerce local, aucune précaution ne soit prise:ici pour l'alimentation en eau potable, là pour l'évacuation des matières usées. Sans doute, l'opinion publique s'émeut parfois lorsque quelque voyageur connu est emporté par une fièvre typhoïde ; mais à côté de ces accidents qui retiennent l'attention, combien passent inaperçus de la foule, combien de baigneurs — des enfants surtout — venus pour chercher réconfort et santé, rentrent en ville avec le germe d'un mal dont l'incurie d'une municipalité est seule responsable !

L'intérêt supérieur de la santé publique exige que les pouvoirs publics interviennent. Je vous invite en conséquence à exercer sur toutes les stations balnéaires de votre département une surveillance sanitaire rigoureuse ; dès la présente saison, pour chacune d'elles, vous dresserez un état signalétique où vous noterez, d'une part, le nombre des hôtes de passage aux jours de l'été où l'affluence est la plus forte, d'autre part, le mode d'alimentation en eau potable avec des détails précis sur la nature, la qualité de cette eau, et la quantité par tête d'habitant à cette époque de l'année, enfin le mode d'évacuation des matières résiduaires. Vous chargerez les commissions sanitaires d'arrondissement, que vous convoquerez d'urgence à cet effet, de faire cette enquête sur place, de la façon la plus attentive ; ces états seront communiqués au conseil départemental d'hygiène qui les soumettra à un examen critique et les fera au besoin compléter ; vous me les transmettrez du 1er au 15 novembre prochain avec vos observations personnelles, en me signalant ceux des membres de ces assemblées qui vous auront prêté en cette circonstance le plus utile concours.

Nous ne nous proposons pas d'établir une simple statistique, mais d'agir. Si dans une de ces stations, l'eau d'alimentation est de quantité insuffisante ou de qualité suspecte, si les égouts n'existent pas ou sont mal entretenus, s'ils se déversent sur la plage, si les fosses d'aisance ne sont pas établies ou le sont de telle façon qu'elles constituent un danger, vous interviendrez auprès des municipalités ; fort des délibérations de vos assemblées sanitaires, ici vous exigerez la stricte application du règlement sanitaire dont la commune, en vertu de la loi de 1902, doit être nécessairement pourvue ; là, vous signalerez et vous démontrerez aux municipalités l'urgence de certains travaux susceptibles d'être subventionnés par l'Etat, soit sur les fonds du parti mutuel s'il s'agit d'adduction d eau, soit sur les fonds des jeux, s'il s'agit d'autres travaux d'assainissement. Vous presserez les municipalités de prendre des décisions fermes ; vous me ferez connaître leur attitude d'utile action ou d'égoïste et indifférente inertie. J'ai tout lieu de penser que la plupart d'entre elles se rendront compte, dès le début, de leur devoir et aussi de leur intérêt ; mais comme il est à prévoir que quelques-unes cependant ne céderont pas à votre persuasion, vous les informerez que, en dehors des moyens de coercition que la loi met à la disposition des pouvoirs publics, j'ai le ferme propos de demander l'an prochain au conseil supérieur d'hygiène de me présenter sur l'état sanitaire de ces stations balnéaires un rapport complet et détaillé, qui sera publié, et où le public trouvera des motifs de se déterminer, d'accorder sa préférence aux stations soucieuses de l'hygiène de leurs hôtes, de se détourner de celles qui se seront dérobées à cette obligation.

Un certain nombre de ces stations, qui n'y sont point encore contraintes par la loi, ont déjà spontanément organisé un bureau d'hygiène, vous encouragerez vivement les autres à suivre cet excellent exemple.

Je vous prie, monsieur le préfet, de m'accuser réception de la présente circulaire et de me donner en même temps, la liste des municipalités intéressées auxquelles vous ne manquerez pas de la transmettre de suite.

Le président du conseil, ministre de l'intérieur,

G. CLÉMENCEAU.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

Réunion du Bureau et de la Commission Administrative de la Fédération des Syndicats médicaux de la Manche.

Présidence du Docteur CHARLES RENAULT.

I. — VACCINATIONS

Le conseil général de la Manche, dans sa séance du mois d'août 1907, a été saisi du vœu de l'Association départementale des Médecins de la Manche, ainsi conçu :

« L'Association départementale des Médecins « de la Manche réclame à nouveau du Conseil « général la liberté, pour l'assujetti à la vacci- « nation, de choisir son médecin et, par cela mê- « me, la participation de tout le corps médical à « ce service. »

Ce vœu, soutenu par le docteur Bourgogne, fut adopté, malgré l'opposition de M. le Préfet. Depuis, sur les instances de M. le Préfet et après avis du Conseil d'Etat, ce vote a été annulé.

Dr DUBOST. — Il serait pourtant désirable que tout Médecin de l'Assistance médicale gratuite puisse prendre part à ce service, ce qui permettrait à chaque assujetti de choisir son médecin.

Dr LECOMTE. — Non seulement les médecins de l'Assistance et les médecins syndiqués devraient y prendre part, mais tous sans distinction.

Si le vote du Conseil général a été annulé, c'est qu'il n'était pas conforme à la loi sur les vaccinations. Cette loi, en effet, laisse au Préfet le choix de ses vaccinateurs. Ceux-ci doivent opérer au chef-lieu de chaque commune et tous, riches comme pauvres, ont droit à la vaccination gratuite. Ce qu'il faut demander, c'est la révision de la loi, demander que les pauvres seuls aient droit à la gratuité des vaccinations

et qu'ils puissent s'adresser à leur Médecin habituel.

Dr Viel. — Je m'associe aux paroles du Docteur Lecomte ; mais j'ai cherché un système qui permît de respecter le libre choix du médecin, tous les membres du corps médical participant aux vaccinations.

Lorsque M. le Préfet Arnaud organisa ce service dans le département de la Manche, il le confia à quelques-uns seulement ; il ne demanda et n'obtint leur concours qu'à titre provisoire et en attendant une organisation meilleure et plus libérale.

Cette organisation, qui existe encore, est défectueuse :

1° Parce qu'elle coûte très cher au département. En effet, en invitant les assujettis, aussi bien aisés qu'indigents, à se présenter à l'unique séance de vaccination du chef-lieu de la commune, M. le Préfet a pu laisser entendre qu'il y avait là une obligation pour tous à se présenter à la séance publique ; et en effet, dans la plupart de nos campagnes, les familles ont cru qu'elles étaient obligées d'aller présenter leurs enfants à la vaccination publique, alors qu'elles auraient pu, comme par le passé, aller trouver leur médecin habituel, se faire vacciner à *leurs frais* et épargner ainsi au département des sommes considérables.

2° L'organisation est défectueuse parce qu'elle viole la liberté de choisir son vaccinateur, au moins pour les indigents qui n'ont pas, comme les assujettis aisés, la faculté de payer leur médecin habituel.

3° Enfin, elle lèse les intérêts des médecins qui ne sont pas appelés par la Préfecture à participer au service de la vaccine et au lieu d'avoir en eux des propagateurs de l'utilité des vaccinations s'en fait, sinon des ennemis, au moins des indifférents.

Or, l'organisation que je propose, tout en donnant satisfaction aux exigences de la loi, ménage les finances du département, respecte la liberté de tous les assujettis dans leur libre choix et admet la participation au service de tous les médecins de bonne volonté :

« Au mois d'avril, M. le Préfet rappellerait « aux assujettis l'obligation de se faire vacciner « dans l'année, leur spécifierait qu'ils ont, comme « par le passé, la liberté de s'adresser à leur « médecin habituel et de se faire pratiquer l'opé- « ration le jour et à l'heure de leur convenance.

« Que pour donner aux indigents cette même « liberté qu'aux riches, des bons de vaccination « leur seront remis dans leur mairie, avec lesquels « ils pourront se présenter chez le Médecin de leur « choix ;

« Que pendant les mois de mai, juin et juillet « ils auront à se faire pratiquer l'opération obli- « gatoire et fournir à la mairie le certificat cons- « tatant le résultat de l'opération.

« Enfin, pour satisfaire aux exigences de la loi, « aux mois d'août ou de septembre, une séance « publique de vaccination sera tenue au chef- « lieu de chaque commune pour les réfractaires, « les indifférents et ceux qui veulent profiter de « la gratuité ; ces séances seront faites par tous « les médecins, soit par circonscription, soit à « tour de rôle. »

Les intérêts du corps médical seront ainsi ménagés : les riches ne voudront pas demander à la mairie un bon de vaccination gratuite.

M. le Président. — Nous pourrions rappeler à M. le Préfet le règlement d'administration publique du 27 juillet 1903 et la délibération du Conseil général de 1906, laissant les intéressés libres du choix des opérateurs, les Maires devant délivrer des bons de vaccination et de revaccination gratuite aux personnes inscrites sur la liste d'Assistance médicale.

On propose encore la création d'une Commission municipale qui discuterait la question avec une Commission nommée par le Conseil général et pourrait arriver ainsi à une entente.

Dr Leclerc. — Le Conseil général est éclairé ; il a voté. M. le Préfet s'est inscrit en faux contre son vote. C'est le monopole des vaccinations que le Préfet veut ; nous devons lutter contre ce monopole.

Enfin, l'on conclut à l'envoi d'une pétition à M. le Préfet, dans le sens des idées émises par M. le docteur Viel (1).

II. — Assurance-Vie (Certificats, Tarifs)

En 1896, sur le rapport du Docteur Ygouf, présenté à l'Association départementale des Médecins de la Manche, le tarif suivant fut adopté pour tout le département :

« 1° Tout certificat d'assurance sur la vie sera « payé au moins 20 francs.

« Les déplacements seront payés à raison de « un franc par kilomètre en plus.

« 2° Toute analyse qualitative d'urine sera « taxée 5 francs en sus du certificat.

« Le liquide à analyser sera remis au Médecin « dans un flacon cacheté et étiqueté par les agents « de la Compagnie, laissant à leur charge toute « responsabilité sur la provenance.

« 3° Si le Médecin traitant délivre aux héritiers « un certificat *post mortem*, ce certificat devra « être payé d'avance et taxé 10 francs »

Certaines Compagnies résistent encore aujourd'hui à ces tarifs et ne veulent accorder que 20 francs avec analyse d'urine. D'autres font des distinctions pour les petites assurances au-dessous de 2000 francs, d'autres encore veulent réduire le prix pour les renouvellements avec augmentation.

La Fédération, considérant que la responsabilité du Médecin est la même pour toutes les as-

(1) Cette lettre a été remise à M. le Préfet de la Manche le 28 juin à l'ouverture de la session du Conseil général Elle a donné lieu à une réponse du 1er juillet dernier. M. le Préfet maintient sa décision. Voici du reste cette lettre :

« Vous avez bien voulu me demander la suite que « je propose de donner au vœu de la *Fédération des* « *Syndicats Médicaux du département de la Manche*, « déposé sur le bureau du Conseil général au cours « de la session d'avril dernier, par l'honorable M. « Bourgogne, et qui est relatif à une modification du « règlement départemental sur le service de la vac- « cine.

« Ma réponse, Monsieur le Président, se trouve dans « le décret du 16 novembre 1907, qui a suspendu la « délibération du Conseil général, en date du 21 août « 1907, admettant la participation de tous les méde- « cins à ce service public.

« Ce décret constate, en effet, que la délibération du « Conseil général est *en opposition* avec les disposi- « tions du décret du 27 juillet 1903, qui ont institué le « principe de la désignation des praticiens par le Pré- « fet, qu'en un mot elle est illégale et qu'elle ne sau- « rait être maintenue. »

« Le projet de la Fédération, n'étant qu'une varian- « te de l'organisation condamnée, ne peut-être non « plus admis.

« Quant au règlement en vigueur, il est légal et il « ne viole aucunement la liberté des assujettis puis- « que ceux-ci ont le choix de se faire vacciner par leurs « Médecin, sauf à en rapporter la preuve ou de se « présenter à la séance publique de vaccination.

« C'est dans ce sens que je répondrai à la prochaine « session du Conseil général, au vœu de votre Fédé- « ration. »

surances, petites ou grandes, maintient les conclusions et le tarif voté en 1896.

Quant au certificat *post mortem*, le Docteur Lecomte fait remarquer qu'il est très dangereux s'il n'y a pas eu d'autopsie. Néanmoins, ce certificat, constatant seulement que l'assuré est mort de mort naturelle, reste tarifé 10 francs.

III. — Nomination et révocation des Médecins des Bureaux de Bienfaisance.

La révocation récente des Médecins du Bureau de Bienfaisance de Cherbourg amène la Fédération à s'occuper de cette question.

Les Docteurs Fatomes, Husseintein et Laurent, chargés depuis plusieurs années d'assurer le service médical de cet établissement, furent prévenus, le 27 septembre 1907, que la Commission administrative allait réorganiser ce service sur des bases nouvelles et qu'à partir du 1er octobre le service serait confié à tout Médecin qui accepterait le tarif de 1 fr. la visite.

Ce projet contenait diverses propositions inacceptables pour le corps médical. De longues discussions s'engagèrent avec le Syndicat Médical de l'arrondissement de Cherbourg et l'on était presque arrivé à une entente, lorsque tout à coup la commission administrative cessa tout pourparler. Elle renvoie définitivement ses trois Médecins, renonce à laisser aux assistés le libre choix et nomme un Médecin à gage pour faire seul cet important service (février 1908.)

Nos confrères évincés rédigèrent une protestation demandant à être assimilés aux Médecins des hospices et hôpitaux et l'adressèrent à M. le Préfet de la Manche qui n'en a tenu aucun compte.

Comment sont régies aujourd'hui les nominations et révocations des médecins des Bureaux de Bienfaisance ?

« Le nombre des Médecins attachés à chaque « Bureau de Bienfaisance est fixé par arrêté mi- « nistériel, nommés par le Préfet sur une liste de « trois candidats présentés par la Commission « administrative. Les médecins des Bureaux de « Bienfaisance ne peuvent être révoqués que par « le Ministre de l'Intérieur ».

Aux termes de l'article 14 de la loi du 7 août 1851, les Commissions administratives des hospices et hôpitaux peuvent révoquer les Médecins et Chirurgiens de ces établissements, avec approbation du Préfet.

M. Clémenceau, dans sa circulaire du 3 décembre 1907, constate que quelquefois les décisions de ces Commissions administratives ne sont pas justifiées par une faute ou négligence professionnelle et que le Préfet est trop disposé à faire passer certaines considérations personnelles et le souci des querelles locales avant l'intérêt des malades. Aussi, le Ministre de l'Intérieur décide que tout dossier lui soit soumis avant d'approuver ces révocations. Ce dossier doit être complet, avec les griefs formulés par la Commission contre le praticien et les explications fournies par celui-ci.

Mais cette loi de 1851 est spéciale aux Hospices et aux Hôpitaux et ni la jurisprudence des tribunaux, ni la jurisprudence administrative n'ont étendu leurs dispositions aux Bureaux de Bienfaisance.

Le Dr Lecomte demande que la Fédération intervienne auprès du groupe médical de la Chambre, dans le but d'arriver à l'assimilation des administrations des Bureaux de Bienfaisance à celles des Hospices et Hôpitaux.

Dr Dubost. — Si la Fédération intervient auprès des Pouvoirs publics, il me paraît bon de demander l'établissement d'une réglementation qui donne satisfaction à un plus grand nombre. Jusqu'ici, dans la Manche, les Médecins des Bureaux de Bienfaisance et des Hôpitaux sont nommés au choix, aucun n'est nommé au concours et pourtant, tous ont des droits égaux et une capacité égale. Nous désirons que la plus grande partie des praticiens puisse prendre part à ce service, soit par les concours, soit par le roulement.

Dr Viel. — Et que ce règlement ménage le libre choix du Médecin pour les intéressés.

M. le Président, — J'admets le libre choix pour les membres du Bureau de Bienfaisance, mais il me paraît impossible dans un service hospitalier.

Que la nomination d'un médecin d'hôpital soit le résultat d'un concours, oui, mais le roulement ne me paraît pas pratique.

Dr Bechet. — Et pourtant, le roulement est parfois possible puisqu'il existe dans quelques hôpitaux.

Dr Letourneur. — L'idéal serait d'arriver au libre choix, non seulement pour tous les indigents et dans tous les modes d'assistance, mais aussi dans toutes les Administrations. Mais je ne crois pas que le moment soit venu de l'obtenir. Sachons donc limiter nos desiderata pour le moment.

Le Dr Lecomte émet ensuite les vœux suivants qui sont acceptés :

« 1° Que la Fédération prête son concours aux Médecins de la ville de Cherbourg dans leur lutte actuelle ;

« 2° Que les Commissions administratives des Bureaux de Bienfaisance soient assimilées à celle des Hôpitaux et Hospices. »

Le Dr Dubost demande que cette question fasse l'objet d'une étude spéciale et qu'un rapport en soit présenté à la Fédération.

IV. — Tarif des honoraires des accidents du travail.

La Commission instituée en 1905 et composée des représentants des Médecins, des Pharmaciens, des Syndicats ouvriers, des Syndicats patronaux et des Assureurs, s'est réunie au commencement d'avril au Ministère du travail et poursuit l'étude de la révision du tarif des remboursements des frais médicaux et pharmaceutiques, en matière d'accidents du travail

Dans ces conditions, le Bureau et la Commission administrative de la Fédération décident de laisser leurs représentants poursuivre leur tâche et s'associent au vœu de l'Assemblée générale de l'Association départementale des Médecins de la Manche, du 5 juillet 1906, vœu demandant « que la rémunération ou l'honoraire « de la visite soit de 2 francs dans toutes les « communes du département, quelle que soit la « population ;

« Que l'indemnité kilométrique soit comptée « du domicile du médecin le plus rapproché au « domicile du blessé, ainsi que cela se pratique « dans le département de la Manche pour l'as- « sistance médicale gratuite ;

« Que l'indemnité kilométrique soit fixée à 50 centimes, tant à l'aller qu'au retour ;

« Que cette indemnité de 50 centimes sera uni- « fiée, aussi bien pour les voyages en chemin de « fer que pour ceux effectués par tout autre « mode de transport.

V. — Nomination d'un délégué

M. le Dr Leclerc, président de l'Association Départementale des Médecins de la Manche est

nommé Délégué à l'Assemblée Nationale des Praticiens de France (*Congrès de Lille*) (1).

Le Secrétaire, LE MEIGNEN. *Le Président*, CH. RENAULT.

Syndicat médical de la Vallée du Rhône

Réunion générale du 2 juin 1908, à Saint-Vallier-sur-Rhône.

Présidence de M. le Docteur PIGNAL, Vice-Président.

La séance est ouverte à 6 heures.

Etaient présents : MM. Pignal, Fayart, Pangon, Rocheblave, Bayle, Staïcoff, Berne, Coste, Sarda, Cuiniot, Degaud, Cadet, Figuet, Larrivé, Boissat, Tournaire, Douare, May et Jurie.

Excusés : MM. Mayoud et Calvet,

Le procès-verbal de la dernière séance (5 novembre 1907, est adopté.

Admission de nouveaux membres.—A l'occasion des candidatures des Drs Rousset (de Roybon) et May (de Sillans), posées trop tard pour avoir pu figurer sur l'ordre du jour de convocation, M. Fayard demande si ces confrères peuvent être admis dès aujourd'hui, ou si, étant donné une décision précédemment prise, il convient de les renvoyer à une séance ultérieure.

M. Rocheblave fait remarquer que le Syndicat se trouve en présence, non d'une disposition statutaire obligatoire, mais d'une simple décision que l'assemblée reste, par suite, toujours maîtresse d'interpréter. En l'espèce, le Syndicat, avant de statuer sur une candidature, a voulu : 1° être assuré qu'il se trouvait en présence d'un acte formel d'adhésion ; 2° pouvoir être exactement renseigné sur le confrère sollicitant son admission. De là, la décision rappelée par M. Fayard. Cette décision, du reste, n'a pas la portée qui lui a été attribuée, puisque au compte rendu elle se trouve ainsi relatée : *Le Syndicat exprime le désir que dorénavant les confrères qui sollicitent leur admission veuillent bien assister à la séance où sera présentée leur candidature.* M. May s'est conformé à ce désir, les parrains du Dr Rousset sont présents tous deux : rien ne s'oppose donc à ce que ces candidatures soient immédiatement examinées.

Le Président consulte alors l'assemblée sur le point de savoir si elle désire statuer immédiatement sur les candidatures qui sont soumises ; il en est ainsi décidé.

Sont ensuite admis :

MM. ROUSSET (de Roybon), présenté par MM. Douare et Tournaire ; MAY (de Sillans), présenté par MM. Fayard et Douare.

Le président souhaite la bienvenue à M. le docteur May.

Compte-rendu par le président sortant des suites données aux décisions précédemment prises. — M. Rocheblave expose que, parmi les décisions prises à la réunion du 5 novembre 1907, celles auxquelles il avait été chargé de donner une suite visaient les trois questions suivantes :

Libre choix du médecin et Compagnie de chemins de fer ;

Tarif officiel des accidents du travail (rejet des demandes de relèvement du prix unitaire de la consultation).

Relations des consultants lyonnais avec les médecins praticiens de la région.

Sur chacune de ces questions, M. Rocheblave donne les renseignements suivants :

1° *Libre choix du médecin et Compagnies de chemins de fer.* — La lettre à M. le Ministre des Travaux Publics, dont les termes avaient été approuvés à la réunion du 5 novembre 1907 (voir compte rendu no 3, page 19), a été régulièrement envoyée, mais elle n'a été suivie d'aucune réponse.

Nous ne pouvons, dit M. Rocheblave, que prendre acte du silence gardé par M. le Ministre des Travaux Publics, silence qui nous prouve que la question que nous avions soulevée rentre sans doute dans la catégorie de celles qui ne doivent pas être posées. Il appartiendra à nos grandes organisations de défense professionnelle, à nos futurs Congrès nationaux, d'imposer à tous et en toute circonstance le respect du libre choix;

2° *Tarif officiel des accidents du travail. Rejet des demandes de relèvement du prix unitaire de la consultation et de la visite médicales.* — M. Roche- rappelle succinctement l'origine et l'objet de nos réclamations sur ce point.

Le décret-tarif du 30 septembre 1905 prévoyait que le prix unitaire fixé à la consultation et à la visite médicales pourrait être relevé dans certaines localités sur demande adressée dans les trois mois par les syndicats médicaux.

En conséquence, nous recueillîmes des certificats de notoriété, délivrés par les maires des communes, certificats qui furent plus tard envoyés à Paris, à l'appui de nos demandes de relèvement.

L'arrêté du 26 juillet 1906 n'accorda ce relèvement que pour un très petit nombre de localités parmi toutes celles pour lesquelles nous avions fourni des documents justificatifs. Les commentaires dont nos délégués à la Commission du tarif entourèrent alors certains paragraphes de cet arrêté, nous firent croire pendant quelque temps que le relèvement était de droit pour toutes les communes pour lesquelles avaient été fournis des certificats de notoriété non contestés devant la Commission spéciale par les groupements patronaux.

Mais bientôt les assureurs nous montrèrent devant les tribunaux de Paix qu'il n'en était rien.

Nos confrères d'Annonay, sur ces entrefaites, demandèrent pour quels motifs le prix de la visite n'avait pas été relevé à 2 fr. 50 pour eux, qui dans les formes établies par le décret du 30 septembre 1905, avaient justifié qu'antérieurement à 1901, le prix payé par les ouvriers était de 3 francs.

C'est cette question que le bureau du Syndicat avait été changé d'élucider.

Une première lettre fut écrite à M. le docteur Noir, secrétaire de l Union des Syndicats médicaux de France, puis une seconde à M. le docteur Jeanne. Il fut ainsi établis que les certificats envoyés par le Syndicats avaient été régulièrement transmis à la Commission spéciale, instituée par l'arrêté ministériel du 20 mai 1905.

M. Rocheblave écrivit alors à M. le Ministre du Commerce une première lettre, en date du 2 octobre 1907, à laquelle M le Ministre du Travail et de la Prévoyance sociale répondit en substance, le 15 octobre 1907, dans les termes suivants : *Les documents produits à mon Administration n'ont pas paru de nature à permettre une élévation de tarif.*

M. Rocheblave réplique alors par sa lettre en date du 13 décembre 1907, dont l'envoi avait été décidé à la précédente réunion. *Nous nous demandons pourquoi ce qui a été possible pour cer-*

(1) M. le Dr Leclerc, empêché, a été remplacé au Congrès de Lille, par notre très aimé confrère, M. le Dr Lefranc (de Pont-Hébert) qui nous a communiqué le procès-verbal ci-dessus en même temps qu'à l'Union des Syndicats médicaux.

Le 2e vœu de M. le Dr Lecomte sera appuyé par une démarche près de M. Mirman.

taines communes a été, dans des conditions identiques, jugé impossible pour les autres. Il nous est de plus nécessaire de connaître les motifs qui ont fait rejeter la plupart de nos documents justificatifs, pour pouvoir efficacement défendre les intérêts sacrifiés du corps médical.

M. Rocheblave a publié dans le *Concours Médical* les fins de non recevoir auxquelles il s'est heurté.

C'est donc l'échec complet ; non seulement nos demandes ont été rejetées, mais il nous est interdit de savoir pourquoi elles l'ont été.

En terminant cet exposé des faits, M. Rocheblave explique que, malgré l'impossibilité où il s'est trouvé d'aboutir à un résultat plus favorable, il espère que son long effort ne sera pas entièrement perdu. Des précisions intéressantes ont été obtenues, les agissements des assureurs dévoilés, les délégués médicaux à la Commission du tarif mis en garde contre certaines manœuvres dont le renouvellement avec succès sera par suite impossible, l'attention du Ministre enfin, particulièrement attirée sur nos revendications. Il espère qu'avec les prochaines modifications qui vont sortir des délibérations actuelles de la Commission, le corps médical tout entier retirera le bénéfice de l'action que, fidèlement soutenu par le Syndicat de la Vallée du Rhône, il a été personnellement très heureux d'exercer.

M. Fayard se fait l'interprète des membres présents pour remercier M. Rocheblave de l'énergie et de la ténacité avec lesquelles il a défendu les intérêts médicaux.

3° *Relations des consultants lyonnais avec les médecins praticiens de la région.* — Sur cette troisième et dernière question, M. Rocheblave donne lecture de la note suivante :

Messieurs,

Lorsque, à l'occasion de la plainte dont nous avait saisi le Syndicat des médecins de Valence contre les consultants lyonnais incorrects, vous m'avez fait l'honneur de me déléguer auprès de MM. les Présidents du *Comité Médico-Chirurgical* et du *Syndicat des Médecins du Rhône*, j'ai accepté la mission dont vous me chargiez parce qu'il s'agissait uniquement de faire entendre, d'une façon digne et courtoise, votre légitime protestation contre des agissements malheureusement trop réels et trop fréquents. S'il avait fallu dénoncer certains confrères, requérir et enquêter contre eux, je me serais récusé, mais telle n'a jamais été votre intention, les procès-verbaux de nos séances en font la preuve. Donc, d'emblée et de parti pris, vous avez voulu ne dénoncer aucun fait particulier.

Vous savez comment a été rempli le mandat que vous m'aviez confié et quels en ont été les résultats.

Des deux organisations, par l'intermédiaire desquelles vous aviez voulu faire entendre un avertissement nécessaire, l'une s'est déclarée incompétente, l'autre, par l'effort soutenu de son Président, a essayé de m'attirer sur le terrain dangereux des personnalités, insistant pour que je me fasse le délateur des consultants que visaient vos reproches. Avec persistance, je me suis refusé à entrer dans cette voie parce que : 1° tel était le sens précis de vos délibérations. 2° parce que si nous avions voulu obtenir des mesures répressives et faire en quelque sorte juger les consultants incorrects, il eût été quelque peu naïf de notre part d'en saisir l'organisation même, où ils pouvaient, par une majorité de rencontre, diriger l'enquête et s'acquitter en famille, avec félicitations réciproques.

A votre ordre du jour si conciliant du 5 novembre, il a été répondu, dans le *Bulletin officiel du Syndicat des médecins du Rhône*, par un ordre du jour ainsi conçu :

« Le Syndicat des médecins du Rhône considère « qu'il n'est pas de faute déontologique plus grande « que celle d'accuser un confrère, et a fortiori, un « groupe de confrères, en refusant de préciser les faits « sur lesquels repose cette accusation.

« Il proteste donc contre les accusations imprécises et générales que les Syndicats de Valence « et de la Vallée du Rhône ont formulées contre l'en- « semble du corps médico-chirurgical lyonnais ; il considère qu'il n'y a pas lieu d'en tenir plus compte « que d'une plainte anonyme quelconque. »

Du Syndicat de Valence nous n'avons rien à dire ici. Il a, en ce qui le concerne, protesté par lettre, insérée au *Bulletin officiel du Syndicat des médecins du Rhône*, dans son numéro de mai, et déclaré avoir porté un fait précis à la connaissance de l'Union des Syndicats médicaux du Sud-Est.

Quant à nous, qui avons la prétention non d'édicter les règles de la déontologie, mais de les suivre, il nous suffira, pour tirer la moralité de l'incident et donner à la réponse qui nous a été faite par le Syndicat des médecins du Rhône, l'importance qu'elle mérite, de remarquer que tandis que je suis allé en personne, sous ma responsabilité, comme Président représentant et engageant le Syndicat tout entier, faire une démarche courtoise et justifiée — tout le monde sait à quoi s'en tenir sur ce point — l'ordre du jour dont il s'agit a été voté, après une discussion à laquelle ont seulement pris part MM. V.. B... et G... (Voir *Bulletin officiel du Syndicat des médecins du Rhône*, 1er février 1908, page 39).

Et c'est nous qu'on accuse de garder l'anonymat !

Je vous demande d'ordonner l'insertion intégrale de ces explications au procès-verbal de la séance, avec cette signification que vous approuvez entièrement la conduite que j'ai tenue.

Après discussion, il en est ainsi ordonné.

M. Sarda relate le propos suivant, récemment tenu par un chirurgien lyonnais à la famille d'un malade qu'on lui demandait d'opérer. « *Quels sont les imbéciles qui m'ont envoyé un macchabée pareil* ? » Le malade était atteint d'appendicite suppurée. Il a été opéré, il va bien aujourd'hui. Que penser de la conduite du chirurgien qui, pour pallier un échec probable, ne craint pas d'en rejeter la responsabilité éventuelle sur les médecins traitants, sans rien connaître, d'ailleurs, des circonstances qui ont pu retarder l'intervention ?

Il est décidé que le fait signalé par M. Sarda sera mis à l'ordre du jour de la prochaine séance, pour être discuté à toutes fins utiles, avec preuves à l'appui.

Deuxième Assemblée nationale des praticiens de France. — Congrès de Lille. — Le Syndicat décide d'adhérer collectivement au Congrès de Lille. Il fixe à cinquante francs le montant de sa subvention. Il y sera de plus représenté par MM. Fayard, Pangon, Douare et Degaud. Un crédit de deux cents francs, à répartir entre les délégués, est voté dans ce but.

Les délégués ne reçoivent pas de mandat impératif. Dans les votes où il sera tenu compte du nombre des syndiqués qu'ils représentent, ils devront s'inspirer des décisions antérieurement prises, de l'intérêt du corps médical, et des principes généraux d'organisation et de défense professionnelles.

Nomination d'une commission mixte d'arbitrage médico-mutualiste. — M. Fayard, secrétaire, donne lecture d'une lettre de M. le Président de l'Union départementale des Sociétés de Secours mutuels de la Drôme, demandant au Syndicat

de vouloir bien désigner un délégué, qui devra se joindre à ceux que nommeront les syndicats de Valence et de la Basse-Isère, ainsi que l'Association générale des Médecins de France, pour constituer l'élément médical d'une Commission mixte médico-mutualiste, destinée à régler toutes les questions qui intéressent les médecins dans leurs rapports avec les sociétés de secours mutuels.

M. Rocheblave explique l'origine de cette demande. Primitivement, le Syndicat de Valence avait été seul prié de nommer les délégués du corps médical. Cette organisation crut devoir faire participer à la nomination de ces délégués tous les syndicats groupant les médecins de la Drôme. Sur ces entrefaites, l'Association générale revendiqua le droit de nommer au moins un délégué sur quatre. La question de savoir si l'Association, groupement mutualiste affilié à l'Union des Sociétés de Secours mutuels de la Drôme, ayant par suite participé à l'élection des délégués mutualistes, pouvait aussi bien prendre part à l'élection des délégués médicaux, fut alors posée. On décida de soumettre cette question de principe à l'examen du Conseil général de l'Association des Médecins de France.

Depuis lors, cette question, examinée de concert par l'Association et l'Union des syndicats, a reçu la solution suivante :

Les bureaux de l'Association Générale des Médecins de France et de l'Union des Syndicats Médicaux ;

Considérant que l'Union la plus intime et la plus cordiale doit exister toujours entre les Syndicats Médicaux et les Sociétés unies de l'Association Générale ;

Qu'il est nécessaire, dans l'intérêt du corps médical, que toute question d'ordre général soit traitée d'un commun accord entre les Syndicats et l'Association Générale ;

Estiment que, dans l'élection des délégués médicaux aux Commissions d'arbitrage médico-mutualistes, il importe que l'initiative des convocations appartienne aux bureaux réunis des Sociétés locales, des Syndicats et des autres groupements médicaux ;

Considérant, d'autre part, que tous les médecins appelés à soigner les mutualistes ont le droit de participer aux élections des membres des Commissions médico-mutualistes ;

Sont d'avis que les bureaux des Syndicats, des Sociétés unies et des autres groupements médicaux, convoquent tous les médecins exerçant dans le département ou dans l'arrondissement, et restent chargés du dépouillement du scrutin.

Dans ces conditions, il ne s'agit plus pour le Syndicat de la Vallée du Rhône de nommer directement un délégué, mais simplement si les autres groupements intéressés —Syndicats de Valence et de la Basse-Isère, Association générale —adhèrent à cette manière, de voir se présenter un ou plusieurs candidats, et de participer avec eux à l'organisation du vote auquel tous les médecins de la Drôme seront appelés à prendre part.

Le Syndicat désigne éventuellement MM. Rocheblave et Tournaire comme candidats à la commission mixte d'arbitrage médico-mutualiste.

Répression de l'exercice illégal de l'art dentaire.— Le Bureau est chargé de prendre les mesures nécessaires pour réprimer un délit habituel d'exercice illégal de l'art dentaire, signalé par le Dr Coste (d'Anneyron).

La séance est levée à 7 heures 1|4.

Le Secrétaire.

Dr Fayard.

REPORTAGE MÉDICAL

Châtel-Guyon. Gratuité et demi-tarif. — La Société des Eaux de Châtel-Guyon rappelle à tous les médecins que le service des indigents (gratuité) est ouvert à Châtel-Guyon du 15 septembre au 31 octobre, et que le demi-tarif est accordé de droit à tous les baigneurs pendant le mois d'octobre, pour les cartes d'entrée et des buvettes comme pour les tickets d'opérations thermales.

Bureau municipal d'hygiène. — La vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène de la ville de Poitiers (Vienne) est déclarée ouverte. Le traitement alloué est fixé à 4000 francs. Les candidats ont un délai de 20 jours expirant le 29 septembre 1908 pour adresser leurs demandes au Ministre de l'Intérieur.

Faculté et Hôpitaux.

L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu au siège des Facultés de médecine et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le vendredi 30 octobre 1908. Les candidats s'inscriront au secrétariat de l'Académie dans laquelle ils résident. Les registres d'inscription seront clos le samedi 17 octobre à 4 h.

Sont admis à concourir : Les candidats pourvus de quatre inscriptions qui ont obtenu un minimum de 75 points à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles et qui justifient de leur assiduité aux travaux pratiques de première année.

L'épreuve consiste en une composition d'anatomie.

2° Les candidats pourvus de huit inscriptions qui ont subi avec la note *bien* le premier examen probatoire.

3° Les candidats pourvus de 12 inscriptions qui ont subi avec la note *bien* leur examen probatoire.

4° Les candidats pourvus de 16 inscriptions qui ont subi avec la note bien le troisième examen probatoire.

Les candidats qui justifient soit de la mention bien au baccalauréat de l'enseignement secondaire et de 75 points au moins à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, soit de la mention assez bien au baccalauréat et de 80 points audit examen pourront obtenir sans concours une bourse de doctorat en médecine de première année.

— Un cours pratique de gynécologie, fait par M. Potocki avec l'assistance de MM. Paquy, ancien chef de clinique, et Le Masson, répétiteur, commencera le lundi 28 septembre, à 10 h. du matin, et continuera les jours suivants à la même heure. Il sera complet en 18 leçons et se terminera le 17 octobre. Programme : Les mardis, jeudis, samedis : Examen des malades, application du spéculum, pansements vaginaux et utérins auxquels seront exercés tous les élèves.

Les lundis, mercredis et vendredis : Leçons de pratique gynécologique et opérations avec la participation des élèves.

Le nombre des élèves est limité à 12.

Le droit à verser est de 50 francs.

S'inscrire au *Secrétariat de la Faculté*, les mardis, jeudis, samedis, de midi à 3 h.

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trentième année   N° 38   Dimanche 20 SEPTEMBRE 1908

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques — Medecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

L'ACCORD DES MUTUALISTES ET DES MÉDECINS

Certains publicistes attitrés de la Mutualité peuvent encore retarder assez sur le mouvement d'entente entre S. S. M. et Syndicats médicaux pour écrire (dans le *Matin* ou ailleurs), des phrases creuses, des erreurs ou de sottes bravades à l'égard de nos groupements professionnels : il convient de n'en pas prendre cure à l'excès, car leurs lecteurs sont mieux renseignés qu'eux, voyant les choses sous un autre angle que les rêveurs en chambre.

La vérité est que l'appel lancé par l'*Avenir de la Mutualité* et le *Concours Médical*, au lendemain de la Commission Loubet, a été parfaitement entendu.

Déjà deux fois, au cours de cette année, nous avons pris la peine de relever et signaler telles régions où il avait été fait application des conclusions de cette commission-mixte : les Syndicats médicaux sont entrés franchement dans l'essai loyal. Nous nous empressons aujourd'hui de copier, à titre d'exemple nouveau, le passage suivant de l'*Avenir de la Mutualité* qui prouve la possibilité de résultats sérieux, puisque, dans l'espèce, l'accord se fit sur la formule Diverneresse « Libre choix et Tarif à la visite, avec 10 % de remise en garantie du recouvrement ».

Médecins et mutualistes

*Nous extrayons du compte rendu du banquet qui a suivi l'Assemblée générale de l'Union des Sociétés de secours mutuels du Doubs l'allocution prononcée par M. le docteur Baigue, président du Syndicat des médecins du Doubs. Nos lecteurs y trouveront l'expression des sentiments dont nous demandons au corps médical de s'inspirer toutes les fois qu'il s'agira de conclure avec les Sociétés ou avec les Unions un accord tel que celui qui s'est produit dans le Doubs à la suite d'explications courtoises dont l'*Avenir de la Mutualité *a naguère rendu compte* :

Messieurs,

J'ai été très heureux de recevoir, en qualité de président annuel du Syndicat des médecins du Doubs, votre aimable invitation, je suis très heureux de participer à ce banquet auquel président, avec la mutualité, la cordialité et la bonne humeur. J'y vois l'occasion de célébrer une réconciliation qui succède, non pas à un conflit, mais à un simple malentendu plutôt, et de vous apporter l'assurance de la sympathie de tous les médecins de notre Syndicat à votre œuvre de progrès dans le bien-être matériel et dans la dignité morale. Il n'y a pas un médecin, j'en suis convaincu, qui ne se rende compte de la valeur de votre effort. Qui mieux que nous, en effet, peut reconnaître la nécessité de l'entr'aide et de l'appui mutuel quand la maladie ou la mort s'abattent sur le foyer habituel-

lement bien pourvu et gai du bon travailleur muni d'un bon métier. Il n'est pas besoin d'un long chômage du père et de nombreuses notes de pharmacie pour que ce foyer heureux devienne aussi pauvre et aussi triste que le plus pauvre. Honneur donc à ceux qui s'efforcent de répandre la pratique de la prévoyance et de la solidarité. La mutualité tend à rendre l'homme meilleur, plus réfléchi et plus altruiste. Elle réalise, elle crée de la fraternité et de l'égalité. Dans une Mutuelle, tous les membres se sentent également protégés, ils se sentent aussi tous également protecteurs, et leur dignité peut à bon droit s'affermir. Si la Société des hommes doit devenir un jour un arrangement pour l'entr'aide et le travail en commun, dont les conditions seront librement débattues entre époux ; si le maître qui s'impose et le subordonné malgré lui, l'exploiteur et l'exploité, doivent un jour disparaître d'entre les hommes, la mutualité aura préparé, pour sa part, je le crois du moins, ce temps de la vraie liberté, de la vraie égalité, de la vraie fraternité ; c'est qu'elle tend en effet à faire dès maintenant des hommes mieux pourvus de sécurité, plus réfléchis, plus soucieux de leur dignité.

Honneur à ceux qui apprennent à leurs semblables les règles et les avantages de la mutualité.

Si les médecins ne sont pas fermés individuellement à la sympathie que tout brave homme a naturellement pour le but de la mutualité, comment notre Syndicat ne serait-il pas fait pour s'entendre avec vos Sociétés, Messieurs ? Un Syndicat est une espèce de Mutuelle. La discussion des intérêts collectifs, le soin que les plus avantagés prennent des intérêts des malchanceux, — il y en a, soyez-en sûrs, parmi les médecins, — ne prédispose pas à l'égoïsme. D'ailleurs, au point de vue des intérêts généraux de sa profession, le Syndicat médical ne doit-il pas aux Mutuelles de la reconnaissance, puisque les Mutuelles arrachent à l'hôpital et au bureau de bienfaisance, à l'assistance gratuite, toute une clientèle qui, grâce à la garantie de la caisse commune, devient une clientèle sûre, solide et agréable ?

Aussi n'ai-je jamais eu pour ma part nul souci du résultat des négociations engagées l'hiver dernier entre vos Sociétés et notre Syndicat pour certains arrangements nouveaux. Je me confiais pleinement à la bonne volonté, à la largeur d'esprit et de cœur, à la droiture de notre président d'alors, mon prédécesseur notre confrère Baudin. Dans les discussions qui eurent lieu au sein de notre Syndicat, il fut toujours le défenseur des solutions pratiques, généreuses, seules compatibles avec la dignité médicale.

Je pensais aussi que nous ne demandions que des choses justes — et que la justice alors, comme toujours, s'accordait avec l'intérêt bien entendu de tous et de chacun.

Et n'est-il pas évidemment de la dignité de chacun de choisir le médecin qui lui plaît ? Nous savons et nous admettons pleinement que la confiance ne se commande pas et qu'elle dépend de facteurs dont personne n'est juge.

Quant au relèvement de tarif qui vous a d'abord étonnés, qui peut trouver qu'il soit excessif, et comment ne pas admettre, au prix qu'est le beurre, de payer 1 fr. 80 la visite du médecin à domicile, et 1 fr. 35 les consultations chez le médecin ?

Messieurs, je vous assure que vous pouvez compter sur les médecins pour travailler avec vous à donner à la pauvre humanité un peu plus de tranquillité et de sécurité.

Au nom du corps médical de Besançon et de Franche-Comté, je bois à la prospérité de chacune de vos Sociétés, au progrès infiniment désirable de l'union de ces Sociétés, à l'action de plus en plus profonde et large de la mutualité préparant pour une part l'avènement de la cité de justice.

Le rapport du confrère Bolliet au Congrès des Praticiens de Lille a d'ailleurs mis au point, d'une façon définitive et vraiment inattaquable, les propositions que tout groupement médical bien renseigné doit soutenir et faire accepter devant Union régionale avec laquelle il s'abouche. La besogne est ainsi toute préparée aux Bureaux de nos Syndicats et de nos Sociétés locales, aussi n'hésitons-nous pas à leur dire :

« Quel qu'ait été le résultat de vos conversa-
« tions antérieures avec les Unions départemen-
« tales, reprenez-les ou provoquez-les en donnant
« le rapport Bolliet comme thème à la discus-
« sion, car vous rendrez ainsi service égal à la Mu-
« tualité et au Corps médical, ce qui est bien le but
« à atteindre ».

H. J.

LA SEMAINE MÉDICALE

La tuberculose et le cancer au Congrès de Médecine de Genève.

Les Congrès de médecine se multiplient comme tous les Congrès en général : cette année, il vient de s'en tenir un à Genève. Parmi les nombreuses communications qui ont inondé chaque séance, on peut dire qu'aucune n'apparaît comme étant de nature à révolutionner la science, ni même peut être à la faire avancer beaucoup. Les deux « clous » éternels, le cancer et la tuberculose sont toujours universellement étudiés, mais l'on tâtonne toujours, l'on discute toujours. En réalité, chacun cherche à se faire une publicité aussi profitable que possible, mais rien de nouveau, et surtout rien de solide n'est annoncé. Le Dr Doyen vante toujours les heureux résultats de ses injections anti-cancéreuses, et tandis que de nombreux auteurs font encore espérer la découverte du sérum antituberculeux, d'autres, également nombreux, affirment l'inanité des recherches du côté de la sérothérapie contre la tuberculose et préconisent à nouveau les traitements locaux, particulièrement les inhalations médicamenteuses volatiles par les voies respiratoires.

Le bilan de ce nouveau Congrès est-il donc véritablement négatif et devons-nous nous associer aux esprits sceptiques qui ne croient plus à l'utilité de telles manifestations scientifiques. Loin de nous une pareille tendance ! Les Congrès ont une énorme utilité, en dehors des réclames qu'ils font à certains de leurs membres particulièrement habiles et heureux ; s'ils ne produisent pas souvent de révolutions importantes en science, ils mettent en contact des intelligences, sans cesse dévorées du désir de s'instruire et des bonnes volontés qui ont un idéal commum, bien que les langues et les races diffèrent. A force de se voir et de causer ensemble, on se pénètre et on se connaît mieux ; c'est un moyen de se détester moins et de s'unir davantage pour le progrès universel.

Quelques inconvénients graves de l'Eau oxygénée.

Les *Arch. gén. de Méd.* et la *Revue Crit. de Méd. et de Chir.* citent en quelques lignes un certain nombre des inconvénients occasionnés par l'emploi de l'eau oxygénée en chirurgie.

L'absorption de l'eau oxygénée n'est possible qu'en injection directe dans le système circulatoire. Aussi les accidents locaux auxquels elle expose sont tout à fait bénins et dus toujours à l'impureté du produit. Ce sont des rougeurs, des érythèmes, des ulcérations. Parfois, il se développe autour des plaies un emphysème sous-cutané, mais cet emphysème est nécessaire, dit Malet ; sous l'action de la distension gazeuse, en effet, les trabécules se rompent et le pus s'écoule plus facilement.

Dans les plaies en contact avec le cuir chevelu ou des régions pileuses, il faudra se rappeler que l'eau oxygénée a une action décolorante.

Dans les cavités naturelles, l'eau oxygénée peut produire certains troubles pénibles, en déterminant une distension douloureuse. C'est ainsi qu'après avoir été conseillés dans les cystites rebelles, les lavages à l'eau oxygénée sont aujourd'hui abandonnés.

Dans les cavités anfractueuses, à la suite de plaies contuses, dans les poches à parois faibles, la distension produite par l'eau oxygénée ouvre des espaces dans lesquels peut fuser l'oxygène entraînant avec lui des microbes qui vont porter plus loin l'infection. C'est là une complication à l'appui de laquelle Coudrain apporte une observation. Il s'agissait d'une appendicite opérée et drainée qui se compliqua d'abcès secondaires à la suite de lavages à l'eau oxygénée.

Enfin on a accusé l'eau oxygénée d'exercer une action désorganisatrice sur le catgut et de faciliter les hémorragies secondaires.

C. Moreau ayant observé une hémorragie secondaire foudroyante à la suite d'une amputation de cuisse, huit jours après l'opération, avait accusé l'eau oxygénée au moyen de laquelle on avait lavé la plaie. Mais Thiriar et Moreau lui-même ont reconnu que l'eau oxygénée qui ne renferme pas trop d'HCl, n'a aucune action sur le catgut.

En injections enfin, l'eau oxygénée pourrait produire des accidents emboliques.

Paul Bert pensait qu'au contact du sang, l'eau oxygénée se détruisait immédiatement et que l'oxygène, mis en liberté, pouvait, dès lors, produire des embolies mortelles.

Pour Laborde et Quinquaud, les embolies ainsi observées seraient dues à la rapidité de l'injection dans la veine ; quand on a soin d'injecter lentement l'eau oxygénée, on trouve bien des bulles d'oxygène dans les vaisseaux, mais elles sont rapidement absorbées.

L'accroissement du poids et de la taille des nourrissons

D'après M. le Dr Paul Lascoux, de Paris, la taille est un facteur aussi important à considérer que le poids dans la croissance des enfants normaux et surtout dans les anomalies de la croissance.

Dans les premiers jours de la vie, il y a déjà une dissociation physiologique entre le poids et la taille ; alors que l'enfant a gagné 2 centimètres environ le dixième jour, il a un poids qui n'est pas sensiblement différent du poids initial. Le rapport de la taille au poids est plus élevé au dixième jour qu'à la naissance.

Dans l'hypotrophie infantile, le poids et la taille sont inférieurs à la normale ; les courbes de poids et de taille de ces enfants se dessinent au-dessous des courbes normales établies d'après les tables de croissance de Bouchaud.

L'atrophie en poids est constamment plus considérable que l'atrophie en longueur. Il y a dans ce processus d'hypotrophie une dissociation de croissance comparable à la dissociation physiologique du dixième jour. Le rapport de la taille au poids est plus grand chez les hypotrophiques que celui des enfants normaux du même âge ; cette proposition est analogue à celle qui a été énoncée pour le dixième jour.

Il y a inversion de la formule dans le myxœdème et l'achondroplasie, où l'atrophie en longueur l'emporte sur l'atrophie en poids.

L'accroissement de poids et l'accroissement de taille sont deux modalités de la croissance, qui ont chacune leur individualité, et l'on peut voir, à l'état pathologique, les nourrissons perdre du poids, pendant que leur taille continue à s'accroître, par un processus comparable à celui que l'on observe dans les pyrexies de l'enfance.

L'accroissement de la taille est subordonné à la nutrition du squelette et au travail physiologique spécial qui s'opère surtout dans les épiphyses. Le système osseux a un mode de nutrition qui lui est propre au milieu de tous les autres tissus ; il se rapproche en cela du système nerveux qui est normalement en anticipation de croissance sur presque tous les autres organes.

La taille n'étant pas sujette à des fluctuations sous des influences morbides multiples, est mieux que le poids en rapport avec l'âge des enfants. On peut dire des hypotrophiques qu'ils ont « l'âge de leur taille ».

En conséquence, c'est toujours à leur taille qu'il faudra se rapporter dans l'appréciation de leurs diverses fonctions ; ils se comportent en effet à tous points de vue et se développent comme des enfants de leur taille.

C'est la taille qui devra servir de guide pour l'alimentation des hypotrophiques. La ration quotidienne de lait sera évaluée suivant le poids qui correspondrait normalement à leur taille, en acceptant comme moyenne, variable d'ailleurs suivant les circonstances, le septième de ce poids.

Hypnotiques modernes.

La Rev. de Thér. médico-chirurg. et le *Répertoire de Pharmacologie* donnent le compte rendu analytique d'une discussion qui a eu lieu au sein de la Société de médecine interne de Berlin sur les hypnotiques modernes. Dans un rapport présenté à cette Société par M. Ziehen, celui-ci a étudié l'action des hypnotiques dans les affections nerveuses. L'insomnie, dit-il, peut tenir : 1° à une excitabilité affective exagérée ; 2° à des troubles moteurs ; 3° à la difficulté de s'endormir.

Dans le premier cas, les *bromures* sont plutôt indiqués ; dans les cas graves, le *neuronal* et le *bromural* agissent plus énergiquement que les médicaments du même groupe ; pour le deuxième groupe, l'*hyoscine* et la *duboisine*, aux doses de 1/3 à 1/2 milligr. par la bouche, donnent de bons résultats.

La *paraldéhyde*, à la dose de 3 à 4 gr., n'est pas dangereuse, et l'on peut dissimuler sa saveur désagréable en la prenant dans du vin rouge. Son action n'est pas durable.

Le *chloral* ne devrait pas être employé comme hypnotique, à cause de ses effets accessoires dangereux.

L'*isopral*, qui agit sur le cœur dès qu'on atteint la dose de 1 gr.50, présente néanmoins l'avantage de provoquer rapidement le sommeil (10 à 30 minutes).

Le *dormiol* a des effets aussi prompts, et il n'influence pas le cœur.

Le *trional* n'est pas utilisable chez les malades qui ont de la peine à s'endormir, parce que son action est souvent lente ; on pourrait le prescrire associé à d'autres hynotiques, la paraldéhyde, par exemple.

Le *véronal* a des effets thérapeutiques analogues à ceux du trional. Il est curieux de constater que l'accoutumance au véronal s'applique au trional, et *vice versa*, chez un malade donné ; on ne saurait donc remplacer l'un par l'autre lorsque l'accoutumance se manifeste.

L'*hédonal*, du groupe de l'uréthane, n'agit pas aussi sûrement que le trional et le véronal, mais l'accoutumance est minime, et les effets accessoires sont nuls.

Le *proponal* serait un bon hypnotique s'il n'était pas dangereux ; la dose ne doit pas dépasser 0 gr. 50, et l'effet hypnotique ne se produit qu'à partir de 0 gr.30. La dose maniable est donc très limitée.

En résumé, il est bon de varier fréquemment les hypnotiques ; on peut aussi associer plusieurs hypnotiques dans une prescription ; on retarde ainsi l'accoutumance, et l'on évite les accidents.

M. Fraenkel recommande de toujours administrer les hypnotiques à l'état dissous ; en cas d'insomnie chez un pneumonique ou un typhique, il préfère la *morphine* et la prescrit dès que l'insomnie apparaît, afin d'éviter que celle-ci ne provoque des troubles cardiaques.

L'insomnie des cardiaques sera combattue de même ; on peut aussi: avec chance de succès, injecter 3 centigr. d'*héroïne*.

L'injection de *scopolamine* donne de bons résultats dans l'insomnie des alcooliques.

Le radium contre les néoplasies et contre certaines dermatoses rebelles.

Au X[e] Congrès de médecine qui vient de se tenir à Genève, MM. Wickham et Degrais, de Paris, ont apporté de nouveaux faits sur l'incontestable efficacité du radium contre les néoplasies cutanées, angiomes, chéloïdes, dermatoses rebelles.

D'après leurs conclusions les principales affections susceptibles de régresser par la simple influence radio-active sont :

1° Les tissus cancéreux, épithéliomas de la peau et des muqueuses. Les auteurs ont observé aussi des arrêts de développement et des régressions très nettes de grands carcinomes sous-cutanés inopérables et de masses ganglionnaires d'infection secondaire.

2° Les tumeurs angiomateuses (taches de vin et tumeurs), dont quelques-unes, malgré leurs dimensions considérables comme on les rencontre parfois chez les bébés ont pu s'affaisser et régresser.

3° Les tumeurs chéloïdiennes, soit celles dites spontanées, soit celles qui compliquent les cicatrices.

4° Certaines dermatoses chroniques, prurigineuses, superficielles, tels que névrodermites, lichénifications, prurits localisés, eczémas.

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

Clinique d'accouchements Tarnier : M. le Professeur Bar.

(*Polyclinique*).

Réduction des procidences du cordon

Pour réduire les procidences du cordon, la main seule est insuffisante. Elle est toujours trop courte et on n'arrive, avec elle, qu'à déplacer la partie fœtale. On doit se servir d'instruments rétropulseurs. En voici un très simple. Il consiste en une sonde, une sonde œsophagienne par exemple, percée de deux trous l'un en face de l'autre à sa partie terminale, et munie d'un mandrin. Le cordon étant dans le vagin, vous passez un fil dans les yeux de la sonde, vous faites avec ce fil un nœud qui prend et fixe le cordon à l'instrument. Vous repoussez alors l'anse procidente dans l'utérus : la réduction est obtenue quand l'extrémité de l'instrument est au fond de l'utérus. Vous retirez le mandrin et vous laissez la femme accoucher de son enfant et de la sonde.

Enfant mort dans l'utérus

Voici une femme enceinte de six mois qui, sans raison, ne sent plus remuer l'enfant. A l'auscultation, on ne perçoit plus les battements du cœur fœtal. A ces deux signes de mort de l'enfant s'en joint un troisième, dont je vais dire un mot : l'urobilinurie.

Habituellement, la femme enceinte ne présente pas d'urobilinurie. On a considéré ce phénomène comme un signe de mort de l'enfant et on en a donné l'explication suivante. L'urobiline provient de la destruction des globules du sang. Le fœtus étant mort, il se peut qu'il y ait résorption de la dissolution sanguine, d'où urobilinurie. Nous avons trouvé ici de l'urobilinurie en recherchant les réactions et les caractères spectroscopiques de l'urobiline.

A la vérité, la cessation des mouvements actifs et la disparition des bruits d'auscultation du cœur fœtal sont les deux signes principaux de mort du fœtus. L'urobilinurie est un signe tout à fait adjuvant, de valeur relative, car il existe des faits d'urobilinurie dans la grossesse sans enfant mort.

Signification du vitiligo.

Jeune femme enceinte entrée dans le service avec du vitiligo, des taches au niveau des poignets, des coudes, des hanches. Ces taches sont symétriques sur le corps.

Le vitiligo est une dépigmentation particulière de la peau. C'est un trouble trophique, distribué par plaques, souvent congénital. Il peut arriver que la grossesse rende ces taches congénitales plus apparentes parce qu'elle exagère la pigmentation cutanée périphérique.

Je voudrais attirer votre attention sur un petit point intéressant. Le vitiligo est un trouble trophique, de naissance, probablement sous la dépendance d'une lésion congénitale des centres nerveux (la symétrie l'indique). C'est une maladie de dégénérescence, qui s'observe chez les sujets médicalement tarés, et est probablement liée, dans un grand nombre de cas, à la syphilis. C'est une forme clinique de dégénérescence, transmissible dans les familles. Dégénérescence veut dire possibilité moindre de résister aux heurts de la vie. Notre malade, malgré son apparence vigoureuse, est une amoindrie, moins apte à soutenir les as-

sauts morbides. Je connais, pour ma part, un certain nombre de cas où, chez des femmes atteintes de vitiligo, l'infection du post-partum a été très grave.

Aussi, chez les femmes enceintes ayant du vitiligo, redoublez de précautions. Faites une antisepsie plus attentive encore et gardez-vous de trop employer les agents toxiques, comme le sublimé. Si vous voyez apparaître de l'infection, sachez que vous aurez des difficultés. Nous touchons là à une grosse question de biologie : la capacité de résistance à l'infection. Vous connaissez les recherches poursuivies sur le pouvoir opsonien des globules blancs. Vous savez que nous résistons aux infections par la production de globules blancs, mais le pouvoir qu'a chacun de nous de produire ces globules blancs est individuel et la puissance des globules varie. Tel individu produit des globules blancs capables d'absorber 7, 8, 10 micro-organismes, tel autre 1 ou 2 seulement. Cette variabilité de résistance tient à des conditions particulières (vaccination, par exemple) et surtout au facteur personnel. Eh bien, chez la femme présentant du vitiligo, le pouvoir opsonien des globules blancs est probablement moindre.

Conséquences obstétricales des opérations sur l'abdomen (laparotomie, hystéropexie).

Nous avons à la clinique une série de femmes qui ont subi des opérations abdominales et sont devenues enceintes. J'ai l'intention, à leur propos, d'attirer votre attention sur les conséquences, en obstétrique, de quelques-unes de ces opérations abdominales.

Une opération sur le ventre, une laparotomie, considérée en tant que laparotomie, a-t-elle nécessairement des inconvénients graves pour la grossesse et l'accouchement ? Non. Cependant, quand une laparotomie a été faite peu de temps avant ou au début de la grossesse, si les sutures sont fragiles, il arrive parfois que la paroi cède. Nous avons précisément dans les salles une malade qui fut opérée étant enceinte de six semaines. La grossesse a continué, mais la paroi abdominale a cédé, et nous constatons aujourd'hui une éventration très marquée. Le fait est-il commun et doit-il être considéré comme une contre-indication à la laparotomie chez la femme enceinte ? Non. Chez notre malade, par exemple, l'éventration s'est produite parce qu'il y a eu incident opératoire. Il faut néanmoins être prévenu du fait, et redoubler d'attention pour obtenir une bonne suture.

Il est toute une série de petits accidents observés dans les cas de laparotomie pratiquée au début de la grossesse. Laroyenne a vu une femme chez laquelle on avait enlevé un kyste de l'ovaire. Un mois après, l'opérée rentre chez elle et devient enceinte immédiatement. Un jour, on la ramène à l'hôpital. Elle est exsangue. On diagnostique une hémorragie interne abdominale et on opère : on trouve que la ligature de soie avait lâché. D'où ce conseil à donner aux opérées : ne pas devenir enceinte trop tôt après l'opération.

Les conséquences obstétricales des laparotomies ont surtout été étudiées lorsque l'intervention porte sur l'utérus. Voici la myomectomie. On a observé à sa suite, parfois, une sorte de hernie au niveau de la partie opérée. Voici, ensuite, l'hystéropexie. Ce sont les cas les plus communs. En 1889, Küstner apporta un certain nombre d'observations d'hystéropexie et d'accidents de grossesse consécutifs. Nous possédons maintenant sur la question d'assez nombreux travaux. Je vais vous présenter d'abord deux femmes du service. La première, après deux grossesses, en 1900 et en 1901, sans incident, fait un avortement en 1904. A ce moment, on lui découvre un utérus basculé et on pratique l'ablation d'un ovaire et une hystéropexie. Elle redevient enceinte un an après. Au cinquième mois de cette grossesse, elle ressent des douleurs très vives dans le ventre, localisées à la face antérieure de l'abdomen et, à sept mois et demi, elle accouche prématurément d'un enfant atteint de malformations. Enceinte une autre fois, elle commence à nouveau à souffrir vers le sixième mois, et elle accouche régulièrement à terme. Voyez la cicatrice : elle est très belle. Quand on saisit la paroi abdominale, on constate une adhérence de la cicatrice à l'utérus sous-jacent. Ce sont ces adhérences, consécutives à l'hystéropexie, qui ont entravé le développement de l'utérus, amené des douleurs et l'accouchement prématuré Aujourd'hui, les adhérences sont plus lâches, ce qui a permis sans doute l'accouchement à terme.

Autre femme, différente celle-là. Chez elle, les adhérences de l'utérus à la paroi abdominale sont très fortes et cependant la grossesse a été conduite à terme. Je reviendrai tout à l'heure sur cette particularité.

Quelles sont donc les conséquences de l'hystéropexie sur la grossesse ? Dans une statistique portant sur 112 cas de grossesse après hystéropexie, M. Demelin signale 20 cas (17 %) d'accouchement prématuré, 14 cas d'avortement. Dans une autre statistique de Kustner, sur 98 cas il y a eu 15 avortements. On peut dire, par conséquent, que, d'une façon générale, quand il y a eu hystéropexie, si la femme devient enceinte, elle a plus de chances de faire un accouchement prématuré ou un avortement. Mais, objecterez-vous, est-on sûr que ces accouchements prématurés soient tous dus à l'hystéropexie ? Il est probable, certes, que d'autres causes sont intervenues ; il n'en est pas moins certain qu'une femme ayant subi cette opération est plus sujette, par cela même, à l'avortement. D'ailleurs, l'avortement causé par l'hystéropexie à une allure un peu particulière. On est prévenu de sa production. L'avortement en question n'est jamais soudain et une série de symptômes l'annoncent. Les douleurs se réveillent au niveau de la cicatrice et il n'est pas rare de sentir, au moment de ces douleurs, l'utérus se contracter. Outre les douleurs, on observe assez fréquemment aussi des hémorrhagies qui se répètent tous les jours, tous les deux jours.

De quels facteurs dépendent, en pareil cas, les chances d'avortement ou d'accouchement prématuré ?

Il y a, en premier lieu, le facteur personnel. Tant vaut l'utérus, tant vaut la grossesse. Il est des utérus qui supportent tout. Ainsi, notre seconde femme, malgré ses adhérences serrées, a conduit sa grossesse à terme. La première, avec ses adhérences moindres, a accouché prématurément. Il faut donc tenir compte de l'élément personnel. Cette réserve faite, il n'en est pas moins vrai que le risque varie suivant la disposition anatomique. Les hystéropexies dans lesquelles on a fixé le fond de l'utérus sont plus graves que celles où l'utérus a été fixé par sa paroi antérieure. De même, les hystéropexies qui fixent l'utérus sur une grande partie sont plus défa- vorables que celles qui le fixent sur une p[illegible] partie. Celles qui le fixent étroitemer[illegible] également plus sérieuses que celles [illegible] faiblement. La grossesse, il est v[illegible] adhérences plus lâches.

[illegible]

Nous venons de voir les conséquences de l'hystéropexie pendant la grossesse ; considérons maintenant ses conséquences pendant l'accouchement. L'accouchement. alors, est généralement lent. Il y a inertie utérine. Quand il existe une présentation vicieuse, les conditions sont plus défavorables qu'à l'ordinaire. Ce n'est peut-être pas là encore le danger le plus sérieux. La complication la plus importante est l'hémorrhagie de la délivrance. Même lorsque les adhérences sont minimes, il est fréquent d'observer des hémorrhagies graves, parfois incoercibles, par inertie utérine.

Pour résumer, je dirai que toute femme ayant subi l'hystéropexie peut être réputée dans un état pathologique, quant à la grossesse. Il est possible que les choses aillent bien, mais elle est exposée à l'avortement, à l'accouchement prématuré. à la lenteur du travail, à l'hémorrhagie de la délivrance par inertie utérine. inertie particulière, tenant à ce que l'utérus retenu en haut, se contracte difficilement ; inertie qui résiste aux moyens habituels et peut exiger la rupture des adhérences utéro-abdominales.

Aussi, dans votre pratique, quand vous aurez une femme jeune, susceptible d'avoir des grossesses, ne vous hâtez pas trop de conseiller l'hystéropexie.

Leçon recueillie par le Dr P. LACROIX.

MÉDECINE PRATIQUE

Les accidents causés par les vers intestinaux.

Très nombreux et très variés sont les accidents causés par les vers intestinaux chez l'homme et, en particulier, chez l'enfant.

D'une façon générale, les classiques insistent peu sur ces accidents, qui cependant peuvent revêtir une allure extrêmement grave et donner lieu à de formidables erreurs de diagnostic. En certains pays, les parasites vermineux intestinaux abondent du fait de la malpropreté des habitants et du défaut d'hygiène permanent. En Bretagne, par exemple, un de nos confrères nous signalait récemment la fréquence de ces sortes d'épidémies. Quand on est averti de la possibilité de tels accidents par l'habitude de la pratique régionale, il est rare que l'on fasse un diagnostic erroné ; mais supposons qu'un jeune « savant » des grandes villes, tout imbu des théories modernes et des découvertes les plus récentes, soit appelé à se prononcer sur un de ces cas mystérieux et affolants où un malheureux enfant se pâme dans d'affreuses convulsions, sa clairvoyance pourra être surprise et son pronostic sera ultra-pessimiste. Il pourra se lancer dans un traitement abracadabrant (mercure, collargol, ponction lombaire, etc.), qui aggravera l'état du malade, alors que, survenant par hasard, le bon praticien de campagne avisé obtiendra une « miraculeuse guérison », avec de l'huile de ricin et de la santonine. Naturellement, ce dernier sera couronné de lauriers et monté sur un piédestal de gloire pour son flair et sa divination d'oracle.

La question vaut donc la peine, croyons-nous, d'être examinée de près et surtout d'être mise en vedette pour que « nul n'en ignore ». Bien entendu, nous n'envisagerons ici que les vers intestinaux proprement dits, c'est-à-dire, les ascarides lombricoïdes, les plus terribles de tous chez l'enfant, les ténias, les ankylostomes duodénaux et les oxyures vermiculaires, laissant de côté les trichocéphales et autres, qui, pour si redoutables qu'ils soient, ne paraissent pas provoquer des accidents réflexes, surtout chez l'enfant.

I

ASCARIDES LOMBRICOÏDES.

La présence de ces nématodes, longs de 12 à 25 centimètres, selon les cas, de couleur rougeâtre, de forme cylindrique et terminés par un cône à chaque extrémité, occasionne dans l'intestin d'abord, puis dans les différents organes où ils immigrent, des troubles extrêmement variés, de nature, le plus souvent, réflexe. Il est exceptionnel que les ascarides soient isolés ; on en compte généralement deux, trois, etc., jusqu'à quinze, vingt-cinq et davantage. Leurs œufs sont expulsés avec les matières fécales et par conséquent, peuvent se rencontrer dans les régions anales, périnéales, sur la peau des fesses et des cuisses et dans le linge en contact direct avec ces régions (chemise, caleçon, draps de lit, pantalon) ; de même, ils se répandent dans les puisards ou les mares où s'écoulent les matières fécales et peuvent ainsi être ingérés par d'autres individus, soit par l'intermédiaire de l'eau de boisson, soit par les mains souillées portées à la bouche. Chez l'enfant, ce mécanisme de transmission est d'une incontestable fréquence.

L'œuf ingéré est suffisamment protégé par une enveloppe kératinique contre le suc gastrique qui ne parvient pas à le digérer ; il arrive donc dans l'intestin où, grâce à la température favorable, il germe immédiatement. La caractéristique des ascarides lombricoïdes ainsi développés est de parcourir tout le tube digestif au hasard de leurs fantaisies ; ils sont essentiellement mobiles. comme leur nom l'indique « *ascaris* » et peuvent habiter, ainsi un intestin sans provoquer de graves troubles grâce à leur forme arrondie et à leur souplesse de mouvements ; mais, si par hasard, ils touchent une zône réflexogène, s'ils remontent dans l'œsophage, dans le pharynx, dans le nez, dans la trompe d'Eustache et l'oreille moyenne, ils provoquent de l'agitation, de la fièvre, des convulsions épileptiformes, du délire, des douleurs et des cris, des vomissements, en un mot, tout un cortège de symptômes méningitiques ou typhoïdiques. S'ils s'avisent de perforer la paroi intestinale et de provoquer par adhérence un abcès sous la paroi abdominale, au niveau de l'ombilic (comme on en a publié un cas extrêmement curieux), on assiste à une série de phénomènes péritonitiques, qui peuvent faire penser à une appendicite ou à une péritonite tuberculeuse.

Il y a des enfants qui ont des poussées convulsives et délirantes revenant périodiquement comme des crises d'asthme ; les bonnes femmes appellent même cela : des « crises de vers ». Ce n'est certes pas une affection négligeable que cette helminthiase et quand on en a vu quelques exemples, on comprend la terreur des mères et le dicton des familles : « Cet enfant doit avoir des vers ». Evidemment, tous les enfants n'en ont pas, mais beaucoup en ont.

Il faut toujours y songer avant de porter un diagnostic de fièvre typhoïde, d'appendicite, de péritonite tuberculeuse, de méningite, d'abcès otique, de mastoïdite, d'abcès du cerveau. On peut toujours, sans danger, en même temps que l'on institue la médication générale des phénomènes ataxo-adynamiques (frictions, bains, lotions), administrer du calomel et de la santonine pour élucider le problème dès le début ; cette simple précaution permettra souvent de ne pas s'égarer dans des pronostics sinistres et affolants.

II

Tænias

Les tænias sont rares chez les tout jeunes enfants ; comme ces cestodes se transmettent par la viande insuffisamment cuite (tænias), ou par le poisson (botriocéphales), ils ne se rencontrent qu'à partir de deux ou trois ans, puisqu'avant cet âge l'enfant ne mange guère de viande, ni de poisson. Une fois pénétré dans l'estomac, le tænia ne tarde pas à se blottir dans un repli muqueux, où il se fixe par ses ventouses céphaliques ou même par ses crochets (tænia inerme et tænia solium). Le tænia est habituellement isolé, d'où son nom de ver solitaire ; il s'assimile une partie des aliments destinés à son propriétaire, mais ne provoque pas toujours immédiatement de troubles appréciables. Sa présence ne donne pas lieu fréquemment à des douleurs gastralgiques ; toutefois, certains sujets particulièrement nerveux et impressionnables accusent des crampes et des sensations de brûlures épigastriques avant ou après les repas, plutôt avant qu'après ; les aliments les calment, absolument comme les gastralgies nerveuses simples. Mais, jamais ces douleurs ne sont intolérables, ni susceptibles d'amener des convulsions. Ce qui domine dans la symptomatologie des tænias, c'est l'anémie, c'est l'inanition. Le sujet a les yeux cernés, cerclés de jaune ou de noir, le teint pâle, blafard, un peu verdâtre même, les traits tirés et amaigris, enfin il est sans forces, sans courage et pourtant, il mange avec un appétit sans cesse croissant ; les fonctions intestinales sont plus ou moins régulières ; la langue est toujours un peu saburrale à sa base, l'haleine est toujours un peu malodorante, la bouche fréquemment sèche et la soif à peu près permanente, donnant, en somme, les apparences de la fièvre. De plus, le malade porteur de tænia a souvent une petite toux réflexe, moins tenace que celle provoquée par les ascarides, mais quinteuse, exaspérante et inquiétante; tous ces symptômes, en effet, à part la boulimie, qui, entre parenthèse, n'est pas constante, font penser à l'anémie, à la chlorose, à la neurasthénie, au dépérissement par excès sexuels ou onanisme, à la prétuberculose, et même à la tuberculose confirmée. Les risques d'erreur de diagnostic sont donc ici, comme pour les ascarides, grosses de conséquences ; le médecin peut, par imprudence, causer du trouble, de l'affolement, en prononçant devant le malade ou devant son entourage des condamnations trop hâtives.

Le vrai moyen de diagnostic, en effet, j'allais dire le seul, puisque le tænia échappe à nos procédés d'investigation externes (palper, percussion, auscultation), c'est l'expulsion fortuite par le malade de cucurbitains ou de fragments de ruban helminthique, soit à la suite d'un purgatif, soit à la suite d'une diarrhée alimentaire, soit même spontanément, quand le ver déjà long laisse pour ainsi dire desquamer ses derniers anneaux privés de vitalité. Le malade, alors, raconte facilement que plusieurs fois, il s'est aperçu que des fragments blancs assez semblables à des nouilles cuites, sortaient spontanément de l'anus, sans qu'il puisse s'y opposer et s'égaraient le long des fesses ou des cuisses dans sa chemise ou son caleçon, en lui procurant une sensation froide désagréable.

Quand on possède ces constatations caractéristiques, évidemment le diagnostic est élémentaire et enfantin. Mais, combien faute de ces preuves on hésite longtemps et, combien, au grand détriment du malade et de sa propre réputation de sagacité, on flotte du fer au quinquina, du phosphate à l'arsenic, de l'extrait de malt à la poudre de viande, du sérum salé au cacodylate, voire même des stations de montagne aux sanatoria, etc., et le malade promène toujours son « rongeur » qui n'a pas envie de le quitter !

Par prudence donc et dans le doute, à moins qu'un jour, l'endoscopie gastrique permette *facilement* de voir le tænia dans l'estomac, n'omettons pas, chez une personne anémique, gastralgique et affectée d'un toussotement nerveux, ne présentant aucun signe physique précis dans les poumons, aux bases comme aux sommets, de commencer le traitement par un purgatif huileux (en looch ou en capsules), avec association de graines de courge ou d'extrait de fougère mâle. L'examen minutieux des selles sera recommandé au malade, au besoin même dans un seau d'eau tiède et l'on sera ainsi fixé sur un premier point fort important avant de formuler traitement et pronostic ; s'agissait-il d'une anémie symptomatique d'un tænia ?

III

Ankylostome duodénal

Spécial aux habitants des pays de mines, aux puisatiers et peut-être à beaucoup de terrassiers, ce dangereux parasite est demeuré longtemps inconnu à cause de son petit volume. L'ankylostome, dont les œufs se trouvent par milliers dans l'eau et les terrains humides, semés par les déjections fécales des malades peu soucieux des lois de l'hygiène, est vite absorbé soit par les boissons, soit par le contact de mains souillées et portées à la bouche. Il pullule dans le duodénum où il trouve un milieu favorable à sa colonisation. Tous les membres d'une même famille, enfants comme parents, peuvent être atteints de ce mal latent qui détermine une anémie et une maigreur progressives pouvant aller jusqu'à la perte complète des forces et la nécessité d'un séjour au lit. La tuberculose trouve une proie facile sur des terrains ainsi débilités ; la mort même peut être la conséquence de la dysentérie chronique que provoquent ces milliers de parasites.

Le diagnostic est plus facile aujourd'hui, parce qu'on connaît l'extrême fréquence de cette cause d'anémie des mineurs ; toutefois, il faut y penser même chez des gens qui ne sont pas mineurs, mais simplement carriers, terrassiers, champignonnistes, puisatiers. Avant de prescrire la quinine, le fer, l'arsenic, il faut examiner les « fèces » et le contenu d'un ou deux lavages intestinaux administrés comme moyens d'épreuve.

Nous savons que l'ankylostome résiste aux vermifuges habituels et que le meilleur moyen de le détruire, c'est d'en entraver la propagation par la stérilisation complète de ses œufs dans les matières fécales des malades.

Comme moyens de destruction direct des ankylostomes dans l'intestin, on peut essayer la térébenthine en capsules, le naphtol B, l'opium, et les purgatifs. Mais après l'expulsion des vers, la santé du malade est loin de se remettre rapidement ; il faut qu'on lui refasse le sang par un long séjour au grand air et par le cacodylate de soude.

IV

Oxyures vermiculaires

Les oxyures vermiculaires sont de petits fils blancs de un demi à un centimètre de long, extrêmement ténus, et habitant les replis de l'anus, l'ampoule rectale et le rectum. Ces parasites vermineux sont toujours extrêmement nombreux et leur pullulation est très active ; aussi sont-ils

assez tenaces et rebelles aux méthodes de traitement ; il faut les combattre avec persévérance pendant plusieurs semaines pour en venir à bout.

Leur origine est, comme pour les autres helminthes, exogène ; ils paraissent se développer par contagion directe, soit par contact dans le même lit, soit par l'intermédiaire des linges souillés, soit en asseyant l'enfant sans pantalon à même un siège où a été préalablement assis un autre enfant porteur d'oxyures.

Ces parasites provoquent par leur présence différents troubles sans gravité, surtout des phénomènes prurigineux à l'anus, au périnée, à la vulve chez les petites filles, à la verge chez les petits garçons ; ce prurit est souvent suivi de lésions eczémateuses suintantes,de légère leucorrhée ano-vulvaire ou de balano-posthite. Le prurit s'étend souvent par voie réflexe à l'extrémité nasale, d'où cette expression populaire et ce dicton : L'enfant qui se gratte le nez a des vers. De même que les autres parasites helminthiques, les oxyures provoquent parfois de la toux, toux sèche et spasmodique consécutive au chatouillement du pharynx inférieur.

Mais jamais on n'observe ici de convulsions, ni de phénomènes délirants ; les réactions des oxyures sont douces et ne donnent lieu à aucune inquiétude sérieuse. Une seule erreur de diagnostic grave peut cependant être commise. Ces démangeaisons ano-génitales, la leucorrhée concomitante et les excoriations consécutives au grattage peuvent être confondues avec une blennorrhagie ou une manifestation syphilitique. Comme des récits mensongers peuvent égarer l'opinion du médecin, surtout à cette époque de satyres et de viols chez les deux sexes, on ne saurait trop examiner avec soin les régions incriminées et écarter les replis anaux, en prenant la précaution de les frotter avec un peu d'onguent napolitain, pour faire sortir les oxyures de leurs repaires.

Le traitement doit être purement externe puisque les oxyures ne remontent pas plus haut que le rectum ; on a recours aux lavements naphtolés, aux suppositoires à l'onguent napolitain, à l'énésol, etc., ou plus simplement encore aux lavements d'ail bouilli dans du lait et répétés quotidiennement. C'est contre l'oxyure et l'oxyure seulement que le diction populaire est vrai : *L'ail tue le ver.*

M. le Dr Nigay recommande le traitement suivant :

1° Il commence par maintenir l'enfant au régime lacté pendant trois jours ;

2° Il fait prendre chaque matin pendant trois jours un paquet composé de :

Santonine	0 gr. 05
Calomel	0 gr. 10
Sucre de lait	1 gr

3° Il administre chaque soir pendant dix jours un lavement de glycérine coupée de moitié d'eau;

4° Pendant ces mêmes dix jours, il fait enduire la marge de l'anus avec un peu de la pommade suivante :

Glycérolé d'amidon.	30 gr.
Onguent napolitain.	10 gr.

S'il constate encore la présence des oxyures dans les selles, il fait prendre de nouveau des paquets de santonine et calomel pendant deux jours, et il administre, au besoin, un lavement composé de la façon suivante :

Sulfate de fer.....	3 gr.
Glycérine	30 gr.
Eau bouillie.......	250 gr.

S'il s'agit de petites-filles, il enduit la vulve avec la pommade mercurielle ci-dessus, afin d'éviter la pénétration des oxyures dans les parties génitales.

Enfin, il est important de recommander aux enfants de ne pas se gratter et de ne pas s'asseoir à nu.

Dr Paul Huguenin.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

Sur la valeur de la cure de Karell dans le traitement des troubles graves de la circulation, et dans celui de l'adiposité.

De nombreux modes de traitement ont été recommandés pour faire disparaître les troubles graves de la circulation, tels qu'ils se produisent quand la force du cœur diminue. Le médecin doit en pareil cas soit chercher à relever par des médicaments l'énergie cardiaque, soit agir sur la fonction rénale par des diurétiques pour écarter les phénomènes de stase. Mais il lui est également possible dans bien des cas d'exercer une influence heureuse sur ces troubles, et même de les faire disparaître complétement, grâce à de rationnelles prescriptions diététiques. A ce propos, il est une méthode, qui n'a pas pris l'extension à laquelle elle avait droit de par ses excellents résultats : c'est la cure préconisée il y a quarante ans par le médecin russe Karell (*Archives générales de Médecine*, 1868).

Ce régime diététique n'a fait depuis l'objet que d'un petit nombre de travaux scientifiques. Cependant le professeur Lenharzt (de Hambourg) l'utilise beaucoup depuis 15 ans, et il s'en déclare très satisfait.

Il recommande spécialement la cure lactée de Karell dans les affections cardiaques qui s'accompagnent de phénomènes de stase, et il n'est pas rare qu'il en obtienne des résultats surprenants dans les décompensations les plus graves. Lenharzt l'appelle également un remède de valeur dans les faiblesses cardiaques, qui sont la conséquence de l'obésité ; avant d'employer le régime des obèses il prescrit toujours avec beaucoup de succès la cure de Karell.

Le Dr Jacob (*Münch. Med. Wochens.*, 1908, nos 16 et 17), a donc pensé qu'il ne serait pas inutile de faire connaître aux praticiens la façon la plus rationnelle de conduire cette cure si simple et si efficace, de faire connaître ses effets et ses indications, en se basant sur une longue expérience clinique du procédé en question,

Quatre fois par jour, à 8, 12, 4 et 8 heures, le malade reçoit 200 centimètres cubes de lait, cru ou bouilli, porté à la température qui convient le mieux à son goût. En dehors de cela, il ne lui est permis de prendre aucun aliment, ni liquide ni solide, pendant les 5 ou 7 premiers jours.

Pendant les 2 ou 4 jours qui suivent, il reçoit, en outre des mêmes doses de lait données aux mêmes heures, tout d'abord un seul œuf (à dix heures) et un peu de biscotte (à 6 heures) : puis deux œufs avec une petite quantité de pain blanc ou noir ; et, le jour suivant, il prend en plus de la viande hachée, des légumes et du riz au lait, de telle sorte que d'une manière progressive en 2 ou 6 jours ou mieux 12 jours environ après le début de la cure, il soit possible de passer au régime mixte complet : le plus souvent on maintient le lait,

CORRESPONDANCE HEBDOMADAIRE

Dr D., à *Concours*. — Ces jours-ci une question intéressante s'est posée à notre syndicat local : il s'agissait de remplacer le médecin assermenté de l'administration, récemment décédé.

Le syndicat a décidé à l'unanimité de demander par lettre individuelle au Préfet que tous les médecins d'ici puissent être assermentés et délivrer des certificats *valables* pour les fonctionnaires aux yeux de l'administration.

Il me semble que cette demande est juste et d'esprit syndical.

Mais, comme sanction, on a ajouté que si un seul médecin était nommé par l'administration, il y aurait lieu qu'il refusât le poste.

C'est une sorte de grève.

Est-elle possible ? l'esprit syndical exige-t-il cette sanction ?

Une administration en particulier n'a-t-elle pas le libre choix médical ?

Par exemple, sous prétexte de confraternité et égalité médicale, peut-on exiger qu'un préfet, chef administratif, nomme un médecin notoirement hostile au régime ?

Je serais heureux d'avoir votre avis à ce sujet, connaissant votre raison et votre bons sens pour toutes ces questions.

Réponse. — La double décision du Syndicat de X.., est absolument conforme à la règle syndicale et à l'esprit de déférence pour la dignité professionnelle.

Quand l'Etat, par la voie de son administration, octroie officiellement *par une faveur arbitraire* (nulle loi n'a créé le médecin assermenté) sa confiance au seul Dr X., sympathique au régime, il met en suspicion et en infériorité tous ceux auxquels il la refuse comme si leur conscience ou leur capacité ne valaient pas celle de l'élu de la coterie.

Un Syndicat, Société égalitaire, qui s'interdit les bénéfices de la faveur politique, ne peut pas s'incliner devant ces fantaisies sans renier sa raison d'être.

Un syndiqué qui s'en ferait le complice en acceptant la fonction dévolue ainsi, violerait le pacte syndical et tomberait sous le coup des sanctions.

Si l'administration se défie des constats du médecin traitant, parce qu'il est l'homme de confiance du fonctionnaire malade, qu'elle fasse contrôler *à ses frais, par un médecin qu'elle payera* : (l'assermenté est payé par le fonctionnaire non par l'administration, qui gratte ainsi à de pauvres diables le traitement de son contrôleur policier.)

Suite page X.

quelquefois on le remplace partiellement par du thé, mais il ne faut pas, durant les 2 ou 4 semaines qui suivent, dépasser la quantité quotidienne totale de 800 centimètres cubes de liquides.

Il est très important, durant toute la cure, de veiller à ce que les fonctions intestinales s'accomplissent normalement, et de prescrire au besoin des purgatifs.

La morphine, qui dans presque tous les cas, a déjà été prescrite antérieurement, peut être, en règle générale, supprimée au bout de 1 à 3 jours quand la dyspnée angoissante et la sensation d'oppression ont disparu.

Ce régime, en apparence plutôt sévère, est facilement accepté par la plupart des malades. La chose est d'autant plus vraie que ceux qui souffrent d'un état de faiblesse grave de cœur avec des troubles de compensation, présentent en même temps un catarrhe de stase de tout l'appareil digestif, qui détermine de l'inappétence et même du dégoût pour toute alimentation solide. Le plus souvent, la réduction des aliments liquides n'est désagréable que pendant les trois premiers jours, et les malades s'y habituent avec une extraordinaire rapidité, sans qu'il leur soit nécessaire de lutter contre la sensation de soif, en se gargarisant avec des liquides quelconques.

La cure de Karell, réglée ainsi qu'il vient d'être dit, est une cure de décharge et de ménagement pour le cœur. Elle est indiquée dans la faiblesse cardiaque aiguë ou chronique, et permet d'espérer de bons résultats, quand, en plus de la dyspnée et de la cyanose, il existe une hydropisie plus ou moins marquée de la peau et des muqueuses. Cependant ses effets sont meilleurs quand les troubles sont dus à une myocardite d'origine artério-sclérotique que quand ils ont pour substratum des altérations valvulaires : et malgré cela, son action peut être excellente en ce dernier cas si les autres médications ont échoué. La cure se montre moins efficace quand il y a cyanose, dyspnée, bronchite de stase, congestion hépatique sans épanchements des séreuses et sans anasarque : ici une cure au calomel trouve plutôt son indication.

Quelques conditions sont nécessaires au succès : c'est d'abord un pouls suffisamment fort pour laisser supposer l'existence d'un certain pouvoir d'adaptation du cœur ; c'est ensuite un parenchyme rénal encore susceptible d'éliminer l'eau et les sels. Aussi doit-on écarter les cas où le pouls misérable et imperceptible réclame rapidement une action directe sur le cœur, les néphrites parenchymateuses, mais non les néphrites artério-sclérotiques.

L'avantage fondamental de la cure de Karell consiste à accorder un minimum de travail à un cœur subitement surmené, ou progressivement surmené durant des semaines et des mois : le malade garde en effet le lit, et c'est à des intervalles réguliers seulement qu'on lui donne des doses toujours très petites d'un aliment particulièrement assimilable, renfermant les substances nutritives les plus importantes. Dans ces conditions, il n'est pas rare de voir rapidement la diurèse augmenter, le pouls, qui, au début était petit, irrégulier, inégal, devenir meilleur, et tous les phénomènes de décompensation disparaître. Très vite aussi on observe une amélioration des symptômes subjectifs : dyspnée, sensation d'oppression, inappétence, si bien que le malade, qui durant des semaines, devait rester jour et nuit assis dans son fauteuil, change complètement d'aspect dès le 3e jour, et commence à dormir sans morphine, en se couchant soit sur le dos, soit sur le côté. Ces prompts avantages font oublier les inconvénients de la cure ; mais, encore une fois, on ne les obtient qu'en exécutant strictement les prescriptions énoncées ; ce minimum de liquides absorbés (4 fois par jour 200 cc. pour les adultes, 150 cc. pour les enfants) amène un changement complet dans le mode d'alimentation des malades ; il est le principe de la cure, et il faut se garder de permettre l'absorption d'autres quantités de lait et même d'eau en dehors des heures fixées.

Les effets de la cure sont progressifs ; la diurèse augmente lentement les premiers jours, pour atteindre son maximum le 3e jour, ou même seulement le 4e ou le 5e jour ; aussi faut-il rendre cette cure très stricte pendant un nombre déterminé de jours (5 ou 7) et ne permettre un peu plus de travail pour le cœur qu'au moment où les œdèmes et autres phénomènes de stase ont disparu.

Doit-on joindre l'action de certains médicaments à celle du régime spécial de Karell pour améliorer l'état du cœur ? Plusieurs cas se présentent.

Certains malades ont déjà subi un long traitement ; ils ont pris plusieurs variétés de préparations digitaliques, mais n'y réagissent plus. Chez ceux-là, il est indiqué d'interrompre complètement tout traitement médicamenteux pour un certain temps, et souvent la cure de Karell permet d'obtenir d'excellents résultats ainsi que de faire disparaître les phénomènes de stase sans digitale. Cependant si, au bout de 8 ou 10 jours, à la fin de la cure, le pouls reste encore irrégulier et mauvais, on se trouve déjà bien de l'administration d'un gramme de digitale en 3 jours. D'autres fois, le pouls est très petit et mauvais, il est alors préférable de donner avant toute cure, ou en même temps que l'on commence la cure 1 ou 2 grammes de digitale (en 2 ou 5 jours) ; dans ces conditions il n'est pas rare de voir disparaître les œdèmes, même si auparavant la digitale n'avait pas produit d'effets. A ce propos, nous rappellerons que dans les cas où la digitale, administrée suivant le mode habituel, reste sans effets, Huchard prescrit généralement la combinaison pendant cinq jours du traitement digitalique et de la diète lactée ; il obtient souvent des résultats extraordinairement rapides et bons, mais il permet un litre et demi par jour.

Voici à présent quels sont les effets diurétiques de la cure de Karell : la diurèse, avons-nous déjà dit, augmente progressivement pour atteindre son maximum le 3e et le 4e jour, plus rarement le 2e et le 5e jour. Le plus souvent la quantité d'urines émise est durant plusieurs jours égale au double ou à 3 fois la quantité des liquides absorbés (800 cc.) ; il n'est même pas rare d'obtenir un véritable flot d'urines, jusqu'à 5 litres, ce qui ne s'obtient généralement que dans les cas où la digitale ou le calomel se montrent particulièrement efficaces, si bien que les œdèmes disparaissent en quelques jours, en même temps que se produit une perte de poids souvent considérable (26, 28, 32 livres en 6 jours !) Ce dernier phénomène peut s'expliquer soit par une action directe sur les reins, soit par l'apport d'une alimentation très pauvre en chlorure de sodium, soit par une augmentation de l'énergie cardiaque, qui est consécutive à la diminution de son travail. La diurèse abondante permet ainsi l'élimination de ces toxines que l'énergie diminuée d'un cœur fatigué avaient laissées s'accumuler dans l'organisme pour produire des troubles subjectifs : oppression, malaises, inappétence, etc. C'est pourquoi on les voit disparaître au moment de la crise urinaire.

Quand les troubles de la circulation abdomi-

nale prédominent, il arrive parfois que la congestion hépatique et l'ascite ne disparaissent pas complètement ; il suffit alors d'employer le calomel, qui, par son action sur l'intestin et sur les reins amène la guérison définitive.

***

Lenhartz eut aussi l'idée d'employer la cure de Karell dans les cas de faiblesse cardiaque liée à une énorme adiposité ; il obtint de bons résultats, et comme cette cure amenait en même temps qu'une amélioration de l'état du cœur, la diminution notable de poids, dont il a été question plus haut, l'auteur en arrive à considérer cette cure spéciale comme la première étape du régime des obèses, même lorsque les troubles circulatoires sont peu marqués. Il s'agit alors d'adipeux simplement bouffis, chez lesquels la palpation de la peau et des muscles donne une impression spongieuse ; les œdèmes ne sont point nécessaires, chez ceux-ci l'absorption habituelle de grandes quantités de liquides, l'excès du poids du corps augmentent le travail du cœur, surtout quand celui-ci n'est pas fortifié par des exercices corporels suffisants, et quand sa contraction est gênée par le tissu adipeux qui envahit les intervalles de ses fibres musculaires. En pareil cas, la cure de Karell, véritable régime de ménagement, soulage le cœur et fait perdre à l'organisme une grande quantité de liquide. La diurèse augmente, en effet, et reste longtemps supérieure aux liquides absorbés ; le poids du corps diminue régulièrement. On peut seulement voir combien grande était la quantité de liquides accumulée sous la peau quand on remarque après la cure l'état de tension moindre du revêtement cutané, la mollesse des muscles, et la perte en poids (5 à 10 kgs en 6 à 8 jours).

Pour obtenir des résultats satisfaisants, il est bon cependant de faire masser le malade dès qu'il a quitté le lit, de lui faire effectuer des mouvements passifs, de fortifier par la marche et la gymnastique son système musculaire tout entier, et particulièrement son muscle cardiaque. L'hydrothérapie est également très recommandable. La digitale n'est prescrite, suivant le mode habituel (1 gramme en 3 jours) que si le pouls reste petit et irrégulier pendant un certain temps. Cependant, pour éviter tout accident, il convient de surveiller attentivement son malade, qui gardera un repos complet au lit pendant 8 ou 10 jours : le travail doit être réglé d'une manière progressive en tenant compte de l'état du pouls ainsi que des sensations subjectives et objectives.

Ajoutons encore qu'il existe des contre-indications à la cure de Karell ; Jacob les a établies d'après l'expérience clinique et anatomo-pathologique, et il affirme que cette cure ne doit jamais être entreprise chez un malade atteint de dégénérescence du cœur, que celle-ci soit due à des troubles de nutrition du myocarde (sclérose coronaire), ou bien à des processus inflammatoires soit aigus, soit chroniques du cœur, ou bien à son envahissement par du tissu adipeux. Dans ces conditions l'insuccès est total et il en est de même pour le traitement des troubles circulatoires par la digitale : cet échec des cures diététique et digitalique possède une grande valeur pronostique.

PRATIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE
DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

XIV

E. 2. — Ponctions dans les diverses cavités suivies ou non d'injections.

Honoraires : Dix visites ou consultations.

Ce paragraphe vise les cas où il faut évacuer un vaste épanchement, les ponctions d'ascite, d'hydrocèle, de la vessie quand la sonde n'a pu passer.

Pour les pleurésies, il faut distinguer la ponction simple de l'empyème qui est prévu à un autre endroit du tarif et donne droit à un honoraire plus élevé. La ponction simple ne sera comptée qu'au prix de dix visites ou consultations.

Nous aurons certainement à faire des ponctions dans des foyers purulents et à les faire suivre d'injections. La tuberculose est une complication fréquente des accidents du travail, ceux-ci agissent comme cause révélatrice ou comme cause aggravante. Nous savons tous les beaux résultats que donne le traitement conservateur, méthode de Calot, de Lannelongue, etc.

Emploiera-t-on l'éther iodoformé, l'éther iodé, qui paraît actuellement en faveur, ou le naphtol camphré ? Ce sera surtout une affaire d'habitude.

Faisons surtout ce que nous savons bien faire.

Puisque j'ai parlé d'hydrocèle, je crois devoir ajouter que mes préférences ne vont pas à la ponction suivie d'injection.

La réaction qui suit l'injection est fort douloureuse et la récidive n'est pas une rareté.

La cure radicale est autrement plus sûre et certainement moins douloureuse, soit qu'on excise la vaginale soit qu'on fasse le retournement comme le conseille Doyen.

On se trouvera bien pour les pansements de cette région de l'emploi du caleçon de bain. On trouve partout de ces caleçons de coton dits : Cache-c...l. On y adapte des bretelles et on s'arrange pour relever les bourses et la verge, faisant en sorte que le caleçon soit bien tendu.

Plus il est plaqué, mieux le malade se trouve. Un petit trou par devant permet de faire passer la verge, et de l'autre côté une fente à laquelle on adapte des cordons facilite les évacuations plus sérieuses.

Quand on a pris la précaution de demander deux de ces caleçons, pour qu'on puisse faire le rechange avec le lavage, on est surpris de la rapidité avec laquelle se font les pansements.

C'est beaucoup plus pratique que les spicas, qui tiennent mal et gênent le malade. J'emploie depuis longtemps le caleçon pour les hernies, les hydrocèles et les autres interventions portant sur l'aine, j'y trouve un très réel avantage.

Pour la circoncision, c'est très pratique également.

E. 3. — Réduction de luxations ne cédant pas aux méthodes de douceur, du poignet, du maxillaire inférieur, de la rotule sans délabrement.

Honoraires : Dix visites ou consultations.

Cet article prévoit une première tentative « de douceur », non suivie de résultat. Il est donc à supposer qu'on aura recours au chloroforme ; il y aura à tenir compte, dans l'établissement de la note d'honoraires, de la tentative antérieure et, pour le cas particulier, de mentionner l'anesthésie générale, l'aide ou les aides, etc., etc.

Disons tout de suite combien sont rares les luxations du poignet. La complexité de cette articulation et les éléments dont elle est formée en même temps que la multiplicité des ligaments et leur peu de laxité, font que toute déformation un peu marquée doit faire craindre une fracture.

Nous ne méconnaîtrons donc pas l'entorse, la foulure, mais nous serons très prudents sur le diagnostic de luxation du poignet.

Quand nous aurons un doute, et ce sera la règle, il faudra faire faire une radiographie.

Nous pouvons même poser en principe que nous aurons moins de chance d'erreur en baptisant ces cas du nom de fracture qu'en en faisant des luxations.

Ceci dit, et sous le chloroforme, en s'aidant du secours de l'épreuve radiographique, on devra, autant que le gonflement le permettra, pétrir la main et s'efforcer de réduire. Il sera fait beaucoup de réserve quant au pronostic. Le massage et la mobilisation précoces seront ici bien indiqués. Ce sont là de bien mauvais cas et chez l'ouvrier où la main est si précieuse, il est nécessaire d'apporter au traitement nos soins les plus éclairés.

Luxation du maxillaire inférieur.

Parfois très facile, cette réduction donne dans d'autres cas beaucoup d'ennuis.

J'ai souvenir d'une grande jeune fille auprès de laquelle un confrère avait été appelé et qui après maints efforts me fit demander.

Peine perdue et je dus y renoncer.

On fit appel à un troisième qui vint vers minuit et qui eut la chance et... l'habileté de réduire en un clin d'œil. C'est qu'il y a la manière et que nos efforts, bien que très louables, peuvent n'être pas dirigés dans le sens voulu.

En présence d'une luxation de la mâchoire inférieure, reconnaissons d'abord le sens de la luxation. Ce sera facile à cause du ressaut que nous sentirons au niveau de l'articulation.

La patient est assis sur une chaise basse, de manière que nous puissions ajouter à notre effort le poids de notre corps ; au besoin nous nous ferons mettre un tabouret ou des livres sous les pieds.

Il faut *abaisser*, *refouler en arrière et ramener la mâchoire en avant* : ce sont les trois temps de la réduction.

On garnira les pouces d'un peu de linge, car les dents peuvent nous couper les doigts, on cherchera à vaincre la résistance musculaire par un effort sans brutalité,on se rappellera qu'il faut refouler le maxillaire et c'est la raison qui oblige à faire fixer la tête contre la poitrine d'un aide ou bien à l'appliquer contre un mur ou un meuble.

Il est rare que ce procédé échoue. Cependant, si on n'a pas le résultat espéré après trois ou quatre tentatives, il faut séance tenante donner du chloroforme et on opérera alors avec le patient couché.

On se placera en arrière de la tête, on fera effort dans le sens du corps ; le reste de la mâchoire étant maintenu par les autres doigts et il semble que cette position soit préférable à la position assise car les différents temps de la réduction s'opèrent plus naturellement. Lejars cite un cas où il fut appelé après deux autres chirurgiens et où il put dans cette position horizontale réduire une luxation rebelle contre laquelle il avait lui-même échoué dans la position assise.

Ce fait est important à retenir et on aura soin de l'employer en cas d'échec de la position assise et avant même de donner du chloroforme.

Réduction de la luxation de la rotule sans délabrement.

Cet accident n'est pas fréquent et cependant le diagnostic sera facile ; sauf s'il s'agissait d'un genou énorme et trop empâté de graisse, on reconnaîtra tout de suite la lésion. La déformation est très marquée et la palpation nous renseignera sur la position de l'os.

Nous devons nous ingénier à lui faire faire en sens inverse le mouvement qui a causé l'accident.

Comme à l'article qui prévoit la réduction facile des luxations, il aurait paru fastidieux de passer la revue de tous les cas,on nous pardonnera de donner quelques indications sur la réduction de certains accidents plus rares et plus difficiles.

Il est important de mettre les muscles dans le maximum de relâchement.

Pour cela, on saisira le talon et on dressera la jambe et la cuisse presque à angle droit sur le tronc.

Pendant que l'aide maintiendra la jambe dans cette position, l'opérateur saisira le genou des deux mains et les deux pouces tenteront de remettre la roture dans sa place.

Si la réduction est difficile ou trop douloureuse, on n'hésitera pas à recourir au chloroforme,c'est toujours le meilleur dans les luxations.

Cette revue n'est pas un traité, et il n'y a pas ici à faire l'énumération des diverses variétés ; nos livres spéciaux renseigneront à cet égard.

On consultera surtout avec fruit le traité de Lejars qui est un modèle de clarté et de précision. Ce serait à souhaiter que nos livres fussent tous faits dans cet esprit. Les figures aident à bien comprendre et l'image complète et même supplée aux descriptions.

E. 4. — Réduction de fractures simples du corps de l'humérus, du cubitus, du radius, de la clavicule.

Dix visites ou consultations.

La confection d'un bon appareil de bras est à mon avis l'une des opérations les plus difficiles. Le détail de l'appareil sort de notre cadre, mais il sera bon de s'y exercer.

On se souviendra que dans l'allocation afférente à toute réduction de luxation ou de fracture se trouve comprise la pose du premier bandage contentif ou du premier appareil plâtré ou silicaté.

E. 5. — Réduction des fractures simples du maxillaire inférieur.

Dix visites ou consultations.

Tous ceux qui ont eu à soigner des fractures du maxillaire inférieur savent que la fracture simple est une rareté. La gencive est toujours déchirée et le foyer de fracture en communication avec la cavité buccale.

Les appareils de prothèse rendent des services, mais il faut avoir sous la main l'opérateur habile, le dentiste expérimenté qui saura cercler les dents, et placer un dentier de fortune.

Le plus souvent nous devrons faire la suture, la guérison sera longue à venir ; il y aura de l'infection.

Six semaines, deux mois et plus se passeront, puis, brusquement la consolidation aura lieu et le résultat fonctionnel suivra.

Armons-nous donc de patience et soutenons pendant ce temps notre malade qui n'aura à sa

disposition que des aliments liquides car la mastication ne pourra pas se faire.

Secondairement, nous aurons à enlever nos fils d'argent qui entretiendraient l'infection en jouant le rôle de corps étrangers.

Il est rare, d'ailleurs, qu'il persiste à la suite de ces blessures une incapacité permanente et nous aurons la satisfaction d'un résultat satisfaisant bien que long à venir.

(*A suivre*). Dr Ch. Levassort.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

LE CONGRÈS DE LILLE (1)

L'assemblée des praticiens qui eut lieu à Lille, le 25 juin, est un de ces faits éclatants de l'histoire de la profession médicale, dont il ne faut pas cesser de s'entretenir jusqu'au jour où de nouvelles assises du corps médical nous aurons mis en présence de questions nouvelles ou de solutions différentes des divers problèmes par nous agités.

Le « Concours » en a publié le compte-rendu analytique avec toute la sécheresse que comporte ce genre de documents. Il s'en était tenu là, fort de la promesse faite par nos amis de Lille d'en retracer le tableau très animé.

Or, Declercq vient de transformer sa bonne plume en habile pinceau pour remplir cette tâche. Sans hésitation, nous transportons sa toile des colonnes du « Petit Praticien » dans celles de notre journal. Personne ne se plaindra de ce rapt effronté, car il fallait bien que tous les médecins fussent mis en possession d'une bonne épreuve photographique des faits et gestes de ceux qui furent là-bas leurs actifs délégués.

Impressions sur le Congrès de Lille.

Compte-rendu moral.

Si presque tous nos journaux professionnels ont donné le même compte rendu sommaire des séances du Congrès, ils sont loin d'avoir apprécié de la même façon ses résultats futurs et sa physionomie.

Non pas qu'il n'y ait eu unanimité dans la constatation de son succès, — ce succès fut indéniable, au point que d'aucuns l'ont qualifié de grandiose et de prodigieux, — mais les appréciations diffèrent sur son caractère, sur son « essence », si l'on peut dire, que plusieurs ont trouvée trop syndicale.

Ce jugement n'est pas fait pour nous déplaire ; mais ce caractère, que nous ne lui dénions point, il s'en faut de beaucoup qu'il l'ait eu si exclusif. 200 délégués des Syndicats, Fédérations, Unions et Associations n'ont pas empêché 400 autres congressistes, parmi 1.500 adhésions individuelles, d'y venir manifester leurs opinions dégagées de contingences corporatives.

Nous n'en voulons pour preuve que les incidents survenus au cours des séances : en particulier celui que provoqua le confrère Lagache, à propos de l' « Association Médicale Française », et celui qui survint au sujet des organisations dites « politico-sociales » ; ces incidents, qui mirent aux prises, de part et d'autre, des confrères syndiqués, démontrent aux esprits impartiaux que le Congrès fut loin d'être une simple mobilisation syndicale.

Du reste, si tous les départements, sauf deux, y furent syndicalement représentés, de tous les points du territoire et de l'Algérie même, y sont accourus des congressistes, — ce fut le plus grand nombre, — n'ayant à y défendre que leurs propres idées.

Des bruits « sinistres », — lisez tendancieux — couraient sur le futur Congrès. D'où partaient-ils? Nous aurions pu le savoir, et en avons haussé les épaules.

« Une pétaudière ! » disait-on ; le corps professoral (de Paris...) s'en désintéressait ; les compétences manquaient ; les questions d'enseignement seraient traitées par dessous jambe ; le « libre-choix » pour les assistés, les blessés du travail, les mutualistes allait diviser les praticiens. Quelle cacophonie ! Et quels pugilats !

Or, le Congrès s'ouvrit le 25 juin, avec 1.471 adhésions (1), 196 syndicats et associations professionnelles régulièrement représentés et tous ses rapports envoyés d'avance !

De ces rapports, que les adhérents au Congrès ont, sauf exceptions rares, reçus à temps pour les étudier, il en est de merveilleux, solides édifices étayés de documents sincères, incontestables, d'où se dégagent, lumineux et clairs, les principes de l'exercice médical tel qu'il doit être compris, si nous voulons qu'il vive, qu'il prospère, qu'il reconquière sa place.

Tels furent, par exemple, les rapports « Surmont », sur la « Réforme de l'Enseignement médical » ; « Le Fur », sur « l'Autonomie des Facultés de médecine » ; « Coppens », sur « l'Organisation du corps médical » ; « Lemière », sur le « Libre choix pour les assistés » ; « Bolliet », sur le « Libre choix pour les mutualistes » ; « Diverneresse », sur le « Libre choix pour les blessés du travail », et « Jayle », visant « l'impôt sur le revenu au point de vue professionnel médical ».

C'est munis de ce bon « viatique » que nos congressistes, délégués et isolés, se sont mis en route, empressés, contents, arrivant à Lille chaque jour du Congrès, par toutes les voies et à toutes les heures. Pour se loger, pas trop de difficultés, les confrères lillois ayant pratiqué une large hospitalité : de ci, de là, néanmoins, un grincheux retardataire, fatigué du voyage, outré peut-être de n'être point reçu musique en tête... Mais, bast ! il y en a toujours.

A l'heure dite, la Salle des Fêtes de la Société industrielle, grande comme celle d'un théâtre, se trouva pleine, et le Congrès s'ouvrit par une chaleur étouffante : la IIe Assemblée nationale des Praticiens de France avait, au dehors, son soleil d'Austerlitz !!

Rapide se fit la nomination du Bureau : *Présidents d'honneur* : le vénérable docteur *Olivier*, de Lille, donateur généreux du Congrès, un lutteur encore à 85 ans ; le toujours jeune et dévoué Dr *Dubuisson*, député du Finistère, président du Comité de Vigilance ; le Dr *Reymond*, sénateur de la

(1) Le volume des *Procès-verbaux des Séances du IIe Congrès des Praticiens* (Lille, 1898), vient de paraître et sera envoyé, contre remboursement de la somme de 4 francs, sur demande adressée à l'Imprimerie L. Danel, 93, rue Nationale, à Lille.

(1) Non comprises les adhésions des membres des familles de Médecins.

Loire, qu'on rencontre toujours et partout sur la brèche ; le Dr *Lereboullet*, membre de l'Académie de médecine, président respecté de l'Association générale des médecins de France ; et enfin *notre Coppens*, président du Comité d'Organisation, père des Congrès de Praticiens.

Président du Congrès : le Dr *Gairal*, qui fut aussi président du Congrès de Paris ; un homme, celui-là, dans toute la force du terme, un fort, un cerveau, sachant remettre au point les questions en souffrance, y ramener l'orateur emballé, résumer en deux mots, nets et tranchants, discussions, conclusions, vœux et amendements : je vous laisse à penser s'il fut acclamé !

Vice-présidents : les Drs *Caudrelier*, l'énergique et impavide président de la Fédération des Syndicats du Nord et du Pas-de-Calais : *Jeanne*, dont c'est assez dire de lui qu'il dirige depuis des années les destinées du *Concours Médical* ; *Lande*, professeur à la Faculté, médecin légiste, ancien maire de Bordeaux, dont on pourra juger l'action, la sincérité, et la haute autorité morale au long de débats parfois orageux ; *Monprofit*, professeur à l'Ecole et maire d'Angers, chirurgien hors de pair, dont la ronde et puissante parole sera reçue par tous comme un tardif bienfait du Ciel ; — (il était venu en retard) ; — *Motais*, professeur à l'Ecole d'Angers, président du grand Syndicat des Oculistes de France, un homme aussi, et des meilleurs, bon, simple, implacablement logique, ne se démenant point, allant vers son but, ne le perdant jamais de vue ; *Cosse*, de Tours, un vaillant s'il en fut, réjoui, bon garçon, travailleur infatigable, qui soutient, *urbi et orbi*, par la plume et par le verbe, les revendications des Praticiens : et, pour terminer, vos serviteurs, *Lambin* et *Declercq*, du *Petit Pratcicien* tout ébaubis d'être en si bonne et si distinguée compagnie.

Enfin, nos confrères *Aubert* et *Deroy*, de Lille, furent élus, l'un secrétaire général, l'autre trésorier du Congrès, le principe : « *Right men in right places* » ne fut jamais mieux appliqué.

Oh ! bien d'autres encore auraient dû être à l'honneur : Leredde, Noir, Gassot, de Grissac, Surmont, Diverneresse, Sorel, Régis, Lemière, Bolliet, Boudin, Dufour, Jayle, Rachet, Osmont, etc., etc. ; qui sais-je, enfin ?

On le voit, malgré les présages, le Congrès de Lille ne manquait point « d'hommes ».

Il ne manquait même pas de professeurs : la Faculté de Paris brillait par son absence, mais celles de Lille, — la Faculté officielle et la Faculté libre, — y étaient au complet avec MM. *Surmont*, *Oui*, *Calmette*, *Duret*, *Lemoine*, etc., etc ; celle de Bordeaux y était avec le Pr *Lande* ; l'Académie de Médecine y était avec M. *Lereboullet* ; l'Ecole d'Angers, avec les Prs *Monprofit* et *Motais* l'Ecole d'Amiens, avec les Prs *Moulonguet*, *J. Bernard*, etc., etc. ; et une indisposition subite priva seule, au dernier moment, le Congrès de la présence de M. *Lop*, de l'Ecole de Marseille.

« Il est fâcheux, écrit notre distingué confrère et ami *Noir*, que les maîtres de Paris n'aient pas daigné venir étudier avec les Praticiens des réformes qui deviendront indispensables ; cette abstention complète a été fort remarquée ; ils n'y auraient cependant été nullement déplacés. »

Nous trouvons, nous, que cette abstention a été fort heureuse ; elle a prouvé que les Praticiens livrés à eux-mêmes ne sont point quantité négligeable et que leur nombre infime au Comité de réformes fut une injustice et une sottise.

Le Congrès de Lille marquera, justement à cause de cette abstention, une date plus importante encore que celle du Congrès de Paris dans l'histoire de l'évolution médicale.

Un fait même est à retenir : il fut le Congrès des énergiques.

Et, certes, cette énergie se manifestera intensivement ; on discutera ferme, on attaquera ferme, on se défendra ferme ; mais, pas un instant, durant ces quatre jours, ne s'élèvera une note discordante ; pas un instant, une attaque vraiment personnelle ne sera faite.

Parfois une séance sera tumultueuse, qu'importe ? Comme le dit notre confrère *Ausset*, « les praticiens, conscients de leur force, commencent à comprendre qu'avec leur force, ils feront prévaloir leurs droits. »

De là, leur calme réel dans la discussion la plus mouvementée ; jamais, — entendez-vous, jamais — vous ne verrez au Congrès de Lille, un exemple d'obstruction systématique, un tohu-bohu pareil à celui dont fut témoin le Congrès de Paris, à propos du « libre-choix pour les blessés du travail. »

Un correspondant, sûrement occasionnel, du « Journal », — organe qui soutint maintes fois notre cause, par la plume autorisée de M. Pierre Baudin — lui fait dire, dans le numéro du 28 juin, que l'incident « Lagache-Le Fur », avait été le signal d'un si épouvantable charivari qu'on avait été prêt à en venir aux mains. Comment répondre à ce mensonge ? Par le dédain ; on passe outre aux malpropretés !

L'éducation sociale du praticien marche à pas de géant ; les questions professionnelles qui, l'an dernier, l'avaient démonté, l'ont cette année trouvé averti, réfléchi, plus prêt à s'enflammer pour les principes généraux, base intangible de l'exercice de son art, que pour ses intérêts personnels ; c'est ainsi que la « pétaudière » de Lille a été la plus belle affirmation qui se puisse voir de l'intelligence, de l'esprit d'initiative débarrassée des lisières des pontifes, de la large et pleine tolérance, de la volonté de se renseigner, de savoir, d'apprécier, de s'armer pour les luttes futures, de se cohérer pour être libre.

Des angles qui se sont arrondis, des sympathies éveillées entre gens d'avis opposés, des concessions mutuelles faites, on peut dès à présent induire que les futurs Congrès de Praticiens seront des manifestations unanimes, calmes sans froideur, ardentes sans excès et confraternelles au point que chacun y saura sacrifier quelque chose à la confraternité. Ainsi sera assuré notre triomphe définitif servi par une union invincible.

Tel fut, en vérité, l'esprit du Congrès de Lille ; que dirai-je à présent de ses séances ? Le compte rendu succinct en a paru partout ; le compte rendu in-extenso, sténographié par nos sténographes lillois, MM. Gavelle, Broussous et Vervoorde, sera une merveille d'exactitude et de vérité ; on y sentira le Congrès vivre, palpiter, s'épanouir, monter à l'aise vers les hauteurs de l'enseignement, descendre sans peine et presque sans heurts vers les détails de la lutte quotidienne, fustiger sans blessure, encourager sans pédantisme, louanger sans flagornerie, bref, s'avancer d'un pas égal et résolu vers des solutions dont nul, hier encore, n'eût pu prévoir le possible équilibre.

Et les Praticiens en eux-mêmes, la masse de ces braves praticiens venus des grandes et des petites villes, des bourgs et des campagnes, que dira-t-on d'eux maintenant ? Que peut-on en dire ? Rien d'autre que ceci : « *Acquirunt vires eundo* ! ». C'est une force qui devient consciente ; une force dont l'effet sera socialement incalculable s'ils poursuivent quelque temps encore leur chemin vers la cohésion, vers l'étude, vers l'affranchissement ; s'ils secouent leur apathie de philosophes que le tableau coutumier des souf-

frances humaines laisse rêveurs, et comme indifférents à leurs propres misères.

Ils ont un fonds d'acquit insoupçonné, fruit des réflexions de cerveaux aiguisés par l'observation des faits et gestes de ceux dont ils guérissent l'âme autant que le corps ; une aisance d'élocution si naturelle qu'elle en paraît instinctive, fruit d'une culture littéraire dont projettent niaisement de les « débarrasser » de hauts ronds-de-cuir pédagogiques, ignorant la vie réelle du médecin.

Pour comprendre l'importance de cette éducation première, dont les Praticiens ont actuellement encore tous bénéficié, il faut les avoir entendus, à Paris comme à Lille, en des discussions où des professeurs émérites luttèrent pied à pied, si sereinement et si éloquemment qu'ils éveillaient la crainte en l'auditoire de n'y pas trouver de ripostes. Mais elles vinrent, les ripostes ; elles vinrent, victorieuses, et tout aussi sereines, et tout aussi éloquentes, au point que des grands quotidiens de Lille, peu suspects de tendresse envers le Corps médical, déclaraient, en parlant du Congrès, que ses débats avaient été magnifiques et ses développements oratoires parfois merveilleux (1).

***

Energie, tolérance, esprit d'association, aptitude au travail et à l'organisation sans devoir plus longtemps être pris en remorque, aisance remarquable dans l'exposition de l'idée, telles sont, à notre avis, les qualités morales et intellectuelles que révéla l'ensemble des Praticiens du Congrès de Lille.

Les traits principaux du Congrès ainsi fixés, il nous suffira de quelques coups de brosse pour parachever sa figure ; les séances, que nous résumerons rapidement l'une après l'autre, serviront de palette aux couleurs ; sans être un fougueux impressionniste, on peut ne pas être un classique « pompier » ; la couleur est personnelle ; elle change avec l'œil, plaît à l'un, déplaît à l'autre, suivant son éducation, suivant son accommodation ; mais les « outrances » en-deçà et au-delà agressent l'œil normal : ne l'oublions pas et faisons de notre mieux.

La séance d'ouverture eut ici un certain éclat et... un peu d'imprévu. Avec tact et mesure, M. *Bigo-Danel*, président du Comité de patronage, parla des commissions mixtes, solution désirable des conflits entre patrons, ouvriers et médecins ; *Dubuisson* rappela ensuite les attaques furieuses dont fut naguère l'objet le Corps médical ; *Coppens*, après lui, affirma le succès par l'organisation ; puis, *Gairal*, président du Congrès, remerciant, saluant, un mot aimable pour tous, préconisa, comme de juste, l'union des cœurs dans la solidarité professionnelle.

Aussitôt, et sans débrider, *Leredde*, secrétaire général du Comité de Vigilance, présentait le bilan des travaux de la sous-commission de l'« Enseignement » ; *Cosse*, celui des travaux de la sous-commission du « Libre-choix » ; *Quidet*, trésorier du Comité, un reliquat en caisse fort présentable et *Aubert*, secrétaire du Comité d'organisation, faisait enfin, sous une forme brève et saisissante, l'historique de la genèse et du mode de développement du Congrès de Lille ; congratulations, félicitations, acclamations, ovations, bref, une vraie séance d'inauguration !

Les orateurs s'étaient tus, chacun à leur tour applaudis, fiers d'avoir compris qu'en fait de discours les meilleurs sont les plus courts, satisfaits de l'avoir prouvé : il restait du temps, chose rare, présage heureux ; on allait partir.

Tout à coup, pour ne le point perdre, le confrère *d'Hardiviller* s'élance à la tribune ; il y fait une attaque à fond de l'enseignement, de la physiologie clinique, de la bactériologie, des microbes et de tout : c'est un jeu de massacre, comme à la foire ! Pan ! Pan ! et Pan ! Rien ne restait debout... Rien, rien... Ce fut très amusant et très triste.

Mais le confrère *Mencière* eut tôt fait de proposer éloquemment un combat singulier entre « l'Agrégation et le Privat-Docentisme », jusqu'à ce que mort de l'un d'eux s'ensuive ; il fut très applaudi et, comme on dit au Palais, ce fut justice.

Alors le confrère *Boudin*, très scholastique, et le Pr *Lande*, s'occupèrent de la Déontologie. Bénissons le Seigneur ! Elle sera, si l'on écoute le Congrès, enseignée dans les Facultés... d'accord avec les Syndicats médicaux.

Enfin, grâce au Dr *Motais*, les pauvres diables qui crèvent sans secours dans les taudis, pourront peut-être retrouver un jour, à l'hôpital, le lit de souffrance qu'on leur vole.

Ces deux très belles motions ne m'avaient pas fait oublier le jeu de massacre ; mais est-ce qu'on vient au Congrès pour y rire et pour y pleurer ? Non, sûrement, mais je ne sais par quelle association d'idées ce quatrain d'un poète inconnu me revint à la mémoire et ne cessa de me poursuivre :

Un jour de fête,
Un jour de deuil :
La vie est faite
En un clin d'œil !

Alors chacun s'en fut dîner au gré de sa fantaisie, la soirée étant libre. . . . .

***

Le lendemain, vendredi, fut jour des questions d'enseignement. Ce malheureux enseignement ! Il allait être traité sous la jambe, nous en étions dûment avertis.

Le Congrès, cependant, admit qu'il fît la veille, avant toute chose, une sensationnelle apparition à sa séance d'inauguration, et le laissa même empiéter fortement sur les séances ultérieures.

Les compétences allaient manquer ?

Le Congrès lui réservera une journée tout entière, y reviendra dans la deuxième séance du 27, lui sacrifiera les quelques instants qui lui resteront avant de se séparer ; bref, lui consacrera une bonne moitié de l'ensemble de ses discussions, avec une passion au moins égale à celle qu'il apportera dans les questions du Libre choix.

Voyez quelle attention soutenue il prête aux orateurs : avec quelle foi il accueille la déclaration de « *Gassot* », lui prouvant l'utilité de son effort par les concessions faites aux « desiderata » du Congrès de Paris ; avec quel enthousiasme il souscrit aux conclusions de « *Surmont* » exposant le plan de réformes élaboré par la Commission du Syndicat de Lille, démontrant la nécessité pour le futur médecin d'une culture intellectuelle élevée, faisant enfin jouer, pièce par pièce, un organisme adapté aux besoins nouveaux : les Policliniques, sortes de « reconnaissances » en pays inconnu ; la Thérapeutique par les agents physiques ayant *médicalement* droit de cité : l'Anatomie vivifiée par des démonstrations sur le vivant, les Procédés cliniques d'exploration appliqués à l'homme sain, et, pour couronner le tout, l'étude de l'Anatomie, de la Physiologie, de l'Histologie, de la Physique et de la Clinique Médicales pré-

(1) *Réveil du Nord* du 29 juin ; *Echo du Nord* du 28 juin.

parant l'entrée définitive de l'étudiant à l'Hôpital, vieux système d'autant plus neuf qu'il est plus déprécié aujourd'hui.

Les Praticiens ont parfaitement compris le pourquoi de cette forte éducation préhospitalière, la raison de cette transition prudente qui ne jette pas, d'un coup, des jeunes gens incomplètement formés, dans les méphitismes des salles de dissection, après les miasmes de l'hôpital, la sagesse de cette préparation indispensable à leur compréhension comparative, — et par conséquent scientifique, — des phénomènes normaux qu'ils connaîtront, opposés aux phénomènes pathologiques qu'ils ignorent.

Certes, il en faut de l'hôpital et il ne saurait y en avoir trop pour le futur médecin ; le Congrès l'a hautement proclamé ; mais, a-t-il dit, il lui faut de l'hôpital préparé, de l'hôpital raisonné, de l'hôpital didactique, et non point de l'hôpital empirique, où les formules magistrales n'auront aucun sens, les organes aucune fonction, les interventions aucune raison d'être, les investigations aucune suite, les démonstrations aucune clarté, et où le nombre « devenu *glorieux* » (1) des élèves n'empêchera pas le Maître de ne faire souvent d'eux que des « ouvriers d'art » inaptes aux idées générales, dont il est à craindre que le diagnostic ne se résume en cette barbare et simpliste formule : « Ouvrons *d'abord* ce ventre ; nous verrons *après* ce qu'il y a dedans ! »

Mettre en garde les étudiants contre des impressions funestes qui feront, à leurs yeux, de l'art médical un pur manuélisme ; développer en eux le sens critique inséparable du travail intellectuel que nécessitent le diagnostic différentiel, le pronostic, le traitement logiquement appliqué ; les élever, grâce à l'appoint de la culture du beau qui est aussi le vrai, vers les régions hautes de la philosophie médicale d'où ils tireront dans la société, une bien autre situation que celle d'habiles manœuvres, telle fut la pensée du Congrès. Le Rapport « Surmont » fera loi.

....

Alors vint le tour des « Concours » dont l'immoralité flagrante fut personnellement et impitoyablement dénoncée par le Pr *Lemoine*, en même temps que l'asservissante autorité du Décanat sur les jeunes agrégés ; de « l'Agrégation », mise en loques sous les coups de fouet cinglants du noble orateur *Sorel* ; des « Diplômes spéciaux » et de « l'Admissibilité à l'agrégation » (alias Diplôme supérieur) de nouveau condamnés par une motion de *Coppens* ; et lorsque, après MM. *Nuyts*, au nom des « Stomatologistes » ; *Regnault*, au sujet « de la collaboration des stagiaires et externes dans les services de garde » ; *Maire*, *Sorel* et *Rachet*, à propos « de la nomination et de la protection des médecins d'hôpitaux de province », le brillant délégué *Lafontaine*, de l'A. C. E. M., de Paris, eut pris la parole pour faire de « tout hôpital, digne de ce nom, un centre d'enseignement », le Congrès, nullement fatigué, aborda enfin le problème de « l'Autonomie des Facultés de Médecine », présenté par *Le Fur*.

A ce moment, les débats prirent une ampleur sans pareille ; arrêtons-nous-y un instant ; ne félicitons aucun de ceux qui vinrent à la tribune ou félicitons-les tous : *Le Fur, Oui, Sorel, Lafontaine, Jeanne, Mencière, Leredde*, etc. ; cela fut en tous points admirable ; cela rappela, sans infériorité, la séance du Congrès de Paris où des Maîtres tels que Hayem, Pinard, Blanchard, Legendre, Brissaud, et d'autres, donnèrent de toute leur puissance ; il s'en dégagea, malgré l'absence du Corps professoral parisien, la même dignité, la même magnificence d'expression, la même impression d'égalité de force et de savoir.

Et vous demandez si les conclusions du rapporteur furent votées ? Oui, elles le furent ; mais tous, vainqueurs et vaincus, avaient mérité des Praticiens de France parce que tous avaient démontré que pour ces Praticiens le temps de l'émancipation était venu.

Qui contestera, en effet, qu'ils aient éveillé le sentiment que le règne d'une « Autocratie » voisine du mandarinat allait finir, sous l'irrésistible poussée d'une « Démocratie » consciente de ses besoins, fière de son intelligence, soucieuse de ses devoirs et jalouse de ses droits ?

Voilà ce qui, dans ce Congrès, eut trait à l'enseignement. Osera-t-on dénier que cet enseignement n'y a pas tenu une large place ? Fut-ce bien là, la « pétaudière » des idées terre-à-terre d'où les Praticiens, au lourd vol cérébral, n'auraient point su s'élever ?

Messieurs les Princes de la Science comprendront-ils enfin, que, pour être princes, ils ne sont pas l'omniscience ? Et que s'ils ne descendent pas de leur empyrée pédagogique vers les réalités qui nous pressent, les Praticiens pourraient bien un jour aller les y trouver pour les en jeter bas ? Qu'ils réfléchissent, ces demi-dieux ; qu'ils réfléchissent ! Il en est temps encore, mais il est temps.

Telle fut la grande, la vraie leçon du Congrès de Lille.

***

Le samedi matin, 27 juin, s'ouvrirent enfin les débats sur le « Libre choix. »

D'abord le superbe rapport « *Lemière* » sur le « Libre choix pour les assistés ».

Ici, les passions allaient se faire jour ; les petits intérêts, les petites jalousies, « *l'invidia Medicorum* » en un mot, allaient tout compromettre, amener la faillite morale du Congrès, démontrer aux Pouvoirs publics que s'il y avait de l'ensemble dans l'attaque du « Mandarinat », il y avait accord impossible et faiblesse flagrante dans la défense professionnelle.

Hélas ! la « pétaudière » fut une assemblée de sages ; des escarmouches, certes, il y en eut et de vives ; mais juste assez pour donner aux attaques et aux répliques un intérêt puissant.

Après une déclaration des Drs *Acheray* et *Lagache* reconnaissant « la justice du principe de la liberté pour les assistés », survint l'incident *Le Fur* ou de « l'Association Médicale Française. »

L'attaque du confrère *Lagache* était bien préparée ; le coup droit, inattendu, porté à fond ; il y eut dans la salle comme un frémissement, des petits rires nerveux, des frissons le long des dos ; ah ! si « l'Autonomie » avait dû passer après le rapport *Lemière*...

Ne craignez rien : *Le Fur*, avec une adresse admirable, une franchise totale, nette, d'une seule pièce, vint dire à la tribune : « J'ai commis une erreur ; j'ai des convictions religieuses, c'est mon droit ; mais j'ai commis une erreur de jeunesse ; j'ignorais les syndicats et j'ai voulu fonder cette association parce que je les ignorais ; elle est morte de sa belle mort, il y a deux ans et je ne la ressusciterai pas, croyez-le bien ; je suis syndicaliste et resterai syndicaliste : le premier devoir du médecin, quelles que soient ses idées, confessionnelles ou autres, est d'être syndicaliste ! »

Les conclusions du rapport *Lemière* passèrent alors comme une lettre à la poste !

La barque du Congrès de Lille avait franchi la passe la plus difficile.

Certes, des incidents, il y en aura encore : c'est

(1) Là est peut-être la raison du cri général des enseignants : l'hôpital ! l'hôpital !

un Congrès de vivants ; mais, jusqu'au bout, un vent de sagesse et d'entente soufflera sur l'Assemblée son apaisante haleine.

Aussi, quand l'infatigable *Bolliet* présenta les conclusions de son volumineux et admirable travail sur « le Libre choix pour les mutualistes », n'y eut-il pas une objection.

Ainsi se trouva justifié le mot de M. Loubet. « Quel moyen, lui demandait-on, nous pourriez-vous donner pour résoudre le conflit entre médecins et mutualistes » ? « La Liberté », répondit-il. C'est le vrai, c'est le seul, et Bolliet l'a bien prouvé : un ban pour Bolliet !

Le rude lutteur *Diverneresse* pouvait donc aborder sans crainte son « Enquête sur les Compagnies d'assurances et le Libre choix pour les blessés ».

Sauf en cette proposition, bizarre chez un pareil indépendant, de remettre les Assurances aux mains de l'Etat, le Congrès lui fit fête. Les Praticiens ne veulent d'aucune façon devenir des fonctionnaires ; le « sac enfariné » de l'Etat ne leur dit rien qui vaille.

Ce sera la gloire de ce Congrès d'avoir véhémentement protesté contre toute fonctionnarisation. Puisse-t-il être entendu ! Son exemple marquera pour notre pays l'ère nouvelle de la vraie Liberté, par l'acceptation de la « servitude volontaire » dans la défense des intérêts de tous.

Mais, il y a un mais... ; en cette question des *accidents du travail, il ya des à côtés* ; il y a les malins qui sont dans le faux et veulent le cacher ; il y a les compagnies, les patrons, les associations, surtout « politico-sociales » : et de ces dernières le Congrès n'a pas été dupe ; *Courtault*, *Dufour* et *Profichet* ont rivé leur clou à ces hypocrites qui *volent déontologiquement* leurs confrères, à ces racoleurs qui viennent, la bouche en cœur, soutenir les *droits du peuple* qu'ils exploitent ! N'insistons pas ; *Diverneresse* fit passer ses conclusions mises d'accord avec celles de MM. *Berruyer*, *Regis* et *Verhæghe* ; et nous avons à présent, contre « les loups déguisés en brebis », une arme sérieuse. Si les Syndicats veulent frapper, ils le peuvent : qu'on se le dise !

Le député *Dubuisson* n'eut ensuite, en vieux parlementaire, qu'à ouvrir la bouche pour que le Congrès réclamât avec lui le « tarif Dubief » pour les « blessés agricoles ». Vous vous souvenez de la tentative faite par la Société des Agriculteurs d'imposer au Corps médical un tarif de famine, un *forfait*. (C'en était un contre vous, braves confrères des campagnes). Voici la réponse du Congrès ; elle ne s'est pas fait attendre.

Ici, soufflons un peu, s'il vous plaît ; le confrère *de Grissac* s'avance, tel le « Sou Médical lui-même » — (que je bénis, entre parenthèses, pour m'avoir fait retrouver 1.500 francs dépensés contre un client véreux !) — avec la gravité que dégage l'objet de son rapport : « la Responsabilité médicale » et « l'Expertise qu'elle comporte » ; de Grissac est un homme disert et lettré ; sa parole abondante et persuasive n'a point de peine à faire accepter du Congrès que la responsabilité médicale ne sera exclusivement recherchée qu'en cas de faute lourde ; que l'expertise ne sera jamais confiée à un seul médecin ; enfin que le médecin inculpé sera, au cours de l'instruction, assisté d'un confrère désigné par lui. »

Par la même occasion, les « Certificats spéciaux » reçoivent une nouvelle volée de bois vert, les confrères Bruneau et Audiat, de Châteauroux, des « félicitations pour leur sincérité et leur courage scientifiques », et les experts officiels quelques appréciations plutôt aigres. Une vigoureuse tentative est faite par le respecté professeur *Lande* pour que le Congrès s'abstienne... En route ! Le voilà reparti.

Mais « *Coppens* » avec son « Organisation du Corps Médical » arrête son attention ; courageusement le confrère *Tussau*, de « l'Echo de la Médecine et de la Chirurgie », demande à ce que le Congrès tienne compte, dans cette Organisation, des isolés, des hommes de bonne volonté, parce que l'esprit du Congrès ne doit pas être purement syndical... C'est en vain : les conclusions de *Coppens* sont votées par acclamations... Ce diable d'homme, il emporte tout ! Notre confrère *Noir*, secrétaire général de l'Union, l'a si bien compris que demain « l'Union des Syndicats médicaux de France » va devenir « l'Union fédérative des Syndicats médicaux de France ».

Le « bloc » une fois formé, qui viendra le rompre ?

Le projet Caillaux, « de l'impôt sur le revenu », reçoit dans le rapport talentueux du Dr *Jayle*, les critiques les plus sévères au point de vue médical; les confrères *Wicart* et *Barbanneau* viennent à la rescousse et il sort de leur entente une série de conclusions à faire pâmer d'aise un jurisconsulte.

Qu'on en tienne compte, mon Dieu ! Et le pauvre médecin, surchargé d'impôts et menacé de plus lourds encore, pourra peut-être retrouver un peu de bien-être : mais il faut de l'Union, encore de l'Union et toujours de l'Union !

***

Enfin, le dernier jour a lui !

La veille avait été jour de banquets au Palais-Rameau : un à midi, offert par la « Prévoyance médicale » à près de 400 congressistes ; un le soir, par souscription, qui réunit environ 300 convives, parmi lesquels une soixantaine de femmes de médecins. Le même « traiteur » en avait été chargé : c'était trop pour lui et surtout trop pour nous. On ne fut pas content du dernier, et il y avait de quoi. Sans les confrères *Gairal*, *Pechère*, de Bruxelles, *Monprofit* et autres « toasteurs », qui réchauffèrent les cœurs intoxiqués par des vins atroces et par une cuisine préhistorique servie dans des assiettes sales, c'eût été lamentable.

Un épisode touchant vint tout sauver : la remise de l'objet d'art offert par la reconnaissance des Praticiens à *Coppens*, et l'accolade entre *Mignen*, le père des Syndicats médicaux, et *Coppens*, le père des Congrès. Comme à Paris, les voix s'unirent dans un « Vivat Flamand ». Mais ici, «l'accent aigu» des voies féminines se mêla à « l'accent grave » des voix d'hommes ; l'ensemble fut prestigieux ; bien des yeux s'humectèrent à voir l'émotion profonde de ces deux apôtres de nos revendications.

Le Congrès touche à sa fin. C'est sa dernière séance et son ordre du jour en eût exigé deux ; mais avec un « starter » comme Gairal, le Congrès ne pouvait rester en route.

Le rapport *Vimont*, appuyé par un vœu des Drs *Treille* et *Chapon*, demandait pour multiples raisons, sociales et étatiques, le relèvement des honoraires ; ses conclusions furent acceptées, comme bien vous pensez ; il faut en féliciter le Congrès : le « Sacerdoce » médical ne doit plus s'orthographier *Ça sert d'os* !

En passant, un « shake-hand » au bon camarade *Decourt* ; encore un père, celui-là : le père de notre repos dominical... non, hebdomadaire, dont il nous entretint, comme au Congrès de 1907, de la meilleure grâce du monde ; les résultats s'en font déjà sentir dans la clientèle ; nous profiterons d'un dimanche pour aller à Mitry-Mory !

Nous n'insisterons pas sur le rapport du confrère *Seytre* qui nous fournit, avec l'appui de MM. *Jacob*, *Profichet* et *Joubert*, l'occasion personnelle

de faire voter par le Congrès le principe de la rémunération de la « déclaration des maladies transmissibles » ; le pauvre *Quidet* en manifesta à notre endroit une impression si douloureuse que, vraiment, nous en fûmes touché ; grand merci à ce noble cœur ; la question vaut qu'on l'étudie mieux. Le *Petit Praticien* y reviendra l'un de ces jours.

Mais voici *Vidal* et le « Syndicat obligatoire ». Ah ! on n'y regarde pas de si près à Castres. *Manu militari* ; le syndicat ou la mort ! Thèse audacieuse, et si bien présentée, à laquelle l'esprit corporatif de l'Assemblée ne contredit point... Mais un cri s'élève de l'hémicycle : « Liberté ! Liberté ! » Tout change, tout se transforme ; *Vidal* va mordre la poussière ; vigoureusement, les confrères *Vitoux* et *Aubert* le soutiennent : le Syndicat n'est plus obligatoire, « il est *désirable* qu'il devienne *moralement obligatoire* », et *Vidal* est sauvé !

Conclusion : « *Vidal* » est fort, mais « *Aubert* » ne l'est pas moins ; « *Nisus erat portæ custos* » ; « Nisus » est Lorrain, « Euryale » du pays de Tarn ; Nord et Midi, signe des temps.

Nos félicitations au rapporteur, un sincère ami ! Et nos remerciements pour le délicieux « Armagnac » distillé par lui, mis en bouteille par lui, vanté par lui, promis par lui, envoyé par lui et dégusté... par *nous*, depuis le Congrès.

Vient le tour du trésorier du Congrès, l'excellent confrère *Deroy* ; sous les acclamations, il annonce un en-caisse, presque tous frais payés, de 4.500 francs. Si le Congrès ne fut pas un succès, comment resta-t-il tant « d'or » à son grand « argentier » ?

Le Comité de vigilance sortit ensuite tout armé du cerveau de *Coppens*, telle Minerve du cerveau de Jupiter, avec l'adjonction, proposée par MM. *Regis, Noir* et *Courtault*, de délégués des régions non organisées, de la Presse professionnelle, et des Associations corporatives. Il aura donc, ce Comité, le nerf de la guerre : Honneur à Deroy !

« Où il y a guerre, il n'y a guère », dit le proverbe ; c'est faux en l'espèce ; le Comité de vigilance nouveau aura à la soutenir sur une seconde et forte motion de « *Coppens* » au sujet de l'imminence « du concours d'admissibilité à l'agrégation » ; cette motion fut, en vérité, le couronnement du Congrès et elle en est la philosophie ; parmi tant de questions diverses dont les unes ont à peine vu le jour, dont la plupart n'ont pu qu'être ébauchées dans la hâtive exécution d'un programme trop vaste, il en est une au moins qui semble à peu près mûre, la Réforme des études médicales. C'est un pas immense fait en avant, parce que cette Réforme renferme tout en elle ; on ne démontre pas un « truisme ».

Les Praticiens ont ainsi fait voir qu'ils ne s'endormiraient pas et que leur situation « morale » dans la société les préoccupait tout autant que les questions professionnelles ; ils n'oublient pas que le Comité de vigilance est l'avant-garde des Congrès futurs et que ce sont des soldats qui veillent pendant que l'armée se prépare, par un repos réparateur, à de nouvelles fatigues, à de nouvelles luttes, à de nouvelles victoires.

Mais, comme l'a dit le Congrès de Lille, il faut de l'énergie !

Dr L. DECLERCQ.

Le service médical des gardes-forestiers.

M. Lereboullet, président de l'A. G. se faisant l'écho des Syndicats et Sociétés des médecins, avait écrit à M. le Ministre de l'agriculture une lettre de protestation bien sentie. Il en a reçu la réponse suivante :

« Monsieur le Président,

« Vous avez bien voulu, au nom du Conseil général de l'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des Médecins de France, me soumettre certains desiderata relativement à l'organisation d'un service médical gratuit à l'usage des préposés des Eaux et Forêts.

« J'ai l'honneur de vous faire connaître que l'organisation d'un service médical gratuit à l'usage des préposés des Eaux et Forêts *est seulement à l'état d'étude.* J'ai fait verser votre lettre au dossier pour l'examiner, le cas échéant, avec tout l'intérêt qu'elle comporte.

« Agréez, Monsieur le Président, l'assurance de ma considération très distinguée.

« Le *Ministre de l'Agriculture,*
RUAU.

Souhaitons que ce langage administratif signifie : « La chose est et restera à l'état d'étude » ; mais ne nous endormons pas pour cela, suivant les conseils optimistes, sur le dangereux oreiller d'une sécurité prématurée.

CORRESPONDANCE

Monsieur le Rédacteur en chef,

Dans un des derniers numéros, de votre estimable organe, j'ai lu avec intérêt un article relatif aux docteurs en pharmacie qui profitent de leur titre pour se livrer à l'exercice de la médecine. Je dois vous dire d'abord que ceux que je connais restent correctement dans les limites de leur profession, mais si d'autres viennent empiéter sur nos attributions, il faut avouer que c'est un peu de notre faute. En France, le mot docteur est considéré par le public comme synonyme de médecin. Dans d'autres pays d'Europe où il y a presque autant de Doktors que de colonels en Amérique, le public ne s'y trompe pas et s'adresse aux Doktor medizin. Nous serait-il bien difficile de refaire l'éducation du public ? Je crois qu'il suffirait de renoncer à monopoliser le titre de docteur ; au lieu de signer par exemple docteur Nepomucène Trois-Etoiles, de signer Nepomucène Trois-Etoiles docteur en médecine ou Dr méd. en abrégé.

Au bout de quelques années, le public serait suffisamment renseigné pour éviter la confusion dont profitent certains industriels peu scrupuleux.

Veuillez agréer, etc.

H. V.
Docteur en médecine.

Rectification.

Le Dr Sarda fait appel à l'amabilité du *Concours Médical* pour insérer dans son prochain numéro la rectification suivante :

« Le compte rendu publié par le Dr Fayard de la réunion du Syndicat de la Vallée-du-Rhône (1) ne reproduit pas mes paroles.

— Peu de jours avant notre réunion, j'avais entendu une personne étrangère au corps médical raconter le propos en question. Il avait été convenu qu'une enquête serait faite et qu'on tâcherait de savoir si le fait était vrai. Ce propos, s'il était authentique, aurait été d'autant plus antidéontologique que le malade, arrivé à 1 heure de l'après-

(1) Voir no 37, page 659.

dîner n'avait été opéré que le lendemain vers 10 heures du matin.

A la prochaine réunion du Syndicat, je ferai rectifier le procès-verbal de la réunion du 2 juin.

Merci d'avance,

Dr SARDA.

17 septembre 1908.

REPORTAGE MÉDICAL

Admission dans les hôpitaux. —La Société médicale du IIIe arrondissement, après avoir discuté le projet Siredey, approuve ses tendances, mais le trouve insuffisant. Il y a lieu de consacrer hautement dans la pratique ce principe primordial, que les soins gratuits ne sont dus à l'hôpital par l'administration et le personnel médical qu'aux seuls malades indigents ou nécessiteux. Les prix de séjour actuels étant dérisoires permettent à des gens aisés de voler le bien des pauvres et d'accaparer le temps et les soins des médecins et des chirurgiens en les frustrant d'honoraires légitimes.

En conséquence, le Conseil général des Sociétés d'arrondissement engage des négociations avec l'administration de l'A. P. pour que toute personne qui viendra se faire soigner à l'hôpital sans y avoir droit, soit contrainte par des règlements ayant force de loi à payer une indemnité suffisante. Cette indemnité devra comprendre :

1° Des frais de séjour qui pourraient être le double des dépenses réelles, et seraient acquis à l'administration ;

2° Des honoraires médicaux et chirurgicaux à fixer qui seraient versés à des caisses d'assistance médicale.

Service de la vaccination. — La Société médicale du Ve arrondissement a émis les vœux suivants :

1° Les médecins de la Ville de Paris pratiqueront eux-mêmes et sous leur responsabilité les vaccinations et revaccinations exigées par la loi ;

2° Ils emploieront à cet effet tel vaccin et tel mode de vaccination et de revaccination qu'ils jugeront les meilleurs, en en conservant le contrôle ;

3° Ils seront chargés de la rédaction des certificats de vaccination et de revaccination comme leur en donne le droit le diplôme qu'ils ont obtenu à la fin de leurs études médicales.

Faculté et Hôpitaux.

Un cours pratique et complet de dermatologie et de vénéréologie aura lieu du 12 octobre au 19 décembre 1908 à la clinique des maladies cutanées et syphilitiques, à l'hôpital Saint-Louis, sous la direction du Prof. Gaucher avec le concours et la collaboration de : MM. Bar, Danlos, Balzer, de Beurmann, Castex, A. Broca, Zimmern, Hudelo, Morestin, Gastou, Emery, E. Fournier, Milian, Terrien. Lacapère, Cathelin, Paris, Sabatié, Rostaine, Louste, Fouquet.

Le droit à verser est de 150 fr. Seront admis les docteurs et étudiants français et étrangers sur la présentation de la quittance du versement du droit et de la carte d'immatriculation. Les bulletins de versement relatifs à ce cours seront délivrés, au Secrétariat de la Faculté, guichet no 3, les mardis, jeudis, samedis, de midi à 3 h. — Pour renseignements complémentaires s'adresser, le matin, à la clinique (Hôpital St-Louis).

— MM. les Docteurs Robert Lœwy, chef de clinique et X. Bender, chef de clinique adjoint, feront deux cours de gynécologie, de 12 leçons chacun, à la clinique gynécologique (Hôpital Broca).

Le premier de ces cours, fait par M. Bender, commencera le lundi 21 septembre 1908 à 9 h. du matin et continuera les jours suivants à la même heure.

Le second, fait par M. Lœwy, commencera le mercredi 14 octobre 1908, à 9 h. du matin et continuera les jours suivants à la même heure.

Le droit à verser est de 50 francs pour chaque cours. On s'inscrit au Secrétariat de la Faculté (guichet no 3) les mardis, jeudis et samedis de midi à 3 heures.

— MM. F. Rose et P. Touchard, chefs de clinique des maladies nerveuses à la Faculté, commenceront, le jeudi 1er octobre, un cours de séméiologie élémentaire du système nerveux. Le cours comprendra seize leçons avec démonstrations de malades, suivies de quatre séances d'exercices de diagnostic par les élèves. On s'inscrit tous les matins à la Salpêtrière, clinique Charcot. S'adresser à MM. Rose et Touchard. Le droit d'inscription à ce cours est fixé à 80 francs.

— En raison de la clôture de la saison thermale, le voyage à Vichy, qui constitue une des démonstrations pratiques du cours de Physiothérapie, organisé du 15 octobre au 8 novembre prochain, par MM. Albert Weil, Bardet, de Beurmann, Bouloumié, Cautru, Desfosses, Dominici, Durey, Kruger, Lagrange, Lalesque, G. Lyon, Mougeot, Pariset et Sandoz, aura lieu le 28 et le 29 septembre. Le prix de ce voyage (tout frais compris), n'est que de 30 francs.

Les médecins et étudiants désireux d'y participer sont priés d'envoyer le plus tôt possible leur adhésion à MM. Vigot frères, place de l'Ecole-de-Médecine, ou à M. Durey, 16, rue de Logelbach.

— Un cours de vacances aura lieu du lundi 5 au samedi 17 octobre 1908, au pavillon Moïana, dans le service et le laboratoire de M. le Prof. Hayem. Ce cours, essentiellement pratique, comprendra l'examen clinique des malades et la démonstration des procédés spéciaux du diagnostic et de traitement.

Programme du cours : 1° Affections de l'appareil digestif par MM. Bensaude et Rivet.

2° Affections de l'appareil respiratoire par M. Georges Rosenthal.

3° Affections du cœur, des vaisseaux et du sang par MM. Agasse Lafont et Pater le cours sera complet en 24 leçons. Chaque leçon sera suivie de démonstrations pratiques et d'examens de malades. Les leçons auront lieu à l'hôpital St-Antoine pavillon Moaïna, le matin, tous les jours de 9 h. 1/4 à 10 h. 1/4 et de 10 h. 1/2 à 11 h. 1/2. Le droit à verser est de 50 francs. Le nombre des élèves est limité.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté (Guichet no 3), les mardis, jeudis, samedis de midi à 3 heures.

Le Directeur-Gérant : **Dr H. JEANNE.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON 3, place Saint-André.

Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trentième année N° 39 Dimanche 27 SEPTEMBRE 1908

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

L'INSPECTION MÉDICALE DES ÉCOLES

Le service de l'inspection médicale des écoles primaires fut, on le sait, institué par la loi du 30 octobre 1886, mais, selon sa louable habitude, le Parlement ne s'inquiéta pas des mesures financières, sans lesquelles il ne pouvait fonctionner.

Quelques départements, quelques villes, de leur initiative privée, organisèrent le service, mais ce fut une exception.

Vint la loi sur la protection de la santé publique : contre toute attente, elle ne parla pas de l'inspection médicale des écoles, bien que cette inspection fût une des mesures de protection les plus urgentes.

A l'occasion de la discussion du budget, la Chambre des Députés fut, à plusieurs reprises, saisie de la question ; elle reconnaissait la nécessité d'organiser à bref délai l'inspection médicale des écoles, mais elle n'inscrivait toujours pas de crédits.

Le service continua... à figurer sur le papier.

Cependant la Commission permanente de préservation contre la tuberculose vient de réclamer son organisation ; elle a émis l'avis qu'il pourrait fonctionner sur les bases suivantes : visite des locaux, d'une part, et, d'autre part, examen individuel des élèves, cette inspection devant s'exercer deux fois par an et portant sur tous les établissements primaires publics ou privés.

Elle a même, pour évaluer approximativement la dépense qui résulterait de cette organisation, proposé comme rémunération des médecins inspecteurs, un franc pour l'inspection des locaux et vingt centimes par élève pour l'examen des enfants.

Le ministre de l'Instruction publique vient de saisir les Préfets de la question ; il leur demande d'examiner, de concert avec les inspecteurs d'académie, quelle serait la dépense à prévoir pour chaque département, en prenant pour bases les propositions de la commission. Il leur demande également de faire contrôler si les chiffres d'un franc et de vingt centimes sont susceptibles d'être pris, dans les différentes communes, comme des maxima qu'on ne saurait dépasser et que le législateur pourrait consacrer expressément dans les textes. Enfin, il leur demande, après avoir répondu aux questions précédentes, de donner leur appréciation personnelle et de soumettre, le cas échéant, d'autres bases de rétribution.

Il y a là, ce me semble, un sujet d'étude urgente pour les syndicats médicaux ; ils doivent, dans le plus bref délai, eux aussi, se saisir de la question, l'étudier et soumettre leur vœux aux Préfets. S'ils arrivent en temps utile, ils ont chance d'être écoutés ; si, au contraire, ils apportent leurs vœux après la réponse du Préfet, ils seront éconduits.

La chose est d'autant plus importante que la Commission ne s'est pas préoccupée de la question du déplacement du médecin inspecteur et n'a proposé aucune indemnité kilométrique ; or, sans cette indemnité de déplacement, le service ne saurait fonctionner.

A. Gassot.

LA SEMAINE MÉDICALE

Fractures de la clavicule

Les fractures de la clavicule sont généralement fort difficiles à bien coapter et surtout à bien maintenir réduites. Les écharpes de Mayor, de Le Fort, les appareils plâtrés de Le Dentu et autres ne parviennent habituellement pas à produire un cal à peu près acceptable et la guérison se fait presque toujours avec une déformation considérable. C'est, pour les femmes en particulier, une diminution de la beauté des épaules et du cou fort pénible et qu'elles ne manquent pas de reprocher au médecin. Et, cependant, il est si difficile d'obtenir un cal esthétique que nous nous souvenons encore des paroles découragées de M. Lucas-Championnière, il y a quelque vingt ans : « Mettez une écharpe et faites du bon massage, disait-il ; c'est le seul moyen d'obtenir un cal solide et aussi peu difforme que possible ; mais ne cherchez pas à immobiliser, vous auriez une surprise plus désagréable et un cal plus affreux.

Or, M. le Dr Ad. Hérard, de Paris, vient de décrire dans sa thèse inaugurale un procédé nouveau de cure des fractures de la clavicule dû à l'ingéniosité de M. *Couteaud* et appelé : « *Traitement esthétique par la position.* »

La seule condition importante pour l'application de ce mode de traitement est de pouvoir disposer d'un lit à fracture ou, à son défaut, d'un lit ordinaire rendu rigide, sur le bord avoisinant la clavicule fracturée, par un procédé quelconque ; un plan trop mou rendrait en effet très difficile la mise en porte à faux de l'épaule blessée.

Prenons, pour faciliter la démonstration, une fracture de la clavicule gauche :

On commencera par envelopper d'ouate le membre supérieur gauche, puis avec une bande extensible, on exercera sur ce membre une très légère compression, en vue de lutter contre un œdème rendu possible par la position déclive ; les bagues, pouvant en ce cas devenir une cause de gêne, devront être retirées ; le pansement ouaté aura en outre l'avantage d'éviter le refroidissement du membre.

On fera ensuite coucher le sujet sur le bord gauche du lit, la tête reposant sur un traversin fixé à ce lit, l'épaule blessée en porte à faux, et le membre supérieur pendant verticalement au dehors.

Si le malade a de larges épaules, on disposera entre elles un coussin, afin d'obtenir un bon porte à faux.

Les fragments tendront de suite à se juxtaposer. Tant que les muscles de l'épaule n'auront pas perdu leur contracture, le jour, on laissera le membre supérieur gauche absolument pendant ; la nuit, afin de soulager le patient, l'avant-bras reposera à demi fléchi sur un tabouret garni d'un coussin.

Il sera inutile de prolonger cette forme du traitement plus de deux jours, car le membre pendra franchement en contre-bas du plan du lit ; c'est alors seulement que l'on autorisera le malade à reposer, jusqu'à la guérison, l'avant-bras fléchi à angle droit sur le tabouret. Ce changement de position, moins pénible pour lui, amènera une coaptation encore plus nette des fragments.

Quant à la *durée* du traitement, elle variera entre deux et trois semaines, selon la nature de la fracture, l'âge du blessé et l'état de sa santé. Dans la plupart des cas, cette durée est de quatorze à vingt et un jours ; souvent plus courte, elle ne dépasse jamais celle de tous les autres procédés d'immobilisation. Et cependant, la mise en position est parfois assez tardive ; c'est du reste dans ce dernier cas, suivant nos remarques, que le malade se plaint surtout, au niveau de l'épaule, de tiraillements vraisemblablement dus à la traction sur les adhérences assez intimes déjà formées entre les fragments ; aussi ne faudrait-il pas être étonné outre mesure de constater, par la suite, un cal plus perceptible à la palpation.

Il ressort de ces faits qu'une des meilleures conditions de succès, tant au point de vue fonctionnel qu'au point de vue esthétique, sera d'assurer la bonne position, aussitôt que possible après l'accident.

Lorsque l'on jugera le cal suffisamment résistant, on fera aussitôt cesser l'extension continue du bras, pour le ramener dans sa position normale, le long du corps, puis on commencera le *massage* qui agira rapidement sur l'œdème, s'il en était survenu, et luttera contre l'atrophie des muscles du bras, en particulier contre celle du deltoïde.

Nous croyons le massage de la clavicule inutile pendant les dix premiers jours, c'est-à-dire avant que le cal soit solide, car il pourrait favoriser l'hypertrophie de ce cal ; plus tard il remédiera, surtout à la contusion de l'épaule.

Si l'on constatait une certaine raideur de l'articulation scapulo-humérale, outre le massage, on pourrait conseiller quelques bains sulfureux.

Enfin, pour ne pas décourager le blessé, dès le début du traitement, pendant les deux ou *trois* premières nuits, il sera utile de lui prescrire un hypnotique, afin de lui assurer un sommeil qui pourrait être troublé par l'engourdissement du membre pendant.

La technique à suivre est tellement *simple* que le premier venu pourra l'appliquer. Elle n'a cependant été employée que dans un nombre de cas très restreint, puisque l'on ne connaît sur ce sujet que les mémoires de M. Couteaud.

Récemment, M. le Dr Georges *Schœffer*, de Béziers, a, dans sa thèse, exposé une autre méthode de traitement des fractures de la clavicule : la méthode sanglante ; mais, comme il le dit lui-même : «Nous ne voulons pas, ainsi que le font certains auteurs, proclamer qu'il faut intervenir dans toutes les fractures de la clavicule ; loin de là, mais l'intervention sanglante est conseillée par nous :

a) Dans les fractures ouvertes ;

b) Dans les fractures compliquées de lésions du paquet vasculo-nerveux ;

c) Quand il y a un grand déplacement de fragments ;

d) Quand un fragment aigu menace les téguments ;

e) Dans les fractures comminutives.

Dans ce cas, on pourra avoir recours à la suture osseuse, soit à la ligature, soit au boulonnage.»

— En suivant toutes les règles de l'asepsie et de l'antisepsie, en opérant rationnellement et avec prudence, cette intervention ne présente aucun danger et doit être appliquée.

Rougeole et scarlatine associées.

Depuis les multiples précautions prises pour isoler les malades atteints de rougeole et ceux atteints de scarlatine, on voit beaucoup plus exceptionnellement l'association de ces deux maladies chez le même individu.

Il se présente cependant encore quelquefois des cas où les deux fièvres éruptives se compliquent mutuellement, M. le Dr *Jacques-Marie Orsoni*, en a étudié vingt-deux ou vingt-trois cas dans sa thèse :

Voici les remarques que lui ont suggérées ces divers cas :

Quand la contagion est contemporaine, c'est naturellement la scarlatine qui se montre la première, puisque c'est elle qui a l'incubation la plus courte. Lorsque la rougeole précède la scarlatine, les deux maladies semblent peu influencées l'une par l'autre ; dans certains cas où la rougeole amène des complications celles-ci peuvent être, en quelque sorte réveillées du fait de la scarlatine et la mort en est parfois la conséquence ; mais, dans la majorité des cas, la guérison survient.

Si les deux éruptions sont simultanées, les deux maladies ne semblent pas nettement modifiées l'une par l'autre et gardent chacune leur pronostic propre.

Il n'en est plus de même lorsque la rougeole suit la scarlatine de quelques jours. Dans ce cas, la broncho-pneumonie survient le plus souvent, affectant une allure grave, associée parfois à des signes d'infection générale. Si la guérison peut être observée, la mort est la terminaison la plus fréquente (6 cas sur 9).

Lorsque, au contraire, un certain temps s'écoule entre la scarlatine et l'invasion de la rougeole, si la première est en bonne voie de guérison, le plus souvent la seconde évolue à peu près normalement ; mais, si la scarlatine est accompagnée de symptômes infectieux persistants, la rougeole secondaire peut entraîner des complications broncho-pulmonaires graves. Dans l'ensemble, le pronostic est cependant ici beaucoup moins sombre, (1 seul cas de mort sur 5.)

Les raisons de ce pronostic variable sont faciles à saisir. Ce qui fait la gravité de la rougeole secondaire à la scarlatine, c'est que la virulence du milieu buccal a été exagérée du fait de la scarlatine et que, à cause de cette surinfection du milieu buccal, le catarrhe rubéolique survenant entraîne facilement une infection broncho-pulmonaire descendante à allure grave. Lorsqu'au contraire cette virulence est atténuée soit du fait du traitement, soit du fait de l'évolution naturelle de la scarlatine, la rougeole peut survenir sans accidents.

De même, lorsque la scarlatine survient secondairement et que la rougeole a entraîné des complications, la seconde affection peut exagérer ces complications ou en amener la reviviscence.

La prophylaxie hospitalière et les mesures d'isolement suffisent déjà à diminuer la possibilité de cette association et à en atténuer dans une certaine mesure les conséquences. Mais, c'est l'antisepsie régulière et précoce de la gorge des scarlatineux qui peut permettre d'empêcher souvent, lors de rougeole secondaire, une broncho-pneumonie de survenir ou qui peut rendre moins meurtrière cette grave complication.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu : M. le Prof. agrégé MORESTIN

Traitement des plaies pénétrantes de poitrine.

Je voudrais vous entretenir d'un cas grave que nous avons actuellement dans les salles. Il s'agit d'un jeune homme de 23 ans qui reçut, il y a trois jours, au cours d'une rixe entre « apaches », un coup de couteau dans la poitrine. La lame pénétra dans le deuxième espace intercostal gauche, un peu au-dessus de la région du cœur. Immédiatement, le blessé eut une hémorrhagie extérieure abondante. Transporté à l'Hôtel-Dieu, il y est entré dans un état syncopal, pâle, le pouls imperceptible. L'interne de garde le fit coucher, le ranima par des piqûres d'éther, de caféine, et par une abondante injection de sérum. Il attendit mon arrivée. Que fallait-il faire? Intervenir ? S'abstenir ? C'est là une grosse question de chirurgie d'urgence. Comment la comprendre : faut-il intervenir toujours, ou dans quelques cas seulement, ou s'abstenir ?

Avant d'entrer plus avant dans la question, je vous rappellerai l'observation d'un autre malade du même genre, qui reçut un coup de stylet dans la région du cœur, et fut hospitalisé il y a peu de temps dans la même salle. Il présenta un hémothorax et, pendant plusieurs jours, sa situation fut grave, avec abattement profond et contracture intense de la paroi abdominale. On considère volontiers ce dernier signe comme caractéristique d'une lésion de l'abdomen. Mais j'ai vu des lésions du thorax déterminer cette contracture. Aussi, je m'abstins de faire une laparotomie. Je pratiquai simplement une ponction de la plèvre. Le reste de l'épanchement se résorba, sans autre suite, et le blessé s'en fut au bout d'une quinzaine.

Le cas actuel est assez superposable à ce cas là. Aura-t-il une évolution également heureuse? Je ne saurais le dire encore. Quoi qu'il en soit, revenons à l'étude générale des plaies de poitrine.

Vous n'oublierez jamais les symptômes des plaies pénétrantes de poitrine si vous pensez au schéma suivant. Il représente la paroi thoracique, le diaphragme, la plèvre et le poumon. Supposez un coup de couteau trouant la paroi thoracique, une lame entrant jusqu'au poumon. La blessure va ouvrir la plèvre, qui sera mise en communication avec l'air par la plaie pulmonaire ou par la plaie cutanée, d'où création d'un *pneumothorax*. Habituellement, le pneumothorax est total, avec aplatissement du poumon. Cet air, après avoir pénétré dans la plèvre, tend à sortir, à s'infiltrer dans les tissus sous-cutanés, déterminant ainsi de l'infiltration gazeuse du tissu-cellulaire. D'autre part, le poumon est un organe extrêmement vasculaire. Ses vaisseaux vont donner lieu à des hémorrhagies qui peuvent se faire, soit à l'intérieur du parenchyme pulmonaire (hématome), soit dans les bronches (*hémoptysies*), soit à l'extérieur, soit—le plus ordinairement—dans la plèvre (*hémothorax*). Quelquefois, le sang vient d'une des artères intercostales ou de la mammaire interne.

Tels sont les accidents cardinaux des plaies de poitrine. Ils ont une importance variable. Chez certains blessés, le pneumothorax domine. Chez d'autres, c'est l'hémothorax. Tel fut précisément le cas pour nos deux malades. Ils ont eu surtout des signes d'abondant épanchement sanguin. L'hémothorax traumatique est, de beaucoup, le plus commun des hémothorax.

La situation de ces malades devient souvent inquiétante. La plèvre est l'origine de réflexes. Le *choc* traumatique est profond. Tous les blessés de poitrine ont de la pâleur, un état lipothymique accusé, beaucoup plus encore que les blessés de l'abdomen. Cet aspect est tellement inquiétant qu'il peut influencer le chirurgien en faveur d'une intervention injustifiée. Que se passe-t-il ensuite ? Au bout de quelques heures, le sujet se ressaisit, mais garde de l'accélération respiratoire. Cela se comprend puisqu'un

côté du thorax fonctionne mal. Au lieu de 15 à 18 respirations à la minute, ces malades en ont 40 et 50. L'élocution est pénible. Une certaine tension thoracique étant nécessaire pour parler, le patient se trouve dans l'incapacité d'articuler les sons élevés.

Quand on veut se renseigner sur l'hémothorax, on se heurte à une difficulté : la situation du patient, qu'il est imprudent de faire asseoir. L'hémothorax est décelable par les signes habituels des épanchements pleuraux, appris en médecine : la matité, l'égophonie, etc. Mais vous ne pouvez pas rechercher tout cela chez un homme qui vient de recevoir un coup de couteau dans la poitrine. Vous devez simplement, *sans déplacer le blessé*, percuter la région axillaire et sous-axillaire. C'est ce que nous avons fait chez notre malade. Nous avons constaté de la matité absolue, nette, jusque sous la clavicule. Même l'espace de Traube était diminué. L'épanchement était abondant.

La plupart du temps, lorsqu'il y a blessure certaine du poumon, on trouve, autour de la plaie, la petite crépitation de l'emphysème. Dans les plaies thoraciques où le poumon est intéressé, il est rare de voir l'emphysème manquer. Ici, nous ne trouvions pas d'emphysème, ni d'hémoptysie. Nous pouvions, en raison de ces signes négatifs, établir un diagnostic différentiel important. La lésion avait, probablement, dans ces conditions, une origine plutôt pariétale (mammaire interne) que pulmonaire. Sans doute, à la rigueur, une blessure du poumon au niveau du hile peut ne pas entraîner d'hémoptysie ; mais une telle blessure cause une mort presque immédiate. Donc, nous étions en droit de penser à une lésion plutôt pariétale, à une section de la mammaire interne.

Le pronostic de ces traumatismes est variable. Que devient le sang dans la plèvre ? Trousseau et Leblanc, ayant abouché, chez des chevaux, la jugulaire avec la plèvre pour amener un écoulement de sang dans la cavité pleurale, constatèrent une coagulation spontanée et rapide du sang. S'appuyant sur les expériences de Trousseau et Leblanc, on enseigna longtemps que le sang, en pareil cas, se coagulait instantanément. Cette opinion n'a pas été confirmée par les observations cliniques. Les ponctions pleurales retirent du sang rouge, rutilant. Si la coagulation se fait, elle n'est que partielle, et si l'on trouve parfois des caillots dans la plèvre, ils sont peu abondants. D'ailleurs, la plèvre réagit rapidement, sécrète un liquide séreux qui se mélange au sang et il en résulte un épanchement mixte, hémorrhagique et séreux.

Quand l'hémothorax n'est pas très considérable, il se résorbe, assez vite même Il faut craindre l'infection de l'épanchement, la pleurésie purulente, cette complication dont la guérison, vous le savez, ne s'obtient qu'au prix d'opérations assez larges et laisse le sujet infirme de son thorax. L'infection peut être réalisée de deux façons, par voie pulmonaire ou par la plaie extérieure. L'infection par voie pulmonaire est heureusement rare : au niveau des dernières ramifications bronchiques, l'air est généralement pur, à moins d'affection bronchitique ancienne. Pour prévenir l'infection par la plaie extérieure, il convient de panser celle-ci soigneusement, de la laver à l'alcool, au sublimé, etc.

Le point de doctrine à trancher se pose ainsi : doit-on intervenir chirurgicalement ou non ? Pour répondre à cette question, il faut distinguer des catégories.

Il y a des hémothorax modérément abondants ; les malades les tolèrent et se remettent, sans traitement opératoire. On peut dire, par exemple, pour fixer les idées, qu'un épanchement remontant à la pointe de l'omoplate peut se résorber et guérir.

L'épanchement est-il plus abondant, tout en ne déterminant pas de phénomènes graves, il est également préférable de ne pas prendre le bistouri. La ponction pleurale, pratiquée au bout de 5, 6, 8 jours, amènera la guérison au cas où la résorption du liquide ne se serait pas effectuée.

Dans d'autres circonstances, au contraire, l'intervention est indiquée formellement, sans hésitation possible. Ainsi, lorsque la plèvre est infectée, vous êtes autorisés et vous devez agir.

Mais là où la conduite à tenir est discutée, c'est lorsqu'il s'agit de l'intervention primitive. Sa légitimité est très controversée. Appelé auprès d'un blessé de ce genre, faut-il opérer ? A la Société de chirurgie, à l'Académie de médecine, les chirurgiens se sont séparés en deux camps : les opérateurs et les abstentionnistes. On a apporté un certain nombre d'exemples d'opérations encourageantes. Ce sont toujours les mêmes faits — ceux de Delorme, de Michaut, etc. — que l'on cite. Ils ne sont pas nombreux et la plupart, d'ailleurs, sont des cas malheureux que l'on a commentés en faisant entrevoir, pour l'avenir, des succès. Les succès à proprement parler, n'arrivent point. En outre de cela, la doctrine de l'abstention, qui paraît assez illogique au premier abord, donne de bons résultats. Sachons gré à M. Lucas-Championnière de l'avoir présentée et soutenue. M. Lucas-Championnière estime que l'on doit s'abstenir de toute manœuvre et s'en tenir à la conduite suivante : coucher le patient à l'endroit où il vient d'être blessé, lui éviter tout déplacement et le transporter à distance le plus tard possible, au bout de plusieurs heures, de plusieurs jours. Ne pas le faire parler, le réconforter avec de la caféine, de l'éther, du sérum, désinfecter la plaie et faire un pansement occlusif. Laisser alors le malade tranquille, en le surveillant et écarter toute personne inutile. A la rigueur, j'accepterais l'intervention pour une plaie de la mammaire interne. Chez notre malade, l'observant plusieurs heures après le traumatisme, au moment du calme, j'ai adopté la conduite expectante. Devant l'aggravation, j'ai eu un regret de ne pas avoir incisé l'espace intercostal pour aller lier la mammaire. J'ai pris un moyen terme, la ponction, pour diminuer la tension pleurale.

Aujourd'hui, le blessé est mieux, avec un pouls a 124, et 30 respirations. J'attendrai et n'interviendrai que si le pouls fléchissait, allait à 140 par exemple.

J'ai vu un assez grand nombre de plaies de poitrine. A l'hôpital Saint-Louis en cinq ans, j'ai eu l'occasion d'en observer une vingtaine de cas, dont quelques-uns très sérieux. J'ai vu, une fois, une femme qui avait reçu 17 coups de couteau dans les deux côtés de la poitrine. Les deux plèvres étaient trouées en différents endroits. J'ai vu des hémothorax énormes, des accidents sérieux. Eh bien ! toujours, j'ai pu me borner au traitement que je viens d'indiquer, repos absolu, pansement de la plaie, parfois ponctions de l'épanchement pleural. Sur ces 20 cas, 18 ont guéri. Deux seuls ont succombé : ils avaient été opérés par des chirurgiens de garde. L'un mourut d'infection à la suite d'une ligature de la mammaire interne, l'autre sur la table d'opération. Aussi, je reste partisan de l'expectation. Cela peut paraître illogique, mais l'expérience montre que l'hémostase se fait. En surveillant le blessé et en adoptant quelques variantes, tel-

les que la ponction pleurale, elle donne de bons résultats. C'est pourquoi chez le malade actuel, bien que son cas soit grave, je le surveillerai simplement. J'ai bon espoir que nous le conduirons à la guérison sans recourir à de grandes interventions.

Leçon recueillie par le Dr P. LACROIX.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

Les inflammations du cæcum chez les enfants.

Quoique les idées du Professeur Riedel (d'Iéna) puissent être à l'heure actuelle considérées comme trop radicales en matière d'intervention chirurgicale par un grand nombre de médecins, il n'en est pas moins intéressant de prendre connaissance des documents qu'une grande pratique chirurgicale lui a permis de rassembler sur les inflammations du cæcum chez les enfants. (*Münch. Mediz. Wochens.*, 1908, nº 481.)

Le traitement de l'appendicite, dit-il, est chose réglée ; quiconque est atteint d'appendicite doit se faire opérer aussitôt, ou mieux dans le cours des 6 ou 12 premières heures, c'est la seule façon d'éviter autant que possible le danger, la perforation de l'appendicite se produit, il est vrai exceptionnellement sans signes précurseurs alarmants ; mais ces signes peuvent être assez légers pour empêcher le malade le plus énergique de se faire opérer, ou le médecin de conseiller l'opération avant que ne se manifeste l'accident. Généralement apparaît une douleur brusque qui avertit assez à temps le malade du danger qui le menace, et lui permet, s'il a son libre arbitre, de se livrer au chirurgien.

Il n'en est pas de même des patients qui ne peuvent prendre eux-mêmes une décision, des enfants ; leur état de santé dépend de la surveillance qu'exercent sur eux, leur parents ou les personnes chargées de les élever ; et la statistique démontre que cette surveillance est encore, à l'heure actuelle, tout à fait insuffisante puisqu'il existe une différence considérable dans la mortalité des enfants et des adultes après l'opération de l'appendicite.

La statistique, a-t-on dit, est le mensonge en chiffres : la chose est vraie. En effet, pour consulter avec fruit une statistique, il faut toujours savoir quelles sont les idées directrices suivant lesquelles elle a été établie. Une statistique dressée par un service de médecine possède une valeur relative, car tous les cas graves, à pronostic défavorable, sont envoyés aux chirurgiens, car aussi il est impossible de savoir si les cas sortis par guérison sont restés réellement guéris, et que 5 °/₀ d'entre eux récidivent à coup sûr. Les statistiques d'ensemble établies par les médecins praticiens, quoique un peu meilleures, doivent encore être examinées avec prudence : les uns posent des diagnostics optimistes, les autres, des diagnostics pessimistes ; les uns appellent du nom d'appendicites des manifestations pathologiques même d'un caractère peu net ; d'autres ne diagnostiquent que les cas typiques, avec exsudat au dessus du ligament de Poupart ; ils disent qu'il y a typhlite ou péritonite chaque fois que les symptômes sont peu caractéristiques. Dans la pratique privée, on ne pratique pas d'autopsies, et c'est là un reproche fondamental à faire aux statistiques d'ensemble : de nombreux cas atypiques d'appendicite sont méconnus, alors que certaines inflammations péritonéales, ayant pour origine les organes génitaux de la femme, sont considérées comme les suites d'une appendicite. Toujours est-il que les statistiques ont le mérite de renseigner presque invariablement d'une manière assez précoce sur la terminaison des cas typiques tout au moins.

Seules, les statistiques fournies par les services de chirurgie sont sûres, mais uniquement parce qu'elles englobent tous les malades non opérés, et que tous les morts sont autopsiés.

Riedel a dressé une statistique, en y comprenant tous les cas d'appendicite traités par lui, et en excluant toutes les infections péritonéales, qui n'étaient pas dues à l'appendicite. Il a pour principe d'opérer aussitôt après les avoir examinés tous les cas *aigus*, qu'ils entrent de jour ou de nuit à sa clinique. Quel que soit le stade de la maladie, il considère toute atteinte comme préjudiciable : le pus doit être évacué aussitôt que possible, telle est sa ligne de conduite. Au cours de l'opération, ce sont les circonstances locales qui déterminent la nécessité d'enlever ou non l'appendice ; si l'abcès est gros, si l'appendice ne peut être aussitôt découvert, il le laisse en place et ne l'enlève que plus tard quand la place est presque ou tout à fait guérie ; si, au contraire l'appendice se présente nettement dans la paroi de l'abcès, il est excisé aussitôt.

Etant donné que tout malade aigu, ayant encore un pouls suffisant, a été opéré immédiatement, il se trouve dans sa liste beaucoup de cas défavorables, qui n'eussent pas été opérés par d'autres chirurgiens, et n'eussent, par conséquent, pas figuré sur la liste d'opération : c'est là un élément plutôt néfaste pour cette statistique. Celle-ci se trouve par contre améliorée du fait des interventions hâtives. Riedel a opéré un certain nombre de cas relativement bénins parce qu'ils présentaient avec une fièvre élevée des manifestations trop bruyantes ; c'étaient des individus qui avaient uniquement dans leur appendice des vers intestinaux ou des particules stercorales. D'autres fois, ce furent également des malades moyennement graves, ayant des symptômes légers, se plaignant de douleurs au-dessus du ligament de Poupart.

Bref, la statistique de Riedel porte sur 1532 cas. Les décès se décomptent de la façon suivante :

Sur 1222 adultes, 82 moururent, soit 6,7 %
Sur 310 enfants, 51 moururent, soit 16,4 %.

Voici quelques détails complémentaires sur cette statistique

Pour 124 opérés, de 1881 à 1898 (17 ans), la mortalité fut de 18,5 % : adultes : 17,6 ; enfants : 25 %.

Pour 228 opérés, de 1899 à 1902 (4 ans), la mortalité fut de 15 % ; adultes ; 12,8 ; enfants : 29,5 %.

Pour 639 opérés, de 1903 à 1905 (3 ans) la mortalité fut de 7, 3 %, adultes : 5 % ; enfants : 18 %.

Pour 541 opérés de 1906 à 1907 (21 mois), la mortalité fut de 5,3 % ; adultes : 2,9 ; enfants : 13 %.

Malgré le nombre croissant des sujets opérés, on voit la mortalité décroître de 1881 à 1907. Si, pour les adultes, elle est tombée à 2,9, pour les enfants au-dessous de 15 ans, elle reste à 13 % ; c'est là une circonstance d'autant plus regrettable que beaucoup de ces petits malades auraient pu être sauvés s'ils avaient été opérés à temps. Il en est ainsi, parce que :

1º Les parents sont inattentifs ou, par contre, trop tendres : ils ne veulent pas livrer leur enfant au couteau.

2º Le diagnostic est plus difficile à poser chez les enfants que chez les adultes ;

3° Pour des raisons anatomo-pathologiques, l'appendicite des enfants est en général beaucoup plus grave que celle des adultes ;

4° Les tout petits enfants sont extraordinairement sensibles à l'infection de l'appendice.

La cause la plus importante de cette mortalité infantile élevée est celle désignée au premier paragraphe. En effet dans un très grand nombre de cas on ne fait pas appeler le médecin, dès qu'un enfant présente de la fièvre et des douleurs abdominales. C'est surtout l'époque des fruits qui fait beaucoup de victimes. Quand les enfants mangent beaucoup de fruits, il arrive souvent, il est vrai, qu'ils éprouvent des douleurs intestinales, mais celles-ci ne sont pas de longue durée et ne s'accompagnent pas de fièvre ; or, à quelques exceptions près, l'appendicite détermine toujours de la fièvre chez les enfants.

Parfois aussi c'est la pauvreté des gens qui entre en jeu. Quand dans une famille avec beaucoup d'enfants, l'un d'eux se plaint de douleurs abdominales, la mère cherche à calmer ses douleurs, au moyen de cataplasmes, par exemple, et elle ne fait pas appeler le médecin. C'est là un fait regrettable qui ne se produira plus du jour où non seulement les ouvriers, mais encore leurs femmes et enfants feront partie des caisses de maladie.

De plus, le diagnostic est entouré de grandes difficultés chez les tout petits enfants pour les raisons suivantes :

Quand le pauvre être se contente de crier, tout au plus de montrer son ventre avec son petit doigt, mais ne donne aucun autre renseignement, le médecin se trouve naturellement très embarrassé. L'enfant peut, s'il n'est pas surveillé, avoir avalé quelque chose de nocif ; il peut aussi avoir des vers intestinaux.

En outre la pneumonie centrale débute souvent par de violentes douleurs abdominales ; et l'on peut commettre l'erreur regrettable de penser à cette affection. Cependant si on a l'habitude de rechercher dans ces cas douteux la plus grande fréquence des mouvements respiratoires, on peut diagnostiquer une pneumonie centrale alors que la percussion ne fournit encore aucun renseignement.

Dans l'angine, il arrive aussi qu'adultes ou enfants se plaignent de douleurs dans le ventre à droite ; or il faut savoir que certains appendices anormaux (qui par exemple renferment une petite particule stercorale), ne révèlent leur état que lorsqu'une amygdalite aiguë vient introduire des agents infectieux dans la circulation.

Quand la fièvre typhoïde, la scarlatine règnent dans la localité, il peut arriver que ces affections prêtent également à confusion avec l'appendicite.

Parfois, de petites filles présentent brusquement des signes de péritonite, on fait le diagnostic d'appendicite, et il ne s'agit que d'une infection ayant pour origine les organes génitaux (d'après Riedel, cette éventualité se présente dans 17 °/o des cas d'appendicite diagnostiqués chez ces petites malades).

De plus grandes jeunes filles, qui pour la première fois sont réglées, se plaignent aussi parfois de douleurs abdominales, accompagnées d'une légère ascension fébrile : en pareils cas, il faut attendre les vomissements. Mais, généralement au-dessus de 4 ans, le diagnostic est facile à poser : il faut savoir que, chez les enfants, l'action de facteurs très bénins sur l'appendice peut éveiller des symptômes très bruyants : des vers intestinaux, des pépins de groseille, des poils de brosse, de petits grains de matières stercorales déterminent parfois des attaques très violentes, avec vomissements abondants et fièvre élevée.

Enfin les examens anatomiques démontrent que, chez l'enfant, l'appendicite est une affection beaucoup plus grave que chez l'adulte. L'étude microscopique faite sur 411 adultes et sur 310 enfants prouve en effet que ces derniers sont plus sujets aux abcès produits par des noyaux stercoraux, et à l'appendicite granuleuse.

Par appendicite granuleuse on entend une inflammation insidieuse de l'appendice dans laquelle les glandes de Lüberkühn, et souvent aussi les follicules clos sont séparés des tissus ambiants, et plus ou moins envahis, par des granulations. Cet état pathologique, que l'on peut à peine dénommer inflammation, reste parfois silencieux, ou bien il prend un développement tel qu'il aboutit à l'oblitération de la lumière appendiculaire. Mais souvent ce processus insidieux se trouve interrompu par une attaque aiguë, ayant pour point de départ l'appendicite granuleuse.

Bref, celle-ci constitue, au même titre que les calculs stercoraux et les corps étrangers, une cause prédisposante à l'attaque de l'appendicite.

Toutes ces raisons doivent être bien connues des praticiens, car elles leur permettent de voir sur quels points particuliers devront porter leurs efforts pour traiter au plus tôt l'appendicite chez les enfants ; le traitement précoce de cette affection, qu'il soit uniquement chirurgical suivant la méthode de Riedel ou non, réduira la mortalité infantile, qui à l'heure actuelle est encore si élevée par rapport à celle des adultes. Ici le traitement préventif, ou mieux la recherche systématique de l'appendicite chez les enfants, l'attention éveillée chez les parents, vaudra presqu'autant que le traitement curatif.

PRATIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE
DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

XV

E. 6. — Amputation d'un doigt ou d'un orteil.

(Dix visites ou consultations.)

Ces opérations sur les doigts ou les orteils seront les plus fréquentes de celles que nous aurons à pratiquer pour les accidents du travail. La main et le pied sont les parties du corps les plus exposées aux traumatismes ; à la main, plaies, coupures, écrasements, au pied, surtout écrasements.

Nous ne devons jamais perdre de vue que notre principal objectif doit être de rendre à l'ouvrier une main utile ; un doigt ankylosé et qui ne peut fléchir est un doigt nuisible.

La conservation à outrance n'est pas une bonne pratique. Outre qu'elle retarde la reprise du travail, elle crée des incapacités beaucoup plus nuisibles à l'ouvrier que la privation d'un doigt ou d'une partie de doigt. N'oublions pas, en effet, que l'évaluation ne variera guère d'une main dont un doigt est ankylosé ou d'une main privée d'un doigt. Comme dans le premier cas la gêne accompagnera les mouvements, il paraît plus avantageux de supprimer.

Quand convient-il d'amputer ?

Sans retard quand il y a des pertes de subtance, de tendons ou quand il y a écrasement des os.

Il est bien rare que ces fractures se consolident d'une manière satisfaisante et on a des suppurations qui traînent pendant des mois pour aboutir en fin de compte à une intervention.

Presque toujours ces opérations seront atypiques ; nous ferons les moignons comme nous pourrons. J'emploie la pince-gouge de préférence au bistouri dans toutes ces interventions, elle permet de n'enlever que ce qu'il faut et je garde toujours *tout ce que je peux* de peau saine pour ne faire le lambeau qu'en dernier.

Ce que j'indique là n'est pas classique ; mais comme nous sommes tenus à l'économie, il est bon de ne pas s'aventurer dans la belle opération telle que la décrivent nos traités.

Les conseils de Farabeuf seront toujours bons à suivre, mais il faudra les adapter aux circonstances.

Au début, j'ai fait comme les autres, et j'ai tracé les incisions comme on nous l'avait appris ; j'ai trouvé des difficultés à agir ainsi et c'est la raison pour laquelle j'en viens à la pratique que je vous indique.

Défiez-vous, également, d'une réunion parfaite. Il est presque impossible de désinfecter une main d'ouvrier ; à plus forte raison s'il y a plaie, 80 fois sur cent il y aura de l'infection. Pour y parer ne mettez qu'un fil, au besoin n'en mettez pas. Vous avez eu soin de garder de la peau, beaucoup de peau, elle vous servira, tamponnez à la gaze et deux ou trois jours après, quand vous serez tranquilles, vous ôterez le tamponnement. Vous rabattrez le lambeau et vous serez surpris d'avoir une guérison plus rapide que si vous aviez cherché une réunion par première intention.

E. 7. — Extirpation d'hématomes, de corps étrangers enkystés ou de petites bourses séreuses enflammées.

(Dix visites ou consultations.)

Rien de spécial pour cette série, il s'agit là d opérations assez rares, mais qui se présenteront toujours avec des apparences bien réglées. Nous aurons vu le malade à plusieurs reprises, nous aurons suivi l'évolution du cas et nous aurons pu prendre toutes nos dispositions opératoires.

Il ne sera pas fréquent d'avoir à enlever un hématome ; ces collections enkystées ne s'énucléent pas facilement. Nous serons conduits le plus souvent à inciser, à réséquer ce que nous pourrons de paroi et à tamponner pour avoir une réunion secondaire. De même pour les corps étrangers et pour les bourses séreuses.

Quand nous aurons à enlever un kyste synovial, rappelons-nous qu'il y aura intérêt à mobiliser les tendons sans trop attendre ; les adhérences sont le principal écueil de cette petite opération.

Nous en avons fini avec ce que le tarif Dubief appelle : les opérations de petite chirurgie ; nous allons maintenant aborder les opérations de grande chirurgie.

ART. 11.

Les opérations de grande chirurgie donnent droit, en sus du prix de la visite ou de la consultation aux allocations spécifiées ci-après.

F. 1. — Allocation de 20, 25 ou 35 fr. suivant que le prix de la visite pour la localité est de 1 fr. 50, 2 fr. ou 2 fr. 50.

Hématocèle vaginale.

L'accident qui donne lieu à un épanchement sanguin dans les bourses est assez fréquent. C'est une chute, un coup, une pression. La douleur sera vive, la région déformée et le diagnostic s'imposera généralement, surtout en tenant compte des commémoratifs et de la syncope qui ne manque guère au moment où le testicule est contusionné. Après le repos, les applications chaudes et les résolutifs, nous n'hésiterons pas, pour peu que la guérison traîne, à traiter la collection comme un hydrocèle. Le mieux est d'ouvrir, de nettoyer et de laisser en place une mèche de gaze qui tamponne la cavité. La guérison se fera plus vite avec un tamponnement qu'avec un drainage avec un drain.

Il va sans dire que s'il y avait des lésions plus graves, si le testicule était lésé, éclaté, il y aurait lieu d'intervenir comme les circonstances le commanderaient.

J'ai parlé dans un article précédent du caleçon de bain comme moyen de pansement, il sera ici parfaitement indiqué.

F. 2. — Réduction des fractures du péroné.

Même honoraire que ci-dessus.

La fracture du péroné peut souvent être traitée presque immédiatement par le massage.

Cela dépend du siège.

Si on se trouve en présence d'une fracture de l'extrémité supérieure et au voisinage de la tête, il sera bon de surveiller la sensibilité du membre, car le nerf sciatique poplité externe, qui cravate cette tête du péroné, est souvent lésé et la douleur est extrêmement vive.

La contention peut être fort malaisée et il ne sera pas exceptionnel d'être forcé de donner du chloroforme et d'aller à ciel ouvert faire la coaptation des deux fragments. Bien entendu le nerf sera recherché, récliné, et ménagé avec soin.

F. 3. — Ligature de la radiale, de la cubitale, de l'humérale, de la faciale ou temporale.

Même honoraire que précédemment.

Les blessures qui mettront les praticiens dans la nécessité de faire la ligature de ces vaisseaux sont surtout les coupures ; parfois aussi les chutes sur un corps dur et coupant ; les éclats de verre, les échappées en conduisant une machine à trancher, à scier, etc. Voilà ce qui nous fournira le plus grand nombre de nos blessés.

L'important est de faire une ligature qui tienne et de ne prendre dans cette ligature que ce qui saigne.

Pour cela, il faut voir clair.

Au bras, nous aurons toujours la ressource de la bande d'Esmark au-dessus de la plaie qui facilitera grandement le nettoyage de la blessure et la vue de l'endroit où il faut lier. On fera bâiller les lèvres de la plaie, on se donnera du jour s'il le faut. On se souviendra de ce que nous avons dit précédemment : si on ne peut lier, on laissera une pince à demeure. Ce procédé peu élégant rend de grands services et il est préférable de l'utiliser plutôt que de faire de grands délabrements, surtout nous sommes mal aidés, mal outillés, mal éclairés.

Humérale.

Rappeler les temps principaux des ligatures d'artères va sembler peut-être un peu prétentieux ; mais si nous avons tous su effectuer ces opérations, il est bien certain que la plupart des médecins n'ont pas eu souvent à utiliser leurs connaissances de l'école pratique.

L'humérale fait suite à l'axillaire et son trajet est figuré au bras par une ligne qui part du fond de l'aisselle et va au milieu du coude où elle se bifurque en radiale et cubitale.

Nerf médian et humérale sont tellement unis que les cas de blessure unique seront rares. Quand on trouvera le nerf on aura l'artère qui est tout à côté. La découverte de l'artère se fera en incisant le long du bord interne du biceps, que les doigts recourbés accrocheront facilement; quand on place le bras en abduction, le biceps récliné, nerf et artère sont proches.

Radiale.

Le trajet de cette artère est figuré par une ligne allant du milieu du pli du coude à la gouttière du pouls.

Sur un sujet peu musclé, on voit et on sent très bien la gouttière radiale. La peau incisée sur la ligne que nous venons d'indiquer, on sectionnera l'aponévrose et dans les deux tiers inférieurs on trouvera l'artère tout de suite, presque sous la peau.

Ces renseignements qui sentent un peu la médecine opératoire n'auront d'utilité que si, par suite d'écrasement, de mâchure ou pour toute autre cause, on ne peut lier dans la plaie, ce qui est certes de beaucoup préférable, et si on se trouve forcé d'aller plus haut pour assurer l'hémostase.

Cubitale.

A la partie supérieure de l'avant-bras, la cubitale suit un trajet oblique en dedans et s'enfonce sous les muscles épitrochléens. La blessure en cet endroit ne sera pas fréquente. Dans la fin de son trajet ce vaisseau devient vertical et suit la face antérieure du cubitus. L'incision se fera le long du cubital antérieur qu'on fera saillir par une extension forcée de la main. Après incision de la peau et de l'aponévrose, on réclinera en dedans les muscles, le paquet vasculo-nerveux est là.

Faciale.

Dans sa portion le plus aisément vulnérable, la faciale suit un trajet parallèle au bord inférieur du maxillaire inférieur. Partant de l'angle de la mâchoire on fera une incision de 5 à 6 cent. de long, et après section de la peau, de la couche graisseuse et du peaucier on trouvera l'artère.

Temporale.

A sa sortie de la région parotidienne, cette artère monte perpendiculairement en avant du conduit auditif externe.

C'est dans cette dépression qui existe en avant de l'oreille et suivant une ligne qui dépassera de trois ou quatre centimètres l'arcade zygomatique pour se prolonger en bas le long de la branche du maxillaire, qu'on trouvera l'artère enfouie dans du tissu cellulo-graisseux.

(*A suivre*).

Dr Ch. Levassort.

CHRONIQUE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Le dernier numéro du *Bulletin du Syndicat de la banlieue Sud-Est de Paris* publie l'intéressant article que voici :

Une note de service de la Compagnie du Gaz de Paris insérée dans le journal *Le Travailleur du Gaz* fait savoir que lorsqu'un ouvrier ou un employé est malade sans avoir été victime d'accident, les médecins de la Compagnie ne doivent pas le soigner, tandis que lorsqu'un agent quelconque est blessé dans le service, les médecins de la Compagnie *doivent prendre l'initiative et lui offrir leurs services.*

Pour qui sait ce que parler veut dire, c'est là une résistance aussi peu déguisée que possible au principe du libre choix. Dans le cas où le blessé fait appel au médecin de son choix, la Compagnie s'arroge le droit :

1° De faire constater sans aucune formalité judiciaire préalable l'état du blessé par un de ses médecins ;

2° D'effectuer la déclaration obligatoire avec le certificat établi par son médecin et de refuser pour cet usage le certificat établi par le médecin traitant.

Dans la forme où elle est faite, la constatation de l'état du blessé n'est pas légale ; il lui manque l'autorisation du Juge de Paix. Cependant étant donné qu'elle offre un caractère administratif utile et qu'elle ne saurait nuire ni au blessé, ni au médecin traitant, il semble qu'il n'y aurait aucun inconvénient pour personne à la laisser faire courtoisement si la Compagnie savait limiter ses prétentions et s'en tenir au contrôle pur et simple de ses blessés. Mais il n'en est rien.

La Compagnie demande, en effet, à son médecin d'établir un certificat et c'est celui-ci qu'elle utilise pour la déclaration obligatoire, à l'exclusion de celui qu'a pu établir, à cet effet, le médecin traitant.

Le médecin de la Compagnie peut ainsi se trouver placé dans l'alternative, ou d'établir un certificat sans voir la blessure recouverte par un pansement ou d'enlever ou *faire enlever* ce qui est tout un, un pansement appliqué par son confrère. Quant au blessé, il peut se demander, à juste titre, pourquoi la Compagnie tient tant à faire la déclaration avec le certificat du médecin contrôleur.

Comme il ne saurait accorder plus de confiance dans le certificat établi par ce dernier, que n'en accorde la Compagnie pour le certificat du médecin traitant, son intérêt évident est de faire établir le certificat médical par le médecin de son choix, de l'adresser à la Compagnie, et, en cas de refus, soit de le garder par devers lui, soit mieux, de faire lui-même la déclaration à la mairie, avec ce certificat.

Réservant ce côté de la question qui ne nous intéresse pas directement et laissant de côté toutes critiques sur le rôle cependant critiquable à plus d'un titre, ainsi dévolu au médecin inspecteur, rôle ingrat s'il en fut, nécessitant de grandes qualités de tact et de doigté, abordons la question des honoraires. Les certificats établis par le médecin traitant et refusés par la Compagnie doivent-ils être payés par celle-ci ? Des faits suivants, se dégage la réponse : appelé auprès du blessé X..., je délivrai un certificat qui fut porté aux bureaux de la Compagnie où on le refusa sous prétexte que le médecin de la Compagnie devait visiter le blessé et que son certificat seul était valable pour la déclaration légale. Le blessé guéri, j'adressai à la Compagnie ma note d'honoraires, comprenant le prix du certificat délivré. Je reçus quelques jours après la lettre suivante :

« Monsieur le Dr Hélouin,

« Prière de bien vouloir rectifier la note d'honoraires ci-jointe, en supprimant les deux francs de certificat de constatation, qui sont à la charge du malade X..., ce certificat ne nous servant en aucune façon.

« Veuillez agréer, etc. »

Je répondis sur-le-champ que je considérais le certificat délivré au blessé comme m'étant dû et que je me refusais à faire la rectification demandée afin de ne pas créer de précédent.

En même temps, je priai le Dr Philippeau, pré-

La Reine de Vals

Une des principales indications de la Reine de Vals est, sans doute, la **diarrhée infantile**, sous quelque forme qu'elle se présente ; on aurait tort pourtant de croire que cette indication soit exclusive.

L'eau de la Reine est l'eau digestive la plus parfaite et la mieux appropriée aux **estomacs fatigués.**

***

Dans nombre de cas, l'estomac se montre d'une intolérance excessive : tous les aliments, toutes les boissons sont rejetés, l'usage du vin surtout est impossible. — L'eau de la Reine est alors formellement indiquée : par sa réaction alcaline, elle empêche la fermentation lactique des liquides ingérés, tandis que le gaz carbonique qu'elle renferme agit comme anesthésique sur la muqueuse stomacale.

Dans la **dyspepsie acescente**, son action ne se borne pas d'ailleurs à la neutralisation chimique des liquides acides contenus dans l'estomac, elle provoque la réaction de l'estomac sur lui-même : les digestions difficiles, languissantes et parfois douloureuses, s'opèrent avec plus de facilité, et l'on voit le malade qui ne connaissait plus le sentiment de la faim reprendre son appétit.

Dans les **gastralgies névrosiques** et, d'une manière générale, toutes les fois qu'il y a **douleur** et **intolérance**, l'eau de la Reine est l'adjuvant naturel de toute médication.

***

L'eau de la Reine n'est pas moins indiquée dans les maladies des **organes digestifs** caractérisées par un état de **faiblesse**, de **langueur** ou d'**atonie** : elle donne un surcroît d'activité et d'énergie à toutes les grandes fonctions de l'économie et principalement à l'absorption et à la circulation.

Elle convient aux personnes qui, sans être autrement malades, se plaignent d'un **sentiment de plénitude** après les repas et de **lenteur de la digestion**, le tout s'accompagnant de **migraines**, d'**étourdissement** ou de **vertige**.

***

Chez les **arthritiques**, il n'est pas rare de voir les **troubles digestifs** alterner avec les autres manifestations du rhumatisme : l'eau de la Reine est alors particulièrement indiquée. Son usage est certainement l'un des meilleurs moyens qui puissent mettre fin à un état qui a tendance à se prolonger d'une manière interminable.

Elle convient d'une manière générale aux **arthritiques** et à tous les dyspeptiques chez lesquels les troubles digestifs sont liés à une forme quelconque de la **diathèse urique.**

***

Les troubles dans le fonctionnement du **foie** et les phénomènes dyspeptiques qu'ils entraînent sont modifiés de la manière la plus heureuse par l'eau de la Reine. Son usage doit alors être prolongé pendant un certain temps — on n'a pas à craindre avec elle la cachexie alcaline comme avec les eaux fortes — c'est qu'alors il faut rechercher non pas une de ces perturbations générales de l'organisme que l'antique médecine désignait du nom de crises, mais au contraire une action lente et progressive ; grâce à l'usage de la Reine, l'appétit augmente d'abord légèrement, le sommeil suit, les forces reviennent, les urines et les selles se régularisent, puis enfin la guérison s'affirme. Ces symptômes coïncident avec une dilution légère des matières bilieuses épaissies, avec une sollicitation plus fréquente, et plus énergique sans doute, de l'intestin, qui, à son tour, sollicite les canaux biliaires.

De même, dans les **affections hépatiques** bien caractérisées, l'usage de la Reine permettra de continuer le traitement commencé avec les eaux alcalines fortes, sans qu'il y ait à craindre les inconvénients inhérents à l'usage prolongé de ces dernières.

***

Dans les cas de **maladies infectieuses**, de **grippe**, de **fièvre typhoïde**, il y a insuffisance rénale manifeste, alors au contraire que l'économie est surchargée de toxines et d'éléments de dénutrition dont il est nécessaire de hâter l'élimination. L'eau de la Reine, grâce à sa composition, exerce alors un véritable lavage du sang et augmente la diurèse en même temps qu'elle entrave la pullulation microbienne.

***

Dans les **convalescences des maladies aiguës**, on voit souvent la muqueuse buccale exfoliée : la langue, rouge à la pointe et aux bords, est le siège d'une sensation de brûlure permanente et fort pénible pour les malades ; — l'usage de la Reine a, dans ce cas, une action topique des plus heureuses : elle modifie l'état de sécheresse de la muqueuse et entrave la végétation des microphytes qu'on rencontre si souvent dans cet état.

***

Par les exigences de la vie mondaine, nombre de personnes ont l'**estomac fatigué** — l'eau de la Reine leur conviendra merveilleusement comme **eau de table**, que l'état de l'estomac soit lié à un état diathésique ou qu'il soit la conséquence d'un simple surmenage.

La minéralisation de la Reine n'est pas telle, en effet, qu'elle doive être réservée à un usage exclusivement médical : elle ne s'oppose en aucune façon à l'usage habituel même à titre simplement hygiénique — c'est dire qu'elle peut être utilisée avantageusement **en temps d'épidémie**, et toutes les fois que les eaux destinées à l'alimentation sont peu sûres, comme cela se rencontre sur bien des plages et en beaucoup trop de villes.

Faut-il ajouter que la Reine est fort agréable à boire, que sa saveur est fraîche et pétillante, que sa conservation est parfaite grâce aux soins avec lesquels elle est embouteillée, et qu'elle est toujours identique à elle-même grâce à la perfection de son captage ?

***

La Reine a été une des premières adoptions du Concours médical : une expérimentation d'un quart de siècle n'a fait que confirmer sa valeur diététique et thérapeutique, et la faveur dont elle jouit près du Corps médical n'a fait que s'accroître d'année en année, suivant la progression qu'elle mérite.

La **Reine de Vals** se trouve chez tous les marchands d'eaux minérales, dans toutes les pharmacies. On peut se la procurer d'ailleurs dans tous les dépôts de la Compagnie Fermière de Vichy, ou s'adresser directement à l'Administrateur délégué de la Société propriétaire, M. **CHAMPETIER**, à Vals-les-Bains (Ardèche).

sident du Syndicat des Médecins de la Seine, de bien vouloir me donner sur cette question son avis autorisé.

Après avoir soumis la question au Conseil d'Administration, le Dr Philippeau me répondit en substance qu'en cas d'accident du travail, le certificat du médecin traitant devait être payé par le patron, à condition qu'il soit le premier en date, c'est-à-dire qu'il soit établi avant celui du médecin patronal, en l'occurrence du médecin de la Compagnie.

Fort de cet avis autorisé qui me fut fourni avec l'empressement bien connu de notre confrère, je priai M. Audebert, chef du service du contentieux au Syndicat des Médecins de la Seine, de poursuivre le recouvrement intégral de ma note. Quelques jours après, M. Audebert m'informa que la Compagnie acceptait de payer amiablement celle-ci, y compris le certificat en cause.

A quelque temps de là, j'adressai à la même Compagnie trois notes pour soins donnés à trois de ses ouvriers blessés. Chaque note comprenait un certificat médical de deux francs.

Chacun de ces certificats avait subi le sort commun et avait été refusé.

Le total de ces trois notes s'élevait à la somme de 47 fr. 50. Quelques jours après, je reçus un mandat de paiement de 41 fr. 50. Je priai la Compagnie de bien vouloir m'indiquer sur quoi portait la réduction de 6 fr. qu'elle estimait devoir me faire subir d'autorité et je reçus la lettre suivante :

« Monsieur le Docteur,

En réponse à votre lettre du 26 courant, M. l'Administrateur délégué me charge de vous informer que les déclarations d'accident, pour les blessés A, B. et C, ayant été faites par le médecin de notre Société, nous ne pouvons prendre à notre charge les trois certificats que vous avez cru devoir établir, soit 6 fr., que nous déduisons de votre compte.

« Veuillez agréer, etc. »

Décidément, la Compagnie y mettait de l'entêtement. Je lui écrivis, en substance, que devant cette récidive, j'allais remettre ces trois notes en recouvrement légal, et que, fort de l'avis autorisé de personnes compétentes, je ne reculerais pas devant les frais judiciaires pour faire établir ce point de droit.

Je reçus alors de M. le Contrôleur central du personnel la lettre suivante :

« Monsieur le Docteur,

« En réponse à votre lettre du 4 courant, j'ai l'honneur de vous informer que je fais établir un mandat de 6 fr. à votre profit, pour les 3 certificats délivrés aux ouvriers A, B et C de notre société.

« Veuillez agréer, etc... »

Point n'est besoin de philosopher. L'exposé des faits qui précède montre que le prix du certificat médical délivré par le médecin traitant d'un blessé est dû par le patron, *même quand celui-ci l'a refusé*, à condition qu'il ait été établi avant celui du médecin patronal.

Cela nous fait comprendre pourquoi certains médecins de la Compagnie du Gaz mettent tant de célérité à se trouver auprès des blessés, alors qu'ils se font longtemps attendre en cas de maladie.

On se plaît à tout propos d'oublier le désintéressement et de méconnaître le dévouement des membres du Conseil d'Administration du Syndicat des Médecins de la Seine.

C'est grâce à l'appui moral et aux conseils autorisés du Dr Philippeau et du Dr Dally que j'ai pu résister aux exigences de la Compagnie du Gaz de Paris.

Ce m'est un devoir et un plaisir de le déclarer publiquement.

Dr HÉLOUIN.
(Alfortville).

Notre confrère Diverneresse, après lecture de cet excellent article s'est empressé de formuler par la lettre suivante une observation fort juste qui porte sur le passage que nous avons reproduit en italiques :

A Monsieur le Dr Perreau,

Rédacteur du *Bulletin officiel* du Syndicat Médical de la banlieue Sud-Est de Paris,

29, rue du Parc,
Ivry (Seine).

Mon cher confrère,

J'ai lu avec le plus vif intérêt votre *Bulletin Officiel* du Syndicat de la Banlieue Sud-Est de Paris, que vous avez bien voulu m'adresser.

Je suis tout à fait de l'avis du Dr Gagnière, de Thiais. « Ce n'est pas pour philosopher que l'on se syndique ».

Je tiens à vous signaler un passage très dangereux de l'excellent article, par ailleurs, de notre confrère Hélouin, sous le titre « Communiqué ».

Après avoir dit avec beaucoup d'exactitude : « Dans la forme où elle est faite, la constatation de l'état du blessé n'est pas légale . . . », il ajoute « Cependant étant donné qu'elle offre un caractère administratif, il semble qu'il n'y aurait aucun inconvénient pour personne à la laisser faire courtoisement ... ».

Même faite courtoisement, il y a un gros inconvénient. Songez, en effet, que c'est à la demande des syndicats médicaux que nous avons obtenu que le législateur inscrive dans la loi une de nos règles de déontologie, la suivante : « Un « médecin ne doit jamais se rendre auprès d'un ma- « lade déjà en traitement, sans avoir prévenu son « confrère ». Aujourd'hui, c'est la Compagnie que vous voulez laisser agir parce que c'est l'*Administration de la Compagnie du gaz* ; demain ce seraient les Compagnies d'assurances que vous laisserez agir, parce que ce sont aussi des Administrations, encore plus importantes que celle du Gaz.

On le fera courtoisement d'abord ; puis on ne sera plus courtois dans la suite. Ce que vous avez accordé comme une faveur, on le réclamera comme un droit. Voyez les Mutualistes !

Enfin on dira : Les médecins ne savent pas ce qu'ils veulent. Ils voulaient que, pour pénétrer dans le domicile de leur client, le médecin contrôleur ait l'autorité du Juge de Paix et soit tenu de prévenir le médecin traitant. La Chambre et le Sénat passent leur temps à discuter cette question. Puis, quand on leur a accordé ce qu'ils demandent, les médecins ne veulent plus s'en servir.

Ne laissez jamais un médecin contrôleur, même s'il est votre meilleur ami, pénétrer chez votre malade sans qu'il vous avertisse, et faites l'impossible pour assister à sa visite. Non pas à cause de ce médecin contrôleur, mais pour le principe.

Le principe, voyez-vous, *c'est un bateau*, c'est vrai. Mais si vous y tolérez la moindre fissure, l'eau (l'abus) pénètre peu à peu, le submerge, le bateau coule et vous êtes perdu.

Puis, si vous permettez à un médecin contrôleur de visiter un blessé pour faire un certificat, sans l'autorisation du juge de paix, sans l'avoir prévenu, comment voudrez-vous ensuite exiger ces formalités d'un autre médecin contrôleur ? Votre rigidité paraîtra alors une marque de dé-

fiance, un acte d'hostilité contre cet autre confrère.

Enfin, il y a un autre personnage « qui joue aussi dans la pièce », c'est l'ouvrier. Or, si vous voulez que celui-ci résiste aux pressions des compagnies, si vous voulez qu'il ait conscience de ses droits, de sa dignité d'homme, il faut lui apprendre que son domicile est chose sacrée, qu'on ne peut y entrer qu'en prenant certaines précautions et non pas comme dans un moulin. Vous n'avez pas le droit de faire vos petites affaires à l'amiable entre médecin du blessé et médecin de la Compagnie. Ce serait une mauvaise action que de négliger les droits du blessé. Respectez la loi, toute la loi, et si dans votre petit coin où vous vous entendez tous très bien, vous ne voulez pas le faire pour vous, faites-le au moins au nom des intérêts de tout le corps médical.

Apprenez aussi à l'ouvrier, lorsqu'un accident vous met en contact avec lui, à remplir ses devoirs, mais aussi à faire respecter son logis. Votre syndicat remplira ainsi son rôle social, et c'est surtout par là que vous ferez constater votre utilité, et que vous vous ferez respecter et écouter des pouvoirs publics.

Puisque, comme le syndicat de la banlieue-ouest, vous avez eu le grand mérite d'organiser une commission d'arbitrage entre les assureurs et les médecins, efforcez-vous d'obtenir de la Compagnie du Gaz qu'elle accepte, elle aussi, cette commission d'arbitrage.

Faites accepter par ces collectivités le principe voté par le Congrès des médecins praticiens de Lille :

« Le certificat initial sera signé à la fois par le « médecin traitant et par le médecin contrôleur « de la compagnie ».

Si la Compagnie résiste, faites entrer en ligne votre conseiller général et les maires de votre région.

Merci de votre envoi et bien à vous,

Dr Diverneresse.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Les élections médicales pour les Commissions médico-mutualistes.

(*Extrait du procès-verbal de la dernière réunion du Syndicat de Valence*).

M. Fayard, secrétaire, donne lecture d'une lettre de M. le Président de l'Union départementale des Sociétés de Secours mutuels de la Drôme, demandant au Syndicat de vouloir bien désigner un délégué, qui devra se joindre à ceux que nommeront les syndicats de Valence et de la Basse-Isère, ainsi que l'Association générale des Médecins de France, pour constituer l'élément médical d'une Commission mixte médico-mutualiste, destinée à régler toutes les questions qui intéressent les médecins dans leurs rapports avec les sociétés de secours mutuels.

M. Rocheblave explique l'origine de cette demande. Primitivement, le Syndicat de Valence avait été seul prié de nommer les délégués du corps médical. Cette organisation crut devoir faire participer à la nomination de ces délégués, tous les syndicats groupant les médecins de la Drôme : Sur ces entrefaites, l'Association générale revendiqua le droit de nommer au moins un délégué sur quatre. La question de savoir si l'Association, groupement mutualiste affilié à l'Union des Sociétés de Secours mutuels de la Drôme, ayant par suite participé à l'élection des délégués mutualistes pouvait aussi prendre part à l'élection des délégués médicaux, fut alors posée. On décida de soumettre cette question de principe à l'examen du Conseil général de l'Association des Médecins de France.

Depuis lors, cette question, examinée de concert par l'Association et l'Union des syndicats, a reçu la solution suivante :

« Les bureaux de l'Association Générale des Médecins de France et de l'Union des Syndicats Médicaux.

« Considérant que l'union la plus cordiale doit exister toujours entre les Syndicats Médicaux et les Sociétés unies de l'Association Générale ;

« Qu'il est nécessaire, dans l'intérêt du corps médical, que toute question d'ordre général soit traitée d'un commun accord entre les Syndicats et l'Association Générale ;

« Estiment que dans l'élection des délégués médicaux aux Commissions d'arbitrage médico-mutualistes. Il importe que l'initiative des convocations appartienne aux bureaux réunis des Sociétés locales, des Syndicats et des autres groupements médicaux ;

« Considérant, d'autre part, que tous les médecins appelés à soigner les mutualistes ont le droit de participer aux élections des membres des Commissions médico-mutualistes ;

« Sont d'avis que les bureaux des Syndicats, des Sociétés unies et des autres groupements médicaux, convoquent tous les médecins exerçant dans le département ou dans l'arrondissement et restent chargés du dépouillement du scrutin. »

Dans ces conditions, il ne s'agit plus pour le Syndicat de la Vallée du Rhône de nommer directement un délégué, mais simplement si les autres groupements intéressés — Syndicat de Valence et de la Basse-Isère, Association générale — adhèrent à cette manière de voir de présenter un ou plusieurs candidats, et de participer avec eux à l'organisation du vote auquel tous les médecins de la Drôme seront appelés à prendre part.

Le Syndicat désigne éventuellement MM. Rocheblave et Tournaire comme candidats à la Commission mixte d'arbitrage médico-mutualiste.

L'impôt sur le revenu et les médecins.

C'est le Syndicat de la Seine qui a pris l'initiative de porter au gouvernement l'expression des vues du corps médical sur ce qui le concerne dans le projet d'impôt sur le revenu.

Le compte-rendu de sa dernière séance nous en informe dans le passage suivant :

M. Guillemonat donne connaissance des différentes démarches qui ont été faites.

A la suite de l'adoption par le Congrès des Praticiens de Lille des vœux qu'il avait proposés au nom de l'Union des Syndicats de France et du Syndicat des Médecins de la Seine, il a pensé qu'il y avait urgence à agir. Il a donc demandé une audience à M. Caillaux, ministre des Finances ; cette audience a été accordée. Le Dr Philippeau et lui-même ont exposé les revendications du Corps médical et ont remis la lettre suivante :

Monsieur le Ministre.

Au nom de l'Union des Syndicats médicaux de France et du Syndicat des médecins de la Seine, nous avons l'honneur de vous faire connaître les observations de ces deux importantes Sociétés au sujet de l'impôt sur le revenu des professions libérales, et spécialement de la profession de médecin.

Les vœux que nous présentons ont été adoptés par le Congrès des médecins praticiens de Lille. Le Corps médical a été profondément ému des conséquences de l'application de l'impôt sur le revenu, et les différents sondages effectués par votre Administration ont montré que, dans presque tous les cas, le médecin se verrait énormément surchargé ; c'est pourquoi, Monsieur le Ministre, nous nous permettons d'attirer votre attention sur les points suivants :

1° L'article 48 (ancien 53), concernant l'impôt sur les bénéfices des professions libérales, n'établit pas nettement que l'on doive diminuer les frais inhérents à la profession médicale.

Nous vous serions donc très obligés de tenir compte des amendements présentés par MM. Dubuisson et Delpierre, députés, qui demandent tous les deux que l'on intercale dans le texte la phrase suivante :

« Après défalcation des frais inhérents à la profession... »

Nous vous demanderions aussi de préciser soit à la suite du même article, soit à un article traitant du règlement d'administration publique, une sorte d'addendum dont l'esprit serait le suivant :

« Les règlements d'administration publique « énumèreront, en tenant compte des conditions « d'exercice de chaque profession ou occupation « libérale, les indications que devra contenir la « déclaration et les justifications dont elle devra « être accompagnée, pour en établir l'exactitude; »

2° A l'article 50 (ancien 55), nous serions heureux de voir supprimer le mot « *détaillée* » après « une déclaration de ses revenus », ce mot entraînant presque obligatoirement une violation du secret professionnel.

A ce sujet, nous vous demandons :

3° D'introduire d'une façon expresse un article nous permettant de sauvegarder, dans tous les cas, le secret professionnel sans lequel nous ne pourrions plus avoir la confiance absolue des malades.

4° Dans le cours de la discussion générale, MM. Ribot et Jaurès vous ont signalé les frais considérables que l'Etudiant est obligé de faire pour arriver au doctorat. En général, le futur médecin entame fortement son capital, et il n'est que juste de lui permettre de reconstituer le patrimoine familial ; aussi, pour l'y aider, nous vous demanderions, soit d'abaisser à 2 % le taux d'imposition de l'impôt, soit de diminuer d'un certain quantum, environ 1/5, le montant des bénéfices nets avant l'application de l'impôt.

5° Le médecin ne pouvant tenir de livres de comptabilité régulière, il lui sera souvent impossible, si l'on exige la preuve de l'exactitude de sa déclaration, qu'il puisse fournir la dite preuve ; aussi, nous vous demandons de vouloir bien imposer la preuve de l'inexactitude de la déclaration à l'Administration, lorsque celle-ci le jugera nécessaire. En d'autres termes qu'en cas de contestation sur la déclaration, ou même sur la taxation d'office, la charge de la preuve incombe à l'Administration.

En vous remerciant, Monsieur le Ministre, de l'audience que vous avez bien voulu nous accorder, et espérant que vous accueillerez favorablement nos desiderata, que nous soumettons à votre haute appréciation, nous vous prions, Monsieur le Ministre, d'agréer l'hommage de notre profond respect,

Le Président du Syndicat des Médecins de la Seine, membre du Conseil de l'Union des Syndicats médicaux de France.

Dr PHILIPPEAU.

Le Secrétaire général du Syndicat des Médecins de la Seine, délégué de l'Union des Syndicats médicaux de France.

Dr GUILLEMONAT.

Le Ministre a écouté très attentivement la lecture de cette lettre et a donné des réponses satisfaisantes sur presque tous les points.

A la suite de cette démarche, MM. Philippeau et Guillemonat ont rendu visite au chef du cabinet de M. Caillaux, et ont à nouveau exposé leurs demandes. La réponse a été conforme à celle du Ministre et l'impression des délégués du Syndicat a été très satisfaisante.

M. Guillemonat est allé aussi voir M. Renoult, rapporteur de la loi sur le revenu, qui lui aussi n'a fait aucune objection aux demandes présentées. Il annonce aussi que le groupe médical va se réunir prochainement et qu'il doit aller à cette réunion pour exposer les demandes syndicales.

Le Conseil approuve la conduite de cette affaire et sur la demande du Dr Wicart, décide d'inscrire à l'ordre du jour de la prochaine séance : Arbitrage pour les déclarations en ce qui concerne l'impôt sur le revenu.

DÉONTOLOGIE

Le médecin dans la pratique médicale.

Par M. le Dr Louis RÉNON

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de la Pitié.

Messieurs,

J'ai l'habitude, à la fin de chaque semestre de mon enseignement, de donner en quelques mots, aux stagiaires de mon service, des conseils sur leur pratique médicale (1).

C'est là une question qui n'a rien de scientifique, rien de commun avec l'enseignement médical, et cependant j'estime que ces conseils, loin d'être superflus, peuvent aider le jeune médecin débutant à commettre moins d'erreurs, moins de fautes, et à courir plus de chances de réussite.

Messieurs, dans la pratique médicale, le médecin se trouve en rapport avec ses confrères et avec ses malades.

Parlons, si vous le voulez bien, tout d'abord, de ses rapports avec ses *confrères* ; nous parlerons ensuite de ses rapports avec les malades.

Lorsqu'un médecin va s'installer dans une localité, il est extrêmement rare qu'il soit le seul médecin, sauf dans certaines campagnes à population peu nombreuse. S'il existe un autre confrère, le médecin est tenu d'aller lui faire une visite. Dans cette visite, il fera acte de la plus grande correction, il avertira son confrère qu'il fera son possible pour rester en bonne entente avec lui, en se conformant aux règles de la déontologie. La visite faite par le médecin doit être rendue par le confrère à qui elle est faite.

(1) Conférence professionnelle faite à l'hôpital de la Pitié, le 22 juin 1908, et publiée dans le *Bulletin médical*, n° 60.

Dans sa profession, le médecin a des rapports avec ses confrères dans le cas où un malade veut changer de médecin, dans le cas où il est appelé d'urgence par un malade qui n'est pas le sien, lorsqu'il reçoit dans son cabinet le malade d'un confrère, et dans le cas de consultation avec un confrère.

Un malade veut changer de médecin : il peut le faire, c'est son droit absolu. Mais il faut distinguer deux cas : le changement de médecin s'exécute en dehors d'une maladie ou au cours d'une maladie. Lorsque le malade n'a pas eu de maladie depuis quelque temps, pour une nouvelle maladie, il a le droit absolu de s'adresser au médecin de son choix. Sur ce point, la plupart des syndicats médicaux sont d'accord ; ils admettent que la qualité de client n'existe que pour la maladie en cours. Quelques malades ont même la délicatesse, alors qu'ils sont bien portants, d'aller trouver le médecin à qui ils désirent confier le soin de leur santé et le prient de bien vouloir s'occuper d'eux le cas échéant. Mais, lorsqu'il s'agit d'une maladie en cours, déjà traitée par un médecin, par exemple, dans le cas d'une pneumonie ou d'une tuberculose, votre conduite doit être toute différente. Vous ne pouvez accéder au désir du malade que sous la réserve de l'exécution de certaines formalités réglées par l'usage. Vous serez très souvent invités à voir un malade soigné déjà par un de vos confrères. On vous dira : « Docteur, veuillez voir notre malade, nous estimons qu'il est mal soigné. » Vous n'avez qu'à répondre : « Je le veux bien, mais avec mon confrère ; sans lui, cela m'est impossible. » On vous dira quelquefois que le malade n'a pas de médecin. Souvent le malade avait un médecin qu'il avait voulu évincer. Dans le cas où un malade désire absolument changer de médecin, j'estime qu'il en a le droit, et qu'il peut le faire, en observant les règles suivantes. Il vous faudra prévenir le confrère. La mission est désagréable, j'en conviens ; mais vous devez passer sur les questions de susceptibilité pour le tenir au courant de la situation et lui faire régler ses honoraires. Vous devez, dans les soins ultérieurs donnés au malade, vous abstenir scrupuleusement de toute appréciation sur le traitement suivi antérieurement, et ne pas vous associer aux doléances de la famille, si elle en formulait.

Telle était ma manière de comprendre la question du remplacement d'un confrère, quand j'ai reçu une lettre très intéressante d'un de nos confrères de Seine-et-Marne, le Dr Dupont, m'annonçant que la Société des médecins de l'arrondissement de Melun, Fontainebleau, Provins avait voté les conclusions suivantes :

« Aucun médecin ne peut intervenir chez un malade aigu en cours de traitement, autrement qu'en consultation.

« Sont exceptés, les cas d'urgence, d'absence du médecin traitant, ou certains cas exceptionnels impossibles à préciser d'avance.

« On doit assimiler aux maladies aiguës les épisodes aigus des maladies chroniques et les traumatismes jusqu'à la consolidation de la blessure. »

Cette pratique a semblé plus facile, plus favorable aux confrères consciencieux, la moins propice à ceux qui ne le sont pas, enfin et surtout, la plus conforme à la dignité médicale.

En cas d'urgence, vous pourrez être appelés à voir le malade d'un confrère. Si ce dernier est absent, votre conduite ne doit souffrir aucune difficulté, vous devez de suite, par mesure d'humanité, vous rendre près du malade de votre confrère, le soigner de votre mieux. Vous écrirez ensuite un mot à votre confrère, en le prévenant que vous venez de voir son malade en son absence. Souvent, le confrère, par un acte de courtoisie que je vous engage à pratiquer toujours, vous priera de revenir voir avec lui le malade pour que vous le mettiez au courant de ce qui vient de se passer.

Un malade se présente à votre cabinet, avez-vous le droit de le recevoir ? L'opinion de toutes les associations médicales est unanime. Le cabinet du médecin est un terrain neutre ; le malade a le droit de venir y demander un conseil et de s'y faire soigner. C'est là une règle générale approuvée par tout le monde. Certains malades abusent même de cette facilité, en consultant plusieurs médecins en même temps. Les uns veulent savoir la vérité sur leur cas ; les autres ont le secret désir de voir si M. X... ne trouvera pas ce qu'a découvert M. Z..., et vous pourrez être victimes de certains monomanes qui, après une longue consultation, vous parleront d'un signe observé par un confrère et que vous n'aurez pas recherché, ou vous sortiront de leur poche une analyse d'urine que vous n'aurez pas réclamée. Souvent aussi, on vous fera remarquer que M. Y... ou M. Z... n'a pas fait un examen aussi minutieux que vous. Si l'on insistait sur ce sujet délicat, je vous engage à faire observer que les symptômes ne sont plus les mêmes et que la maladie a évolué. Des malades vus en consultation profitent parfois de la neutralité du cabinet médical pour venir demander un avis à leur ancien médecin consultant. Comme ce dernier n'aurait jamais connu le malade s'il n'avait été appelé en consultation par le médecin traitant, il doit s'enquérir auprès du patient s'il a l'assentiment de son médecin traitant et, de toutes façons, le prévenir de la visite effectuée.

Vous aurez des rapports avec vos confrères, quand vous serez appelés en consultation près d'un malade de l'un d'eux. Si vous êtes appelés en consultation par un confrère, votre devoir est de vous rendre près du malade avec lui. Si c'est la famille qui réclame votre avis, vous devez faire prévenir le médecin traitant en vous assurant que votre heure pourra lui agréer. Vous devez accepter tout consultant, même inférieur à vous en âge, en réputation et en titres, pourvu que ce soit un homme honorable. Qui sait ? Un conseil de bon sens peut parfois permettre de débrouiller une situation restée obscure, malgré les examens les plus au courant des dernières découvertes de la science.

Le médecin consultant a des devoirs vis-à-vis du malade près duquel il est appelé et des devoirs envers le confrère qui l'appelle en consultation.

Le malade doit être examiné scrupuleusement, sans hâte, avec le temps indispensable pour essayer d'éclaircir une situation souvent obscure. Le médecin consultant fera connaître son avis à son confrère, en toute indépendance et en toute liberté, discutera le diagnostic, et le traitement, les rectifiera, si tel est son avis, agira, en un mot, pour le plus grand bien du malade.

Par contre, le médecin consultant a des devoirs stricts vis-à-vis du médecin traitant. Il ne doit, à aucun prix, faire perdre au malade la confiance en son médecin. Pendant l'examen du malade, et avant d'avoir conféré en particulier avec son confrère, il ne doit prononcer aucune parole susceptible de faire présager son appréciation sur le résultat de l'examen. Au cas de changement de médication, le consultant doit trouver une explication qui ne permette pas au malade de supposer que son médecin s'est trompé. D'ailleurs, les consultants peuvent faire des erreurs comme tout le monde ; celui qui ne fait rien peut seul s'assurer de ne se tromper jamais. Bien entendu, le

médecin consultant ne doit jamais venir revoir le malade qu'avec le médecin traitant.

La consultation médicale m'amène à vous parler d'une question extrêmement importante, celle des honoraires médicaux.

Le médecin ne doit pas avilir les honoraires en faisant, par l'abaissement des tarifs, une concurrence déloyale à ses confrères. Il ne doit donc pas, sauf exception d'humanité, accepter pour les soins donnés aux individus, comme aux collectivités, des tarifs inférieurs à ceux adoptés par les associations médicales. La lecture de tous les bulletins des syndicats médicaux, depuis quelques années, vous édifiera pleinement sur cette question et sur la lutte que les médecins sont obligés de soutenir pour se défendre contre les confrères qui acceptent de véritables tarifs de famine. J'ai le regret de constater que les confrères étrangers ont contribué à cet avilissement des honoraires. J'ai reçu à cet égard quantités de plaintes, et, récemment, me parvenait une lettre d'un confrère de l'Est me signalant, dans son arrondissement, l'installation de médecins étrangers qui avaient accepté des honoraires refusés par tout le monde avant eux. Eh bien! Messieurs, ils ont eu tort. Nous ouvrons nos facultés aux étrangers, et c'est pour nous un grand honneur ; mais, en récompense de notre hospitalité, ils ne doivent pas nous faire une guerre de tarifs, alors que les médecins français ont déjà tant de peine à vivre. Messieurs, vous devez respecter, au point de vue des honoraires, les décisions des associations médicales. Il est, d'ailleurs, indispensable, pour un médecin, de s'affilier au Syndicat médical de sa région. On a dit beaucoup de mal des syndicats médicaux. On les a accusés d'être sectaires et jacobins. Mais, on doit reconnaître, en toute loyauté et en toute justice, que les syndicats médicaux, en groupant les confrères pour la défense de leurs intérêts, constituent une force énorme qui permet de lutter contre la fonctionnarisation et contre la socialisation de la médecine. Les efforts des syndicats médicaux retardent de jour en jour l'heure fatale où le médecin, devenu simple fonctionnaire, perdra toute indépendance et toute dignité. Voici la vérité.

La question des honoraires m'amène à vous parler d'une question très délicate, celle de la dichotomie. Je m'en expliquerai avec vous en toute franchise, car je ne comprends pas les appréhensions de ceux qui sont effarouchés par ce mot, comme si ne pas parler d'un mal pouvait l'empêcher d'exister.

La dichotomie se trouve ainsi définie dans le nouveau dictionnaire de Larousse : « Partage des honoraires consenti par le médecin appelé en consultation, ou par le chirurgien qui opère, au confrère qui a procuré le client (Fig.) ». La dichotomie, qui a les honneurs des dictionnaires, est la conséquence indiscutable de la crise médicale et de la difficulté de vivre pour les médecins. Elle s'est étendue peu à peu du haut en bas de l'échelle médicale comme une plaie gangréneuse, et elle a fini par pénétrer dans tous les détails de la vie du médecin.

La dichotomie se fait avec les chirurgiens, avec les médecins, avec les spécialistes, avec les pharmaciens, avec les bandagistes, avec les herboristes, et même avec les portiers et les garçons d'hôtel. Cet avilissement de la dichotomie en accentue encore les inconvénients qui sont, pour moi, au nombre de trois principaux ; elle commercialise la médecine, elle supprime l'indépendance du médecin et elle abaisse sa situation morale dans le public. C'est vous dire que je suis absolument opposé à la dichotomie. Elle commercialise la médecine, en faisant du médecin un commissionnaire en marchandise. Elle lui enlève toute indépendance ; le médecin dichotomiste peut être appelé, dans certains cas, à donner un avis favorable à une intervention chirurgicale qui ne s'impose pas. Il peut, pour conserver le bénéfice de la dichotomie, faire opérer par un chirurgien des malades que tel autre chirurgien opérerait mieux. La conscience du médecin dichotomiste est mise à rude épreuve, et elle peut vaciller et chavirer dans le combat. En un mot, la dichotomie rabaisse enfin, dans le public, la situation morale du médecin. Voilà déjà les dictionnaires qui donnent la définition de la chose. Dans certains guides à l'usage des étrangers à Paris, on recommande de se méfier des chirurgiens qui partagent les honoraires avec les médecins. Certains grands journaux n'ont pas craint de faire une campagne contre la dichotomie. Dans les premiers jours du mois de janvier dernier, vous pouviez lire, dans une feuille publique du matin, à très grand tirage, l'éloge de la médecine et surtout de la chirurgie suisses qui ne dichotomisent pas ; l'auteur de l'article faisait remarquer avec soin les différences d'une opération à Lausanne et d'une opération à Paris. Dans un journal du soir, un des organes français les plus sérieux, paraissait, il y a quelques années, un article dans lequel la dichotomie était présentée au public sous un jour rien moins que favorable aux médecins. Dans un article publié dans la *Revue des Deux-Mondes*, le professeur Ch. Richet expliquait récemment les méfaits de la dichotomie, et il la blâmait, car « elle mérite d'être regardée comme également peu honorable pour le médecin et pour le chirurgien qui la pratiquent » (1). Le public voit donc ce qu'est la dichotomie, et son estime pour les médecins a considérablement diminué.

La dichotomie est en ce moment en plein progrès, mais je la crois à son apogée. Je ne serais pas surpris qu'elle commence bientôt à décroître et voici pourquoi : d'abord, à cause des exigences des médecins qui ont progressivement élevé le taux de la dichotomie. Celle-ci est passée successivement de 50 % à 75 % et même plus. Les chirurgiens dichotomistes finissent par trouver la chose mauvaise et voudraient bien arrêter ce mouvement ascensionnel. Puis, le public, mis au courant de la dichotomie, est devenu beaucoup plus méfiant. Souvent, le malade ne se fait pas opérer par le chirurgien désigné par le médecin. Aujourd'hui, le malade, sauf le cas d'une opération d'urgence, va consulter plusieurs chirurgiens ; il demande à chacun si l'opération est bien utile ; il se renseigne sur l'habileté, la moralité de tel ou tel chirurgien, et souvent, le médecin dichotomiste, qui veut faire opérer par son chirurgien dichotomiste, voit son client lui échapper des mains. Beaucoup de malades, très au courant de ce qui se passe, préfèrent se faire opérer par les chirurgiens les plus renommés, les plus en vue, par ceux qui prennent le plus cher et ils tiennent le raisonnement tenu devant moi par un homme du monde, et que j'ai rapporté en ces termes :

« Un homme du monde exhalait devant moi, il y a quelques jours, des plaintes amères contre les chirurgiens, qu'il accusait de graves méfaits. Je protestais énergiquement, en lui montrant que l'immense majorité du corps médical et chirurgical français était composée d'hommes très honorables, consciencieux et dévoués. » — «Vous

(1) Ch. Richet. — « La médecine, les médecins et les Facultés de médecine» (*Revue des Deux-Mondes*, 1[er] juin 1908, p. 659).

avez raison de défendre vos confrères, me répondit-il. Cependant, pour moi et pour les miens, j'ai pris l'habitude de m'adresser au grand chirurgien X... et au célèbre médecin Z... Cela me coûte beaucoup plus cher ; mais, comme ils sont très occupés et qu'ils n'en sont, ni l'un ni l'autre, à une opération ou à une consultation près, je suis sûr qu'ils ne font pas une opération inutile et qu'ils n'ordonnent pas des drogues dont on n'a pas besoin. » Je ne pus réussir à le convaincre de la fausseté de ses allégations. (1) L'état d'esprit de ce malade se répand de plus en plus dans le monde à l'heure actuelle, et il est certainement contraire à la dichotomie.

Telle est, Messieurs, mon opinion très formelle sur la dichotomie. Je la réprouve complètement, car je la crois contraire aux intérêts et à la dignité du corps médical.

Est-ce à dire que, dans les rapports entre les médecins et les chirurgiens, tout soit pour le mieux, et qu'il ne faille pas chercher à modifier et à améliorer leurs mœurs anciennes ? En aucune façon. Les mœurs anciennes ne me paraissent plus soutenables à l'heure actuelle.

Quelles étaient ces mœurs anciennes ? Elles étaient très simples. Un médecin faisait opérer un malade par un chirurgien. Le chirurgien touchait ses honoraires, souvent très élevés. Le médecin tarifait son assistance à l'opération, les soins donnés après l'intervention, et il envoyait sa note à la fin de l'année. Celle-ci était réglée, sans aucune observation, par les excellents clients, qui deviennent de plus en plus rares. Mais beaucoup de malades discutaient. Après avoir versé une forte somme au chirurgien, ils hésitaient devant la note, souvent très modeste, du médecin, et parfois ils refusaient de la payer. Un de nos confrères, ancien interne des hôpitaux de Paris, s'est vu refuser une note de fin d'année d'une centaine de francs, envoyée pour son aide et ses soins au cours d'une intervention chirurgicale qui avait été réglée plusieurs milliers de francs à l'opérateur. Le malade répondit qu'il avait suffisamment rémunéré le chirurgien et que notre confrère n'avait qu'à s'adresser à lui. Le conseil fut suivi, mais notre confrère ne put obtenir de réponse.

Ce fait n'est pas rare. Dans les Syndicats et dans les Associations de médecins, on s'est souvent plaint de la difficulté qu'a le praticien honnête, non dichotomiste, à pouvoir toucher ses honoraires pour les soins donnés à l'occasion d'une intervention chirurgicale. C'est pourquoi, avec plusieurs de mes collègues des hôpitaux et de la Faculté de médecine de Paris, avec MM. Le Gendre, Lepage, Triboulet, Fernand Bezançon, avec M. Lereboullet, président de l'Association générale des médecins de France, etc., nous menons actuellement une vive campagne pour l'adoption des mœurs nouvelles basées sur le principe de la note commune pour les interventions chirurgicales et pour les consultations médicales. C'est le règlement en commun des honoraires dus au chirurgien et au médecin. Après chaque intervention chirurgicale, le malade rémunérerait à la fois, dans une note commune et globale, le médecin et le chirurgien, parce que nous estimons que le médecin a droit à des honoraires dans une intervention chirurgicale. Le médecin fait le diagnostic, qui est souvent difficile, il assiste à l'opération chirurgicale, il a sa part de responsabilité dans cette intervention, il donne ses soins consécutifs. Tout cela doit se chiffrer par des honoraires spéciaux qui doivent être réglés en même temps que ceux du chirurgien et que le malade doit connaître exactement. Il en est de même pour les consultations médicales. Le médecin y a une certaine part de responsabilité, il éprouve une perte de temps et un dérangement souvent très grands, si le consultant vient d'une autre ville. La note commune nous semble, ici, aussi légitime que pour une intervention chirurgicale. Quelques associations médicales ont adopté cette manière de voir et fixé des honoraires proportionnels pour les interventions chirurgicales. Il serait à désirer que tous les syndicats médicaux mettent cette question à l'ordre du jour et trouvent une solution équitable au principe de la note commune.

On nous a fait cependant des objections, et nous nous sommes heurtés à des hésitations très légitimes de la part de plusieurs confrères âgés qui nous ont dit : « Vous faites erreur. Le client n'acceptera jamais de savoir ce que le médecin doit toucher dans une note commune, car s'il le sait, il remerciera le médecin après l'avoir réglé. D'autre part, jamais les chirurgiens ne consentiront à abandonner une part, même minime, de leurs honoraires au médecin ». Je ne nie pas la valeur de l'objection, mais j'estime que, quand le public sera éduqué, il en ira tout autrement. Quand les associations médicales se seront mises d'accord sur cette question, les médecins n'auront qu'à dire au public : « C'est notre règle ». Elle servira de base dans les contestations et elle pourra même faire foi en justice. La dichotomie clandestine diminuera progressivement et s'effacera devant les mœurs nouvelles qui sauvegarderont justement et loyalement les intérêts et la dignité du corps médical. La campagne est, certes, dure et difficile ; mais c'est une campagne de salubrité médicale dont il faut souhaiter le succès.

Excusez-moi d'avoir insisté sur ces délicates questions et permettez-moi de vous parler maintenant des devoirs des médecins vis-à-vis des *malades*.

Le médecin doit être dévoué, patient, exact. Ne promettez pas ce que vous ne pouvez pas tenir. Ne dites pas que vous irez voir un malade le jour même quand vous ne pourrez vous y rendre que quelques jours après. Vous avez le droit d'être occupé, tandis que le manque de parole est d'un effet déplorable près du malade.

Croyez-moi, Messieurs, étudiez la psychologie du malade ; cette étude est indispensable pour réussir dans la clientèle.

Le malade est d'un égoïsme féroce et il a parfaitement raison. Soyez persuadés que sa santé seule l'intéresse. Aussi, ne vous occupez que de lui. Ne faites pas comme quelques-uns qui, en allant visiter leurs malades, commencent par leur parler des faits du jour. C'est une erreur, le médecin est appelé pour la santé du malade et non pour discourir sur l'actualité quotidienne. Le malade vous fera beaucoup de promesses ; il ne les tiendra pas toujours, quand il sera guéri. N'ayez pas trop d'illusions à cet égard. « Les pauvres, dit Hippocrate, sont d'abord soumis et doux, ensuite méchants et ingrats. Les riches, tandis qu'ils sont malades, s'épuisent en promesses, pour s'assurer des soins du médecin, Ils s'excusent ensuite de ce que les fermiers ne les payent pas ».

Quand vous aurez examiné le malade, vous aurez le droit de réserver votre diagnostic, si l'évolution de la maladie ne permet pas encore de le poser. Vous pourrez même vous servir de termes qui n'ont rien de scientifique, comme les mots « état muqueux, fièvre muqueuse, état

(1) Louis RÉNON.— Le principe de la note commune (*Journal des Praticiens*, 7 mars 1908).

gastrique, etc. ». On est obligé, selon l'opportunité du cas, et pour des raisons très diverses, de recourir à une pathologie spéciale qui n'est pas la vraie pathologie, mais qui peut nous rendre les plus grands services ; elle permet souvent de ménager le moral des malades et d'attendre que le diagnostic puisse devenir plus précis.

Je vous demande de bien réfléchir avant d'indiquer et avant d'écrire votre traitement. Un médecin réussira d'autant mieux qu'il montrera moins ses hésitations au malade. Je vois des médecins qui disent : « Vous pourriez faire ceci, non, faites donc cela. Ou plutôt, vous auriez raison de faire telle chose ». Quelle confiance voulez-vous que le malade ait en un médecin si peu fixé sur le traitement de son affection ? Le malade se figure que le médecin doit tout savoir. Si vous lui enlevez cette idée de l'esprit, vous ne lui ferez pas le bien que vous pouvez lui faire. Il faut dire :« Vous ferez telle ou telle chose ». Il faut entrer dans les petits détails, sans craindre de donner toutes les explications. Lorsque vous ferez usage de médicaments toxiques, indiquez en toutes lettres les doses sur l'ordonnance, en les soulignant d'un trait. Ne mettez pas des zéros avec des virgules ; quelqu'un se trompera, ou vous, ou le pharmacien. Dans vos prescriptions, mettez toujours la dose pour une pilule, un paquet, un cachet. Par exemple, écrivez : bicarbonate de soude : 20 centigrammes, pour un cachet, n° 10. N'écrivez pas : 2 grammes, à diviser en dix cachets. Cela évitera certainement des erreurs. Si vous ne savez pas quelles doses il faut donner, si vous ne connaissez pas un médicament, ne le prescrivez pas, vous pourriez empoisonner vos malades.

Si un de vos malades est atteint d'une maladie chronique et incurable, je vous en supplie, ne l'abandonnez pas. Le médecin est le marchand d'espérance, et l'espérance est la suprême consolation des hommes. Donnez, par de petits moyens thérapeutiques, associés à de fortes doses de psychothérapie, aide et réconfort à ces malheureux. Soyez persuadés que tout homme tient à la vie et méditez cette belle strophe de Richepin, dans le « vieux lapin » des *Gueux* :

Et la vie est un si grand bien
Que ce vieillard, ce gueux, ce chien,
Regrette tout, lui qui n'eut rien.

D'ailleurs, prenez-y garde. Si la maladie menace de durer longtemps, en étalant au grand jour votre impuissance thérapeutique et en abandonnant de suite la partie, vous ouvrez la porte toute grande au charlatan.« Lui n'hésite jamais, il promet toujours la guérison, variant ses médications les plus étranges à l'infini. Il ignore les difficultés de la lutte, et jamais il ne s'avouera vaincu. Il a d'ailleurs compris que l'espoir est la meilleure drogue à opposer aux maladies qui ne pardonnent pas. Il sait que l'être humain, à part quelques grandes figures, ne se résigne jamais à disparaître sans croire qu'on ne puisse rien faire pour combattre son mal, et il a entendu des paroles d'espérance dans les râles des mourants » (1). En connaissant mieux votre thérapeutique, en apprenant mieux les moyens de soulager, si vous ne pouvez guérir, en adoucissant les derniers moments des malheureux condamnés sans rémission, vous remplirez votre devoir social, et vous n'aurez plus à craindre la concurrence des charlatans.

Je suis d'accord avec mon maître, M. Huchard, et avec mon distingué confrère M. Helme, lorsqu'ils se sont élevés, l'un et l'autre, contre la déclaration de notre confrère anglais, sir John Frayer disant : « Je n'admets pas que la mort surprenne un malade, sans qu'il en ait été informé ». Cela, Messieurs, jamais, jamais ! D'abord, nous ne savons pas quand un malade mourra, nous ne sommes pas les maîtres de sa vie. Si un malade vous dit : « J'ai besoin de savoir si je suis perdu pour mettre ordre à mes affaires », vous devez lui répondre : « Cela ne fait jamais de mal de mettre de l'ordre dans ses affaires. Voyez M. X., il y a quinze ans, il en a fait autant, et aujourd'hui il est en santé parfaite ». Ne soyez jamais le messager de la fatale nouvelle, le malade quitterait la vie en vous maudissant.

Mais si vous ne devez pas prévenir le malade de sa fin, il faut que vous teniez la famille au courant de son état. On ne vous incriminera pas une erreur de pronostic. Réservez-le quand vous le croirez utile, mais ne l'assombrissez pas par principe. Si vous faites d'une simple angine une diphtérie grave, d'un embarras gastrique une fièvre typhoïde maligne ou d'une migraine une méningite, vous aurez la tâche facile pour sauver le malade. On chantera vos louanges sur tous les modes pendant un temps plus ou moins long ; mais cela ne durera pas, soyez-en persuadés. Après avoir été le « bon docteur », vous ne resterez plus que le « médecin Tant Pis ». Ne semez donc pas de vaines alarmes pour avoir le bénéfice de la guérison. Ici, comme toujours, comme partout, c'est la ligne droite qui conduit le plus rapidement d'un point à un autre, et l'honnêteté scrupuleuse est le meilleur gage de réussite. Mais, si vous devez la vérité à la famille du malade, ne dites jamais qu'il ne passera pas la nuit. Vous n'en savez rien, et vous pourrez voir vivre encore quelques jours, quelques semaines, quelques mois ou quelques années des malades que vous aurez irrémédiablement condamnés. Comme me le disait un jour un homme de cinquante ans : « Je suis le condamné de votre confrère, le Dr X. Il y a quinze ans qu'il m'a condamné et je suis guéri, tandis qu'il est mort depuis dix ans ?. Vous avez le devoir de dire que la situation est très grave, mais laissez toujours une porte ouverte à l'espoir. Vous aurez le mérite de la guérison, si le malade guérit. S'il succombe, vous n'aurez pas énervé inutilement les efforts de la famille pour son malade, car rien n'est pénible et décourageant comme de lutter sans espoir, si l'on sait depuis trop longtemps que la situation est sans aucune issue. N'oubliez jamais l'influence du moral sur le physique, et souvenez vous que ce sont les forces morales qui mènent le monde.

Si la famille vous a prié de la prévenir de la gravité du cas, parce qu'elle tient à faire remplir au malade ses devoirs religieux ou pour toute autre raison, vous devez la prévenir, sous les réserves indiquées plus haut. Bien entendu, vous n'avez pas à intervenir dans les questions confessionnelles, ni dans les questions d'intérêt ; cela ne vous regarde en aucune façon, et vous devez observer une neutralité absolue.

On vous demandera parfois de constater la mort ; vous n'aurez pas à vous dérober à ce pénible devoir. Quelques personnes, dans la crainte d'être enterrées vivantes, réclament une garantie plus sérieuse que le simple examen du cadavre. Pratiquez alors la section d'une des artères radiales. Si le médecin n'est pas présent au moment de la mort, il est correct de libeller sur une carte un mot de condoléance à la famille ; cela lui indiquera que vous prenez part à sa douleur. Il n'est pas de règle, dans notre pays, que les méde-

(1) Louis RÉNON. — Le succès des charlatans (*Journal des Praticiens*, 1er sept. 1906).

cins assistent aux obsèques de leurs clients. D'ailleurs, pour toutes les questions concernant la mort des malades, je vous engage à consulter un excellent article de mon collègue, M. Le Gendre, paru, il y a quelques mois, dans le *Journal des praticiens* (1).

Il me reste quelques mots à vous dire des accidents du travail, du secret professionnel et de la responsabilité médicale.

Je ne vous dirai qu'un simple mot des accidents du travail. C'est une question très importante de médecine pratique. Dans certaines régions, les accidents du travail constituent les deux tiers ou même la moitié des occupations du médecin. C'est une question beaucoup plus chirurgicale que médicale, et il est désirable que les chirurgiens fassent une part importante dans leur enseignement à cette variété de pratique professionnelle.

Le médecin est tenu au secret professionnel par l'article 378 du Code pénal. Je ne puis insister sur ce chapitre, qui nécessiterait à lui seul plusieurs leçons. Je vous renvoie aux ouvrages courants sur le sujet, et notamment au traité de M. Brouardel. Qu'il me suffise de vous dire qu'en toutes choses, même au point de vue mariage, le secret médical est absolu et que vous ne devez en aucun cas y déroger. Vous n'avez pas le droit de livrer le secret, quand bien même la personne à qui s'applique le secret vous aurait autorisé à le divulguer. Notre confrère, le Dr Watelet, a été condamné, le 11 mars 1885, à 100 fr. d'amende, sur la plainte du Parquet, pour avoir divulgué dans le *Matin* du 14 décembre 1884 la cause de la mort de Bastien-Lepage. Il en avait été prié par la famille du grand artiste, pour répondre à une information publiée quelques jours avant dans ce journal dont le gérant fut aussi condamné. Veuillez remarquer que personne ne s'était plaint, et que c'est le Parquet qui, de sa propre autorité, a fait poursuivre notre confrère, pour violation de l'article 378 du Code pénal. Chose étrange, et qui marque bien l'état d'anarchie actuelle, tandis que les magistrats de Paris manifestaient en 1885 un si grand respect pour le secret professionnel, il y a quelques années les magistrats de Bordeaux, dans un procès célèbre, ont voulu forcer nos confrères bordelais à violer le secret pour savoir la vérité. Nos confrères n'ont pas voulu céder, même devant les menaces, et ils ont donné ainsi un grand exemple de la persistance des traditions d'honneur dans le corps médical.

J'arrive à la responsabilité médicale.

Le médecin est responsable de ses actes comme tout citoyen, et sa responsabilité est définie par l'article 1382 du Code civil, qui veut que l'on répare tout dommage fait à autrui, et par les articles 319 et 320 du Code pénal, qui admettent, comme éléments constitutifs du délit la simple imprudence, l'inattention, la maladresse ou l'inobservation des règlements de police. Les éléments de la responsabilité médicale ont été remarquablement exposés dans le jugement du président Toutain, lors de l'affaire de notre confrère, le Dr Cormon, jugée à la 9e chambre correctionnelle de la Seine, au mois de juillet de l'année dernière. J'ai cru devoir intervenir comme témoin de moralité dans cette affaire, pour défendre le Dr Cormon, mon ancien externe, parce que j'estimais que les conclusions de l'expert n'étaient pas justifiées, et que la condamnation de notre confrère aboutirait directement à la faillite du progrès médical en France et à la thérapeutique des bras croisés.

On n'est pas tendre pour les médecins en ce moment. Vous devez donc redoubler d'attention dans vos opérations et dans vos prescriptions. Ne faites jamais une opération pour laquelle vous n'auriez pas l'assentiment du malade, et ne passez jamais outre à sa volonté.

En terminant, je crois utile de vous faire une remarque d'ordre général. Dans le monde, les médecins parlent trop. Ils initient trop de gens à la médecine. La vulgarisation de l'hygiène est excellente ; celle de la médecine est mauvaise pour tout le monde, pour les malades comme pour le médecin. Cette opinion que j'ai soutenue publiquement m'a valu les foudres du livre : « Défends ta peau contre ton médecin ». Je n'ai nullement la prétention de vouloir faire des médecins une caste à part dans la société, encore que les services qu'ils y rendent soient inappréciables. Mais je voudrais que la solidarité médicale ne fût pas un vain mot. Je désirerais que les médecins ne se déchirent pas entre eux et ne se tirent pas toujours dans les jambes, sans se rendre compte que nous sommes tous plus ou moins atteints par les ricochets de leurs imprudentes paroles. N'ai-je pas entendu, à la tribune du dernier Congrès pour la répression de l'exercice illégal de la médecine, des confrères dire publiquement que les médecins ne savaient pas réduire les hernies et appliquer les bandages ! Je pensais, à part moi, à d'autres professions où le silence est, non pas d'or, mais de diamant, et je me disais que si nous savions nous tenir entre nous de cette manière, les médecins auraient, dans la société, la place légitime à laquelle tous les services qu'ils lui rendent leur donnent justement droit.

(1) Le Gendre. — Le médecin et la mort (*Journal des Praticiens,* 1er fév. 1906).

JURISPRUDENCE DU SOU MÉDICAL

Deux jugements sur la prescription en matière d'honoraires médicaux. Accidents du travail.

On me communique deux jugements intéressants qui fixent ce point, contesté souvent, de la prescription des honoraires médicaux en matière d'accidents du travail.

Le premier, rendu à la date du 14 avril 1908 par M. Georges Gruffy, premier suppléant de la justice de paix du canton d'Ivry-sur-Seine, est ainsi conçu :

Entre M. Fleury, docteur en médecine, demeurant à Neuilly-sur-Seine, no 150, avenue du Roule comparant par M. Gravaille, demeurant à Neuilly-sur-Seine, etc.

Et M. Boyer, demeurant à Puteaux, rue de Paris, no 4, défendeur, comparant par M. de Maulinier, demeurant à Paris, 184, rue de Rivoli, etc.

A l'audience du 31 mars dernier, la cause fut appelée et lecture fut faite de la citation, dont les conclusions sont ainsi conçues...

« S'entendre condamner à payer au demandeur la somme de 45 francs pour soins et visites faites et données à M. L..., ouvrier à son service, blessé par suite d'un accident du travail arrivé à Ivry-sur-Seine :

« S'entendre, en outre, condamner aux intérêts, frais et dépens. Voir ordonner l'exécution provisoire dudit jugement à intervenir conformément à l'article 11 de la loi du 25 mai 1838 ».

Le demandeur, par un intermédiaire, déclare persister dans ses conclusions.

Le défendeur, par son mandataire, oppose la prescription et dépose les conclusions annexées à la minute des présentes et dont les conclusions sont ainsi conçues :

« Plaise à M. le juge de paix, attendu que par exploit, etc., M. Boyer a été cité en audience du 31 mars pour paiement d'une somme de 45 fr. au Dr Fleury relativement à des soins donnés au sieur L..., blessé le 27 juillet 1906, au service du concluant.

« Mais attendu que la guérison de L... remonte au 6 août 1906.

« Attendu que l'article 18 de la loi d'avril 1898, modifiée par celle du 22 mars 1902, déclare prescrite au bout d'un an à partir de l'accident ou de la cessation du paiement de l'indemnité temporaire l'action en indemnité.

« Attendu que cette prescription doit s'appliquer aux frais médicaux, ainsi qu'il résulte des termes du dit article 18 mais aussi des déclarations du rapporteur de la loi, à la Chambre des députés qui, sur la remarque d'un député, répondit : « C'est l'action du risque professionnel qui est éteinte au bout d'un an, quant aux autres actions qui peuvent être exercées en vertu des principes généraux du droit, elles ne sont pas réglementées par le texte que nous soumettons à la Chambre. (*Journal officiel*, du 29 octobre 1897.)

« Or, comme l'action intentée au patron pour frais médicaux est une action du risque professionnel, au même titre que les actions en indemnité, elle se prescrit comme celles-ci par un an.

« Attendu que la loi d'avril 1898 est d'ordre public et que toutes conventions qui lui sont contraires sont nulles et non avenues, il en résulte que la prescription organisée par l'article 18 est également d'ordre public, et que, par suite, les parties ne peuvent y déroger.

« Par ces motifs, déclarer l'action du Dr Fleury prescrite, le débouter de sa demande et le condamner aux dépens ».

La cause fut remise à aujourd'hui et à la présente audience le tribunal a rendu le jugement suivant :

Attendu, etc.. qu'au nom de M. B.., la Cie d'assurances l'« Urbaine et la Seine » invoque la prescription, motif pris de ce que l'article 18 de la loi sur les accidents du travail, qui impartit un délai d'un an pour l'exercice de l'action en indemnité, s'appliquerait à l'action en paiement des frais médicaux.

Attendu que ces mots : « action en indemnité » signifieraient, suivant un commentaire donné au cours des travaux préparatoires : action du risque professionnel.

Or, le risque professionnel met à la charge du chef d'industrie l'indemnité proprement dite et ses accessoires : frais médicaux, frais pharmaceutiques, frais funéraires.

Mais attendu que cette opinion isolée ne saurait prévaloir contre le sens naturel des mots : « L'action en indemnité prévue par la présente loi », cela ne peut signifier que l'action intentée par l'ouvrier ou employé contre le patron, pour le règlement de l'indemnité, etc. ; l'action des médecins, c'est l'action directe qui leur est consacrée par l'article 4, parag. 4.

Attendu que cette dernière action diffère de la 1re non seulement par les parties qu'elle met en présence ; non seulement par le texte législatif qui lui sert de base, mais encore par celui qui l'organise (l'arrêté du ministère du commerce du 30 sept. 1905), comme aussi par le rôle du juge de paix au regard de chacun.

Attendu, en outre, que si l'on s'explique très bien que, dans un but de paix sociale, le législateur a limité, dans le plus bref espace de temps possible, les litiges entre patrons et ouvriers, d'où la limitation à un an de l'action en indemnité, il est inadmissible que le corps médical, presque au lendemain de la loi du 30 novembre 1892 par laquelle il a fait porter de un an à deux ans le délai d'exercice de son action, ait été privé sans phrases de cette extension de délai précisément dans les cas où sa rémunération est étroitement tarifée :

Par ces motifs :

Rejette l'exception de prescription et renvoie la cause pour être jugée au fond.

Ainsi jugé, etc.

Le 2e jugement a été prononcé par M. Darde, juge de paix du canton de Courbevoie, le 2 juin 1908.

Entre M. Paul R... demeurant à Bécon, défendeur originaire et demandeur sur opposition et le Dr Cazalis, demeurant à Courbevoie demandeur originaire, et défendeur sur opposition.

M. Paul R... a fait citer le Dr Cazalis pour entendre dire qu'il s'oppose à l'exécution du jugement de défaut rendu contre lui par ce tribunal en date du 24 mars dernier, etc.

Et ce, attendu que la somme réclamée par le Dr Cazalis, en vertu de la loi du 9 avril 1898, a pour objet le paiement d'honoraires pour soins médicaux qui lui seraient dus à l'occasion d'un prétendu accident du travail dont aurait été victime la demoiselle P.

Que l'accident dont il s'agit aurait eu lieu le 11 janvier 1907. Mais attendu qu'aux termes de l'article 18 de la loi du 9 avril 1898, modifiée par celle du 22 mars 1902 l'action introduite en vertu de la loi précitée se prescrit par un an à dater du jour de cet accident.

Que l'action du Dr Cazalis se trouve prescrite. Par ces motifs : en la forme voir recevoir le requérant opposant au jugement par défaut dont s'agit et voir décharger ce dernier des condamnations prononcées contre lui.

S'entendre en outre condamner aux intérêts de droit et aux dépens, etc., etc.

Le tribunal : Ouï le demandeur en ses conclusions et explications, le défendeur en ses moyens de défense ;

Devait-il adjuger au demandeur en totalité ou en partie seulement les conclusions par lui prises, etc., etc.

Jugement.

Le tribunal...

Attendu que pour motiver son opposition au jugement du 24 mars dernier, qui l'a condamné à payer au Dr Cazalis la somme de 158 fr. pour soins donnés à la demoiselle P.., victime d'un accident du travail le 11 janvier 1907, le sieur R... invoque la prescription prétendant que l'article 18 de la loi du 9 avril 1898 modifiée par celle du 31 mars 1902, qui impartit un délai d'un an pour l'exercice de l'action en indemnité, s'applique à l'action en paiement des frais médicaux et pharmaceutiques ;

Attendu que cet article 18 ne s'applique nullement à l'action directe qu'ont les médecins et les pharmaciens contre les chefs d'entreprise en vertu de la même loi, qu'il concerne uniquement l'action intentée par les ouvriers contre leurs patrons en paiement soit de l'indemnité temporaire, soit de la rente ; que rien dans la loi n'indique que le législateur a eu l'intention de modifier dans ce cas particulier l'art. 2272 du code civil, qui établit que les honoraires du médecin se prescrivent par deux ans ; qu'il y a lieu

dès lors de rejeter l'exception de prescription invoquée par R... etc, etc.

Par ces motifs, le tribunal, statuant publiquement et en premier ressort, reçoit R... opposant au jugement du 24 mars 1908, rejette l'exception de prescription invoquée par lui, confirme le jugement frappé d'opposition, en réduisant toutefois à la somme de 136 fr. le montant de la condamnation y prononcée et condamne R... en tous les dépens... etc., etc.

REPORTAGE MÉDICAL

Excursion médicale à Londres, sous le patronage de la Société d'hydrologie médicale de Paris du 25 octobre au 1er novembre 1908. — Le président de la *British Balneological and Climatological Society* vient d'adresser la lettre suivante au secrétaire général de la Société d'Hydrologie médicale de Paris :

Cher Monsieur,

Comme probablement beaucoup des membres de votre Société, principalement ceux qui exercent dans les Stations hydro-minérales, viendront à Londres avant la clôture de l'Exposition, nous avons pensé que plusieurs d'entre eux voudraient bien assister à une réunion de la Société britannique de Balnéologie et de Climatologie.

En qualité de président de la Société, j'ai l'honneur d'inviter les membres de votre Société, et, en général, les médecins français, à la séance qui se tiendra le 29 octobre, à 5 heures 1/2, 20, Hansver Square.

Votre dévoué,

TYSON,

President of the British Balneological and Climatological Society.

Le Bureau de la Société d'Hydrologie médicale de Paris estime qu'il y a lieu de répondre en plus grand nombre possible à la courtoise invitation de nos confrères anglais.

Il est donc très heureux de patronner le projet de voyage à Londres organisé par le Dr Léonard Williams, rédacteur en chef du journal *Balneology and Climatology*, assisté de M. Heuzé, pour l'époque indiquée.

Le programme détaillé qui est à l'étude sera envoyé sur demande avec tous renseignements utiles par M. Heuzé, 16, rue Cartault, à Puteaux (Seine).

Concours en 1908, pour l'admission aux emplois de médecin et de pharmacien aide-major de 2e classe des troupes coloniales. — Un concours s'ouvrira le 1er décembre prochain, à 9 heures du matin, à l'Ecole d'application du service de santé des troupes coloniales à Marseille, pour l'admission de docteurs en médecine et de pharmaciens de 1re classe à des emplois de médecin et de pharmaciens aides-majors de 2e classe des troupes coloniales.

Les candidats devront remplir les conditions ci-après indiquées :

1° Etre nés ou naturalisés Français ;

2° Avoir eu moins de 28 ans au 1er janvier de l'année du concours ;

3° Avoir satisfait aux obligations de la loi du recrutement et avoir été reconnus aptes à servir activement dans l'armée ; cette aptitude sera constatée par un certificat d'un médecin militaire, du grade de médecin-major de 2e classe au moins.

4° Souscrire un engagement de servir, au moins pendant six ans, dans le corps de santé de l'armée active, à partir de leur nomination au grade d'aide-major de 2e classe.

Les épreuves à subir sont les suivantes :

A. — *Pour les docteurs en médecine.*

1° Une composition écrite sur un sujet de pathologie générale ;

2° Examen clinique de deux malades atteints, l'un d'une affection médicale, l'autre d'une affection chirurgicale ;

3° Une épreuve de médecine opératoire précédée de la description de la région sur laquelle elle doit porter ;

4° Interrogation sur l'hygiène.

B. — *Pour les pharmaciens de 1re classe.*

1° Composition écrite sur une question d'histoire naturelle des médicaments et de matière médicale ;

2° Interrogations sur la physique, la chimie, l'histoire naturelle et la pharmacie ;

3° Préparation d'un ou plusieurs médicaments inscrits au Codex et détermination de substances diverses (minéraux usuels, drogues simples, plantes sèches ou fraîches, médicaments composés) ;

4° Epreuve de chimie analytique : Recherches des acides et des bases renfermées dans deux ou plusieurs sels solides ou dissous.

Les demandes d'admission au concours devront être adressées, avec les pièces à l'appui, au ministre de la guerre (direction des troupes coloniales, 3e bureau) avant le 15 novembre prochain.

Ces pièces sont :

I. — Avant le concours.

1° Acte de naissance établi dans les formes prescrites par la loi ;

2° Diplôme ou, à défaut, certificat de réception au grade de docteur en médecine ou de pharmacien de 1re classe (cette pièce pourra n'être produite que le jour de l'ouverture des épreuves) ;

3° Certificat d'aptitude au service militaire, établi l'année du concours ;

4° Certificat délivré par le commandant du bureau de recrutement, indiquant la situation du candidat au point de vue du service militaire ou état signalétique des services ;

5° Indication du domicile.

II. — Après l'admission.

Engagement de servir pendant six ans au moins au titre de l'activité, dans le corps de santé des troupes coloniales, à partir de leur promotion au grade d'aide-major de 2e classe.

Les médecins et pharmaciens admis à la suite du concours sont nommés aide-major de 2e classe et vont suivre à Marseille, pendant neuf mois, les cours de l'Ecole d'application du service de santé des troupes coloniales.

Ils portent l'uniforme des aides-majors de 2e classe du service de santé de ces troupes et perçoivent une solde mensuelle de 217 fr. 50 ; il leur est en outre alloué une première mise d'équipement de 575 fr. reversible au Trésor dans le cas où ils n'accompliraient pas les six années effectives de service à partir de leur nomination, à moins qu'ils n'aient été réformés pour cause de maladie.

Ils concourent à la fin de l'année d'études avec les aides-majors de leur promotion provenant des écoles militaires du service de santé et prennent rang avec eux, sur la liste d'ancienneté dans le grade d'aide-major, dans l'ordre du classement de sortie.

NÉCROLOGIE

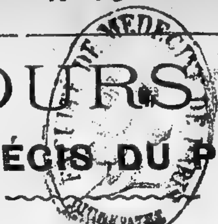
Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le Dr RESSÉGUET, de Toulouse, membre du « Concours Médical ».

Le Directeur-Gérant : **Dr H. JEANNE.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.

Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trentième année · N° 40 · Dimanche 4 OCTOBRE 1908



LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

SOMMAIRE

AVIS

PATRONAGE MÉDICAL

Les membres de cette Société convoqués par lettre en Assemblée générale extraordinaire pour le 12 octobre au Siège social, 23, rue de Dunkerque, à 3 heures du soir, sont instamment priés *de faire parvenir par écrit au Siège social, avant le 6 octobre, toutes objections, observations et demandes d'explications qui pourraient leur être suggérées par le projet qu'ils ont dès maintenant entre les mains. — Il en sera fait rapport pour éclairer pleinement les débats et faciliter les conclusions.*

SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL

Séance du 24 *septembre* 1908.

Présents : MM. Gassot, Maurat, Jeanne, Diverneresse.

Excusé : Dr H. Cézilly.

Le conseil enregistre avec regret la mort de M. le Dr Cornet (de Saintes), le dévoué correspondant de la Charente-Inférieure.

Le conseil fixe l'Assemblée générale à la date statutaire du dimanche 15 novembre, troisième dimanche du mois, et décide qu'il en précisera l'ordre du jour à la réunion préparatoire d'octobre qui aurait lieu le mardi 20 à deux heures de l'après-midi. La séance sera commune aux deux conseils du Concours et du « Sou médical».

Le conseil, après expérience de trois années au sujet du rôle des correspondants, estime qu'il y a lieu de modifier les bases de cette organisation, de fixer la durée des fonctions et d'examiner à nouveau les indemnités à attribuer. M. Gassot présentera un projet à la réunion préparatoire d'octobre, et il sera procédé à la révision de la liste.

Le conseil constate que le V. E. M. préparé par M. Caron de la Carrière n'ayant pas eu lieu cette année, il n'a pas eu à tirer au sort l'attribution de la bourse offerte par Eaux-Bonnes au *Concours médical.*

A propos de la circulaire « inspection des écoles » suggérée par la Commission de la tuberculose et signalée par M. Gassot, le Conseil décide de s'en tenir à ses conclusions antérieures prises à propos du travail qui fut présenté par M. Jeanne et que les bureaux du journal tiennent à la disposition des lecteurs.

Le Conseil transmet au conseil de l'A. G. des lettres ou articles relatifs au rôle de celle-ci dans ses rapports avec les autres sociétés.

LA SEMAINE MÉDICALE

Le traitement de la pelade

Dans un récent article de *La Clinique*, M. le Dr *Sabouraud* insiste sur l'absolue nécessité de traiter localement les plaques peladiques, bien que, dit-il, nous en ignorions actuellement les causes véritables. « En général, le traitement des plaques peladiques (comme celui des plaques d'eczéma) est plus actif à lui seul que le traitement général du malade peladique (ou du malade eczémateux) à lui seul. En d'autres termes, on a de meilleurs résultats thérapeutiques par le traitement local des plaques alopéciques que par le traitement général du malade.

2° Dans quelques rares cas, au contraire, le traitement général du malade, surtout quand il s'agit d'un amaigri ou d'un déprimé, a une importance évidente.

3° Quant au principe du traitement local, il reste celui qui a été formulé par E. Vidal, il y a vingt ans : « Maintenir la peau des plaques peladiques en état d'irritation légère, permanente. »

Vidal conseillait une médication locale trop oubliée aujourd'hui et qui donne des résultats excellents : l'application de vésicatoires liquides sur les plaques alopéciques.

Il existe en pharmacie des pâtes vésicantes qu'on peut aisément rendre moins actives en les diluant de chloroforme. On peut formuler :

Vésicatoire liquide de Bidet..	1 partie
Chloroforme anesthésique...	5 —

Appliquer une couche de ce mélange, au pinceau, sur chaque plaque, chaque semaine. Quelques heures après l'application vésicante, l'épiderme corné est soulevé par une phlyctène qu'on ouvre et dont on laisse écouler le liquide citrin sans abraser l'épiderme qui la recouvrait ; en quelques jours, l'épiderme corné est renouvelé, sain et parfait.

Ce traitement donne des résultats excellents toutes les fois qu'il s'agit de plaques petites ou moyennes et peu nombreuses. C'est souvent un traitement à essayer là où les autres ont échoué. Il a comme inconvénients de ne pouvoir être essayé et surtout renouvelé sur de grandes surfaces sans risquer la cystite cantharidienne et la néprhite (s'assurer de l'état des reins au préalable). Et puis, l'écoulement séreux, qui suit chaque application est désagréable au patient.

E. Besnier donne la préférence à l'acide acétique cristallisable et l'emploie comme le dit la formule suivante devenue classique :

Acide acétique cristallisable.	1 gramme
Hydrate de chloral.......	5 —
Ether officinal neutre.......	30 —

On l'utilise en frictions quotidiennes des plaques et de leur pourtour, frictions faites avec un bouchon d'ouate hydrophile.

L'acide lactique employé pur est trop concentré ; au cinquième il est actif et aisément maniable :

Acide lactique............	10 gr.
Liqueur d'Hoffmann.......	40 gr.

M. Sabouraud l'emploie souvent avec succès.

Le traitement des plaques peladiques de la barbe est, chose étrange, beaucoup moins heureux que celui des mêmes plaques au cuir chevelu en général. Une plaque qui, au cuir chevelu, eût guéri en deux mois, pourra durer dix mois et plus, à la barbe, en dépit des mêmes traitements. Dans ces conditions, on est amené à préférer comme topiques, sur les plaques de la barbe, des révulsifs qui ne rougissent pas la peau pour longtemps ; la formule suivante est bonne :

Xylol purifié (diméthylbenzine..............	} *áâ* 20 grammes.
Liqueur d'Hoffmann...	}

C'est un liquide incolore, extrêmement piquant lorsqu'il touche la peau, mais ne laissant pas de traces, et qu'on peut appliquer deux et trois fois par jour.

Puisque la révulsion locale des plaques peladiques hâte leur guérison, on peut croire qu'une révulsion analogue, moins vive, appliquée à tout un cuir chevelu, empêchera la survenue de plaques nouvelles. Je crois que la pratique vérifie cette hypothèse et qu'une friction tonique du cuir chevelu entier, dans le cas d'une pelade à plaques multiples, peut empêcher qu'il en survienne d'autres. Voici un type de liqueur révulsive qu'on peut employer dans ce but :

Acide acétique cristallisable	3 grammes.
Formol commercial à 40 °/o..	1 —
Acétone anhydre.........	50 —

Alcool à 90°, q. s. pour faire 300 centimètres cubes.

Cette friction quotidienne étant pratiquée à la brosse avant l'application de la liqueur prescrite pour les plaques glabres.

Enfin, quand on voit des plaques peladiques se multiplier et le cuir chevelu perdre des cheveux par plaques en cent points différents, il ne faut pas hésiter. On doit faire appliquer tous les soirs sur tout le cuir chevelu une pommade cadique forte du type suivant qu'on renouvellera chaque matin :

Huile de cade désodorisée.	10 grammes.
Huile de bouleau.........	1 —
Acide pyrogallique..... ..	1 —
Turbith minéral...........	1 —
Résorcine.................	1 —
Lanoline...	20 —

Et s'il s'agit d'un cuir chevelu de femme, au lieu de savonner le matin, on dégraissera avec des boulettes d'ouate hydrophile humides de :

Liqueur d'Hoffmann... 200 grammes

Sans doute, on ne réussira pas toujours à prévenir l'invasion d'une pelade décalvante ; dans de tels cas, pourtant, j'ai vu trop souvent des pelades multiples extensives, graves, rétrocéder presque de suite sous l'influence des pommades cadiques pour mettre en doute la valeur thérapeutique de ces préparations.

Le protoiodure et le bichlorure de mercure dans la syphilis.

M. le Dr Emery, de Saint-Lazare, a fait récemment une étude comparative de l'action du protoiodure et du bichlorure de mercure dans la syphilis : nous retiendrons ses conclusions :

Pour le protoiodure : médication offensive pour la bouche et l'intestin, mais accoutumance rapide ; efficacité moins marquée contre les accidents tardifs, mais aussi médication douce, parfaitement acceptée par les malades, et surtout active dans les syphilis jeunes.

Pour le sublimé : tolérance moins facile chez la femme ; impossibilité de prolonger le traitement pendant plus de trois à quatre semaines ; gastralgies et parfois dyspepsies ; mais, par contre, pas d'atteinte de l'intestin ; peu d'atteinte de la bouche ; action thérapeutique plus marquée dans les phases avancées de la maladie.

Rappelons que les doses, les plus habituellement employées, sont :

1° *Pour le protoiodure.* — 10 centigrammes chez l'homme, soit deux pilules de Fournier ; 5 à 7 centigrammes chez la femme, soit une pilule à une pilule et demie.

2° *Pour le sublimé.* — 3 centigrammes par jour chez l'homme, soit trois pilules de Dupuytren, ou deux cuillerées à soupe de liqueur de Van Swieten 2 centigrammes chez la femme, ou une forte cuillerée à soupe de Van Swieten.

Telles sont les doses habituellement efficaces. Il faut bien se garder, en effet, de prescrire les sels mercuriels à des doses trop faibles, ce que font parfois des médecins qui, redoutant les dangers du mercure, ordonnent une médication timide et forcément inefficace.

M. Fournier s'est élevé avec raison contre cette façon de faire qui ne peut que donner aux médecins et aux malades une fausse sécurité, en leur laissant croire qu'ils luttent contre le mal, alors qu'en réalité le mercure à pareille dose est dépourvu de toute influence curative.

L'albuminurie et la gale.

M. le Dr R. Martial donne dans la *Revue* de Leredde une analyse intéressante de la thèse du Dr J. Mathieu, de Lyon, sur l'albuminurie au cours de la gale.

« C'est une particularité clinique qui n'est pas absolument rare, dit l'auteur, puisqu'on la trouverait dans 10 pour 100 des cas, il peut y avoir importance à ne pas l'ignorer. Il ne s'agit ici, bien entendu, que des cas où l'albuminurie survient au cours de la gale et guérit avec celle-ci ; sont écartés : les cas où il s'agit d'une simple coïncidence et ceux où l'albuminurie survient à la suite du traitement. Dans la plupart des cas cités par J. Mathieu, il s'agissait d'albuminurie apparue chez des galeux infectés depuis un mois ou deux.

« Deux cas peuvent se produire : ou bien on a affaire à une albuminurie transitoire qui va disparaître dès l'institution du traitement, ou bien, des symptômes d'insuffisance rénale apparaissent, le tableau clinique de la gale est marqué de symptômes généraux plus graves, c'est la néphrite scabitique.

« Dans le premier cas, la frotte fait disparaître l'albuminurie comme la gale. La fréquence et l'intensité de cette albuminurie ne semblent pas être en rapport avec l'étendue des lésions cutanées. En tout cas, c'est une albuminurie bénigne.

« Dans le second cas, il faudra prescrire le régime lacté, le régime déchloruré, les diurétiques trouveront aussi leurs indications respectives, ainsi que le repos.

« L'auteur croit. dans ces cas, la frotte ordinaire dangereuse. Il lui préfère des onctions répétées avec une pommade où l'onguent de Styrax jouera le rôle de médicament actif. Dans ces cas, la guérison de la gale amène de l'atténuation de l'albuminurie. »

Les manifestations oculaires pendant l'attaque d'hystérie.

Dans la *Revue Médicale de Normandie*, MM. les Drs Rodiet, Pansier et Cans présentent une étude des manifestations oculaires pendant l'attaque d'hystérie.

« Ces manifestations, disent-ils, sont différentes suivant les diverses phases de l'attaque :

Prodromes éloignés. — Souvent un quart d'heure avant l'accès, blépharospasme chronique, amblyopie assez accusée avec troubles chromatiques de la vision (nuages gris ou bleus).

Prodromes immédiats. — Quelle que soit la forme de l'attaque, qu'elle soit purement hystérique ou hystéro-épileptique, elle est souvent immédiatement précédée d'une aura visuelle hallucinatoire. Les hallucinations de cette période sont chromatiques, (l'homme habillé de « bleu, de rouge », etc.) et fréquemment terrifiantes : au cours des hallucinations, l'érythropsie prédomine.

Période des convulsions cloniques. — Battements des paupières. Les globes oculaires sont le plus souvent immobilisés en haut et à gauche ; quelquefois strabisme interne ; mais, même dans ce cas, abolition du réflexe lumineux. La pupille est en état de myosis spasmodique. Absence de sensibilité conjonctivale cornéenne et périorbitaire. Conjonctive non injectée.

La période des convulsions cloniques s'annonce par des mouvements oscillatoires du globe oculaire qui, au bout d'un court instant, devient fixe et est parfois le siège d'une exophtalmie marquée. Les conjonctives s'injectent et l'on voit se produire de la mydriase : 5 m/m. Les réflexes lumineux sont très paresseux ou abolis. Au moment où cette période va prendre fin, on note chez certains malades du strabisme ; le réflexe palpébral existe, la sensibilité périorbitaire et les réflexes lumineux reparaissent.

Période terminale, immédiatement consécutive à l'attaque. — Période d'obnubilation correspondant à la période du stertor des épileptiques. Elle n'existe qu'après les attaques violentes ou les séries de crises, surtout chez les hystéro-épileptiques. Durée : 1 à 2 heures. Dans ce cas, il arrive que la malade accuse un trouble amblyopique accentué. La sensibilité périorbitaire est obtuse. Le réflexe conjonctival n'existe pour ainsi dire pas. La conjonctive est congestionnée. La pupille a subi un commencement de contraction: 4 m/m. Plus d'irrégularité. Réactions lumineuses paresseuses. Diplopie nette sans interposition de verres colorés. Action très lente de l'atropine comme chez les paralytiques généraux. On note la congestion veineuse du fond de l'œil et parfois l'aspect névritique de la papille ; d'autres fois, c'est la pâleur papillaire qui est observée. A cette phase, peuvent survenir encore des hallucinations visuelles plus ou moins persistantes.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Saint-Louis : M. le Professeur GAUCHER

Chancre syphilitique de la vulve, du vagin et du col utérin

Je vais terminer aujourd'hui l'étude du chancre syphilitique des organes génitaux en abordant la description et le diagnostic de certaines variétés topographiques de ce chancre chez la femme.

Chez la femme, le chancre syphilitique peut siéger sur les grandes lèvres, les petites lèvres, le méat urinaire, le capuchon du clitoris, le vagin et le col utérin.

Au niveau des grandes lèvres, des petites lèvres, et à la vulve en général (en dehors de certains points, méat urinaire, clitoris, fourchette, où la lésion offre un aspect particulier sur lequel je reviendrai tout à l'heure), le chancre spécifique se montre comme une érosion indurée analogue au chancre du gland.

Au méat, sur le capuchon clitoridien, à la fourchette vulvaire, le chancre syphilitique se présente assez différemment.

Le *chancre du méat* est facilement méconnu. Il n'est pas très fréquent. Il passe souvent inaperçu, ou encore, bien des fois, il est confondu avec une blennorrhagie, la femme se plaignant seulement d'une douleur légère en urinant et l'examen des organes génitaux n'étant pas fait dans nombre de cas.

Son aspect rappelle celui du chancre du méat de l'homme. C'est une petite ulcération, faisant le tour de l'orifice urétral, en totalité ou en partie. Peu étendue en surface, l'ulcération est indurée. L'induration est difficile à percevoir si l'on se contente d'appliquer le doigt à plat. Pour bien l'apprécier, il est indispensable d'introduire l'index dans le vagin et de prendre le méat entre le pouce et l'index.

Sur le *capuchon du clitoris*, en raison de la texture particulière des tissus à cet endroit, le chancre syphilitique est accompagné d'œdème assez considérable, comme le chancre de la face interne du prépuce. Ceci pourrait égarer le diagnostic si l'on n'était pas prévenu et si on ne recherchait pas soigneusement, sous l'œdème, la possibilité du chancre.

Le chancre syphilitique *de la fourchette* ressemble au chancre de l'anus. Il est fissurique, linéaire, induré.

Il est deux variétés de chancre syphilitique tout à fait particulières aux organes génitaux de la femme : ce sont le chancre du vagin et celui du col utérin.

Le chancre *du vagin* est exceptionnel, tellement exceptionnel que, pour ma part, je n'en ai vu qu'un seul cas, et encore tout récemment. L'année dernière, même, j'aurais pu mettre en doute son existence. C'est une érosion rouge, à bords bien limités, assez grande, à base indurée. Toutefois, il ne faut pas s'attendre à trouver une induration profonde ; l'induration est lamellaire, papyracée. Lorsque la lésion a un siège antérieur, les ganglions de l'aine sont engorgés. Le diagnostic est facile, quand on y pense, car véritablement cet ulcère rouge, induré, ne saurait prêter à confusion. Le chancre simple, avec son fond jaunâtre, ses bords décollés, n'y ressemble pas. L'herpès — je n'en ai jamais vu, d'ailleurs, au vagin, mais il peut exister —, avec ses petites ulcérations arrondies, isolées ou confluentes (à bords polycycliques et microcycliques), n'est pas non plus d'un diagnostic différentiel embarrassant. Le chancre du vagin, d'autre part, superficiel, bien limité, non douloureux, ne saurait être confondu avec l'épithélioma, lésion végétante et diffuse.

Le chancre du vagin est facilement méconnu parce qu'il est indolore. Si la malade que j'ai eu l'occasion d'observer ne s'était pas plainte de troubles abdominaux qui nécessitèrent un examen génital, et si le médecin qui la soignait n'avait pas pratiqué une exploration minutieuse au spéculum — le toucher n'avait rien révélé : autre cause d'erreur — le chancre fût passé inaperçu. Ainsi, le chancre du vagin reste aisément méconnu et inconnu, bien que son diagnostic soit facile... quand on le voit. Remarquez, en passant, que le spéculum ordinaire de Cusco n'est pas très commode pour une telle recherche. Il est préférable d'employer le spéculum de Fergusson, qui montre le vagin au fur et à mesure qu'il le déplisse. Je me suis étendu un peu longuement sur le chancre du vagin, dont la rareté est extrême : il n'est peut-être pas, il est vrai, aussi exceptionnel qu'on le croit.

J'arrive au chancre *du col utérin*. C'est un chancre unique, arrondi, plan, lisse, à peine exulcéré, de petites dimensions. Il n'est pas rouge franc, mais pâle, grisâtre. Il ne détermine aucune douleur, aucun retentissement ; les malades ne s'en aperçoivent pas, et on le découvre, comme le chancre du vagin, par hasard, quand les femmes se font examiner pour une raison quelconque, une métrite par exemple. D'ailleurs, il est facilement confondu avec la métrite. C'est, dis-je, une ulcération arrondie, unique, plate ou légèrement surélevée, et indurée. L'induration est malaisée à sentir car le col est normalement assez dur. De plus, vous ne pouvez percevoir que l'induration en surface : il est difficile, voire impossible de prendre le col entre les doigts. Il ne faut donc pas compter sur ce signe, ni s'y fier beaucoup. Vous serez mieux renseigné par l'aspect de la lésion, ainsi que par son siège, en un point quelconque du col, non en rapport avec l'orifice de ce dernier.

Un autre caractère qui contribue à faire méconnaître le chancre du col utérin, c'est la facilité avec laquelle il guérit. Bien protégé par sa situation, il se cicatrise spontanément et rapidement. C'est pourquoi je suis convaincu qu'un grand nombre de syphilis ignorées chez la femme ont eu pour accident initial un chancre du col.

Avec quoi peut-on confondre — quand on le voit — le chancre syphilitique du col de l'utérus?

Je viens de parler des métrites. La confusion avec les érosions des métrites est facile. Les érosions des métrites sont rougeâtres, granuleuses, accompagnées de tuméfaction, de douleurs, d'écoulement utérin. Elles sont en rapport avec le bord de l'orifice et irrégulières de forme.

L'herpès du col. Il y a un herpès du col, puisque cet organe est recouvert d'une sorte d'épiderme. Les érosions herpétiques sont petites, lenticulaires, isolées ou réunies en une ulcération à segments multiples, à bords polycycliques et microcycliques. Elles s'accompagnent, le plus souvent, d'herpès de la vulve.

Un diagnostic plus difficile est celui du chancre spécifique du col avec le chancre simple. Le chancre simple est ordinairement multiple, le chancre syphilitique unique. Il est exceptionnel de voir un chancre mou du col qui ne soit pas accompagné de chancre mou de la vulve. De plus, le chancre simple est plus étendu en surface et en profondeur. Il a des bords irréguliers. Dans les cas douteux, on peut s'aider de

l'auto-inoculation. Le chancre syphilitique peut bien donner, à l'auto-inoculation, un petit syphilome dû au développement de quelques tréponèmes, mais il ne reproduit pas un chancre. L'auto inoculation du chancre mou reproduit un chancre et même un chancre d'allure assez intense, dont il faut rapidement arrêter la marche. L'auto-inoculation tranche donc les diagnostics douteux — à part les cas de chancre mixte.

Il est un autre diagnostic à faire : celui du chancre et de l'épithélioma du col. Si extraordinaire que cela puisse paraître, nous avons vu ici, en une seule année, deux malades qui avaient certainement des chancres et qui ont été opérées pour des épithéliomas du col. La nature spécifique de la lésion fut démontrée par les éruptions secondaires consécutives ! Dans certains cas, le diagnostic différentiel est difficile. Il est difficile d'abord, parce qu'on n'y pense pas. Je suppose une femme de 35 à 40 ans venant consulter dans un service de chirurgie pour une affection du col utérin. En pratique, chirurgie égale bistouri. Dans les services de chirurgie, en raison d'un état d'esprit particulier dû à l'ambiance, on pense à l'épithélioma, de même d'ailleurs que nous, dans nos services de syphiligraphie, nous pensons plus volontiers à une maladie vénérienne. Nous subissons l'influence du milieu : ceci, sans être scientifique, est très humain. De là, les erreurs de ce genre commises par les chirurgiens. Il existe, cependant, des caractères distinctifs. Lorsque je vous les aurai énumérés, vous allez me dire : mais, il est impossible de confondre les deux affections ! C'est vrai, quand les caractères différentiels sont nets : ils ne le sont pas toujours. Vous rencontrerez des nuances et vous pourrez être fort embarrassés. Dans la syphilis, la lésion est plane, sans fongosités, sans douleurs, sans hémorrhagies. L'épithélioma est bourgeonnant, douloureux et saignant : il offre, par conséquent, des caractères tout opposés. Mais il est des cas où l'épithélioma bourgeonne peu, saigne peu, n'est pas végétant, ni douloureux. D'autre part, il y a des chancres syphilitiques un peu ulcéreux, un peu végétants, parfois douloureux quand ils s'accompagnent de métrite, parfois saignants quand le spéculum les a grattés. Chacun des signes différentiels, si absolus, dont je vous ai parlé, n'a en définitive rien d'absolu, et quelquefois les deux lésions arrivent à se ressembler singulièrement. En pareille circonstance, que faire ? Vous avez une ulcération du col : elle rappelle le chancre et elle a aussi les caractères de l'épithélioma. Vous allez attendre. Le chancre a tendance à guérir, spontanément, et rapidement, comme je vous le disais. Gardez-vous de donner le traitement. Au bout d'un mois ou six semaines, la lésion sera guérie en même temps qu'apparaîtront les accidents secondaires — ou bien, elle aura, au contraire, une tendance à s'étendre, et vous n'aurez pas d'accidents secondaires. Avec l'expectation et de la prudence, vous arriverez à solutionner les diagnostics douteux. Il y a une raison importante à savoir attendre.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

PATHOLOGIE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Traumatisme et appendicite

Le rôle que peut jouer le traumatisme dans l'apparition de l'appendicite aiguë a été diversement interprété.

Pour certains auteurs, il déterminerait l'appendicite, dans 7 ou 8 % des cas, de la façon suivante : le traumatisme, grâce à la collaboration de la presse abdominale, déplacerait dans l'appendice quelque calcul stercoral, d'où une lésion de la muqueuse, qui serait le point de départ de l'infection. Un appendice sain, vide de tout contenu, ne réagirait pas au traumatisme. Celui-ci serait la cause directe de l'*apparition* de l'appendicite, à la condition que l'appendice soit prédisposé par son contenu.

Pour d'autres, dans le plus grand nombre des cas décrits sous le nom d'« appendicite traumatique », l'appendice serait déjà malade au moment où se produit le traumatisme : le terrain serait préparé à la perforation traumatique, soit que dans les anamnestiques on retrouve une ou plusieurs attaques typiques, soit qu'il s'agisse d'altérations chroniques, peut-être tout à fait silencieuses.

C'est dans cette dernière catégorie que semble se ranger le cas suivant, récemment opéré par le Dr Vogel. (*Munch. mediz. Wochens.*, 1908, no 23).

Le patient était un ingénieur de 29 ans, jusqu'alors très bien portant, dont les fonctions intestinales s'accomplissaient normalement, qui n'avait jamais présenté aucun trouble objectif ni subjectif, du côté de ses organes abdominaux ; il était très actif et cultivait beaucoup les sports.

Le 14 novembre 1907, il était occupé sur le trajet d'une voie ferrée, quand il entendit un wagonnet dévaler sur lui ; aussitôt il fit subir un brusque et violent mouvement de torsion vers la gauche à la partie supérieure de son corps pour jeter hors de la voie quelques outils tenus à la main, et presqu'en même temps il sauta lui-même de côté. Il ne tomba pas à terre, ni ne reçut le moindre choc.

Mais à cet instant même le patient ressentit dans la région cœcale des douleurs, qui bientôt devinrent assez violentes pour l'obliger à se coucher et à consulter un médecin. Deux heures après l'accident, apparurent des vomissements, qui se renouvelèrent assez fréquemment durant 24 heures.

Le médecin prescrivit une vessie de glace et de l'opium. Une légère amélioration se produisit dans les vomissements et les douleurs. Celles-ci, d'abord plus diffuses, se concentrèrent progressivement en un point déterminé dans la fosse iliaque droite. Le 16 novembre il y eut une selle spontanée, les vomissements disparurent.

Examiné le 17 novembre, il présentait un état général assez bon : pouls régulier, d'intensité moyenne, d'accélération modérée. Température 37°8 le matin, 38°2 le soir. Le ventre était légèrement ballonné dans son ensemble, pas tendu, peu sensible à la pression. Dans la fosse iliaque droite on trouvait une zone de matité plus sensible à la palpation ; on y sentait une tumeur, grosse comme le poing, assez circonscrite. Haleine fétide, un peu fécale. Pas d'obstruction intestinale ; selles obtenues par des lavements de glycérine.

Comme les manifestations aiguës avaient déjà disparu, et que subjectivement le malade se sentait bien, on écarta l'idée d'une intervention précoce, en prescrivant avec un régime approprié de faibles doses d'opium et de la glace. Au bout de 3 jours, la température était redevenue normale, la tumeur avait presque disparu.

Enfin le 7 décembre le patient se portant tout à fait bien, on décida de n'intervenir que quelques semaines plus tard ; localement on ne trouvait plus qu'une zone légèrement résistante, peu sensible à la pression.

Le 2 janvier 1908, le malade n'avait éprouvé

que quelques douleurs abdominales d'un caractère léger et transitoire.

Le 4 janvier, intervention sous l'anesthésie lombaire à la tropacocaïne, ouverture de la cavité abdominale par une incision de 6 centimètres. Nombreuses adhérences entre les anses intestinales, l'épiploon, et le péritoine pariétal. Après de longues recherches on trouve le cæcum, qu'on libère de ses adhérences. Tout d'abord on ne voit pas l'appendice. Derrière le cæcum on découvre une masse conjonctive, qui apparaît comme le résidu d'une inflammation péri-appendiculaire. En plusieurs endroits de cette masse se trouvent encore de petites masses, ayant les dimensions de lentilles, de pus grumeleux, épaissi, comme il n'est pas rare d'en observer dans les interventions précoces. Cette masse est délimitée en bas et en dedans, c'est-à-dire du côté du petit bassin par le mésentère normalement souple, très graisseux de l'appendice, on extirpe la masse, et, en la sectionnant suivant sa longueur, on trouve à la périphérie de petits îlots très nets de muqueuse : elle ne s'est donc pas formée seulement aux dépens du mésentère de l'appendice, mais encore de la plus grande partie de l'appendice, presque totalement détruit. En étudiant sa partie centrale, ou mieux en recherchant les rapports de l'appendice et du cœcum, on finit par découvrir, tenant au cœcum, un moignon d'appendice qui mesure environ 1 cent. 1/2 de longueur.

Ce moignon paraît normalement constitué, un peu épaissi. D'une part, il est accolé au cæcum ; d'autre part, il va en s'affilant et en s'indurant.

Cette portion libre n'a pas de lumière centrale : l'appendice semble avoir été arraché à cet endroit suivant une section nette. Entre ce moignon et la partie caudale de l'appendice, qu'on ne retrouve plus que sous la forme des îlots résiduaires décrits plus haut, existe un espace, qui mesure environ 2 cent. de long, et qui est rempli d'un pus épaissi. On ne découvre pas de calcul stercoral.

Toutes ces formations pathologiques sont extirpées, le moignon est ligaturé à sa base puis séparé du cæcum. Ce moignon montre à son orifice cœcal une muqueuse saine, renfermant des matières fécales liquides.

Le malade guérit normalement.

***

Cette observation montre que le jour de l'accident, quand se produisit la première crise appendiculaire, l'appendice fut arraché au niveau de l'extrémité de ce moignon cæcal et déchiré suivant un plan oblique par rapport à sa longueur. A partir de ce moment, l'évolution de la crise fut celle que l'on observe habituellement, décroissance lente des manifestations aiguës, localisation du processus au voisinage de la perforation qui consistait dans le cas particulier, en une section circulaire, cicatrisation progressive, et induration des produits inflammatoires. Il est vraisemblable que même chez ce malade une guérison spontanée définitive se serait produite sans opération. L'appendice avait été amputé par le traumatisme, et l'organisme suivait une bonne voie pour faire disparaître toutes les conséquences de cette amputation (inclusion du moignon amputé).

On peut se demander si le traumatisme avait touché un appendice sain jusqu'alors, ou déjà malade. Voici quelles sont les hypothèses possibles à cet égard.

Contre l'hypothèse d'une maladie préexistante, nous relevons le bon état de santé absolu du patient, bien qu'il menât une vie des plus actives, et qu'il ne lui manquât aucun des facteurs capables de rendre extérieurement décelable, fût-ce par la douleur, un processus pathologique antérieur de l'appendice.

Pour l'hypothèse d'une constitution anormale de l'appendice antérieure à l'accident, nous avons l'évolution de la maladie, et les observations faites au cours de l'opération : section circulaire complète de l'appendice avec dislocation des fragments ; oblitération du moignon au niveau de la déchirure.

Si l'on admet que l'accident ait trouvé pour le déchirer un appendice normal, il faut penser naturellement que l'oblitération de l'extrémité périphérique du moignon cæcal s'est faite quelque temps seulement après l'accident ; dans ces conditions il y aurait eu, au moment de la déchirure une libre communication entre l'intestin et la cavité péritonéale par le moignon appendiculaire d'un centimètre 1/2 de longueur, et cette communication aurait eu le diamètre d'une lumière appendiculaire normale. Mais les circonstances n'auraient pour ainsi dire pas manqué d'amener une péritonite généralisée, ou en tous cas des manifestations plus intenses et plus tumultueuses.

Or, c'est précisément l'évolution relativement bonne, malgré la déchirure totale de l'appendice, qui semble prouver que le traumatisme aurait rencontré un appendice déjà malade, et en voie de guérison spontanée déjà avancée.

Il n'est pas rare, en effet, d'observer dans les interventions à froid de ces symptômes d'un processus de guérison avancé : de grandes parties de la muqueuse sont altérées, la lumière a plus ou moins disparu, l'appendice par l'accolement progressif de ses parois, qui suit une destruction de sa muqueuse, se transforme en un solide cordon, lequel éventuellement forme masse avec les restes indurés d'une inflammation périappendiculaire. Ces phénomènes permettent la guérison spontanée.

On sait d'autre part qu'il existe des formes d'« appendicite larvée » qui peuvent évoluer sans symptômes, et même aboutir à l'oblitération complète de l'appendice, et par suite à la guérison définitive. Une autopsie ultérieure éventuelle trouve alors un appendice complètement oblitéré parfois enfoui dans des tissus indurés et cicatriciels, sans la moindre anamnèse clinique.

Pour que cette oblitération lente de l'appendice donne une guérison durable sans attaques aiguës, il faut que le processus de soudure commence à la périphérie et suive une voie centripète ou bien que les parties centrales s'obturent, alors qu'à la périphérie la muqueuse et par suite la lumière restent intactes. Dans ce dernier cas se forme, en ultime ressort, un kyste, qui à un moment peut éclater, laisser son contenu infectieux s'écouler et déterminer une crise aiguë. Il pourrait en être ainsi dans le cas relaté par Vogel : le processus pathologique d'appendicite larvée aurait été déjà très avancé dans la voie de la guérison, au moment où survint l'accident qui détermina la crise aiguë.

Cette question était d'autant plus importante à résoudre que le malade était assuré. Vogel, commis à titre d'expert. conclut qu'il y avait lieu d'indemniser l'accidenté. Il ne résolut pas la question de savoir si un traumatisme pouvait déchirer net un appendice normal, et sain, entouré de tissus sains. Puisqu'il a été démontré (Ladinsky) que même un traumatisme indirect, contraction de la presse abdominale, pouvait déchirer le méso-appendice, Vogel admet aussi cette possibilité, surtout pour certaines situations de l'appendice ou certaines longueurs de son appareil normal de fixation.

Mais même si l'on peut estimer que le trau-

matisme ait rencontré un appendice pathologiquement altéré (ainsi qu'il a été dit pour l'observation précédente), Vogel admet le devoir d'indemnisation. Le trauma, dit-il a déterminé la crise aiguë ; celle-ci aurait-elle éclaté sans traumatisme? la chose est naturellement possible, mais incertaine, et même peu vraisemblable.

En outre, si les altérations de l'appendice chez ce malade avaient été suffisamment accentuées pour amener une crise spontanée, elles ne lui auraient pas permis de mener une vie aussi active, sans déclancher cette crise. De plus, les observations anatomiques ont montré que le processus de guérison était assez avancé pour qu'il fût selon toute vraisemblance mené à bonne fin, si un traumatisme n'était intervenu au moment critique, où l'appendice était déjà obturé en grande partie, mais ne se trouvait pas encore entouré d'un tissu suffisamment induré pour supporter un choc violent. Les adhérences empêchaient le mouvement, mais la déchirure ne se produisit que parce que ce mouvement fut cependant déterminé par un déplacement très violent du corps d'une façon anormale.

Les rapports entre le traumatisme et l'appendicite sont beaucoup plus difficiles à établir quand il s'agit d'*altérations chroniques* déterminées au niveau de l'appendice par le traumatisme, quand celui-ci permet aux germes infectieux que contient l'appendice de perforer sa paroi, par la production d'écrasements, de petites déchirures, ou d'hémorrhagies, d'adhérences, d'inflexions, de rétention ou d'inflammation. Dans ces conditions, il est très délicat d'établir un rapport d'expertise dont les conclusions soient posées avec assez de clarté et de netteté.

Même si les formes d'appendicite latente ou larvée peuvent causer une disposition à la crise aiguë, c'est tout de même le trauma qui en est la cause directe ; sans lui, l'apparition de la maladie manifeste avec ses conséquences (incapacité de travail partielle, opération) ne serait pas devenue certaine, elle serait même restée très improbable.

Dans l'observation de Vogel, le rôle du trauma est démontré par ses effets, par la déchirure totale de l'appendice. Au point de vue de la jurisprudence, ces cas d'appendicite traumatique doivent être comparés aux ulcérés cruraux traumatiques qui se produisent chez les variqueux, et sont toujours considérés comme donnant droit à une indemnisation.

Dr GEORGES.

THÉRAPEUTIQUE

L'antisepsie en obstétrique.

par le Dr E. ROCAL.

Dans la pratique des accouchements, il n'est pas rare d'observer des cas où les antiseptiques amènent des troubles toxiques généraux ou des phénomènes caustiques locaux. Sans parler d'idiosyncrasie individuelle existant déjà et que l'accouchement permet de mettre en évidence, il faut considérer la grossesse comme un état physiologique particulier pendant lequel la résistance aux agents médicamenteux est souvent diminuée.

Beaucoup de femmes ont des tissus fragiles, facilement désorganisés par l'antiseptique. D'autres, ayant de l'albumine urinaire, sont rapidement intoxiquées, si bien que d'une façon générale, et pour éviter tous ces désagréments, nous avons abandonné dans notre pratique obstétricale le sublimé, l'acide phénique et même le permanganate de potasse. Celui-ci, toutefois, n'a pas de sérieux inconvénients, et il pourrait être conservé. Mais l'expérience nous a appris que dans les cas où il est nécessaire de pratiquer 4 ou 5 injections par jour, le permanganate exerce sur la muqueuse une action astringente, *durcissante* si l'on peut dire, et qui n'est pas sans dangers pour les périodes d'expulsion. En outre, il tache trop le linge et bien des malades le refusent pour ce seul inconvénient.

Quel est donc l'antiseptique à utiliser dans l'art des accouchements ? A notre avis, le plus pratique est encore le trioxychlorométhyle de vanadium ou anios. Il possède, en effet, les qualités thérapeutiques nécessaires, car il est germicide, désodorisant et kératoplastique, sans causticité, sans taches, sans toxicité. On peut, 5 et 6 fois par jour, procéder à des injections vaginales avec la solution à 1 et 2 %, on peut également faire des lavages intra-utérins *post-abortum* avec la solution à 1 et même 2 °/₀, sans entraîner ni douleur, ni ulcération, ni toxicité.

Or les effets antiseptiques et désodorisants sont des plus nets, puisque les écoulements pathologiques se modifient rapidement, perdent leur odeur et se tarissent, puisque la fièvre tombe et que les infections utéro-annexielles et des ligaments larges s'atténuent ou ne se produisent pas, et de même, les effets kératoplastiques sont réels, puisque les érosions, les ulcérations vaginales disparaissent plus vite qu'à l'ordinaire et que les déchirures périnéales sont cicatrisées en quelques jours.

Ces effets cliniques et cette innocuité absolue, sont dus à ce fait que par les solutions d'anios, le médecin utilise une production permanente d'oxygène naissant. Il manie un ferment oxygéné, et, c'est précisément parce qu'il s'agit d'une fermentation, c'est-à-dire d'une production peu intense, mais *sans arrêt*, d'oxygène, que l'on n'observe pas de troubles caustiques cutanés ou muqueux, tandis que l'action germicide, antiputride et cicatrisante se développe de plus en plus, atteignant même un maximum auquel ne peut arriver le sublimé.

Cette action, en effet, est continuelle, car après les lavages intra-utérins ou vaginaux, il reste toujours dans les cavités et les culs-de-sac une quantité restreinte d'anios, mais suffisante pour continuer longtemps encore l'émission d'oxygène. Les ferments ne sont-ils pas caractérisés par ce fait que, malgré des doses infimes, leur puissance productrice est illimitée ?

On a récemment montré les dangers de l'eau oxygénée ordinaire quand on l'utilise dans les cavités naturelles, vessie, utérus, etc... Ces dangers sont réels, car l'eau oxygénée agit brutalement par une expansion gazeuse traumatisante, tandis que le trioxychlorométhyle de vanadium donne progressivement, régulièrement, son oxygène, et ses effets antiseptiques sont persistants et bien plus développés par la continuité d'action que par le dégagement brusque et vite éteint d'une expansion oxygénée immédiate.

Voilà pourquoi, chez les femmes enceintes, chez les lymphatiques, les blondes à tissus friables et peu résistants, chez les albuminuriques en puissance d'intoxication, nous n'observons aucun inconvénient de l'usage régulier et parfois exagéré de la solution d'anios à 1 et 2 °/₀.

PRATIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

XVI

G. — Allocation de 25, 30 ou 40 fr. suivant que le prix de la visite pour la localité est de 1.50, 2 ou 2.50.

I. — *Curetage utérin.*

C'est là un article qu'on s'attend peu à trouver dans un tarif d'accidents du travail. Il faut admettre qu'un avortement aura été provoqué par un traumatisme, une chute, etc., et que la rétention des membranes ou l'infection auront amené le médecin traitant à faire un nettoyage de la cavité utérine.

Cette intervention est à la portée de tous les praticiens et chacun doit en connaître la technique.

La malade sera toujours endormie sauf pour des cas très rares ; outre qu'il y a tout avantage à ce que la douleur soit épargnée à la patiente, l'opérateur y gagnera en sécurité.

Lavage au savon et à l'eau bien chaude de la vulve et du vagin. Suppression des poils qui gênent avec les ciseaux et le rasoir. (Cependant pas de mutilation inutile et c'en est une pour une femme de ne plus avoir sa vulve ornée de son habituelle toison). Evacuation de la vessie. Avant toute introduction d'instrument, exploration par le toucher et le palper de l'utérus et de ses annexes.

La femme dort, il vous est facile pendant la résolution de compléter et de confirmer vos examens antérieurs.

Nettoyage rapide des mains et aussi de la malade. Injection.

J'emploie l'eau oxygénée à la dose de trois à quatre cuillerées à soupe par litre, ou le permanganate de chaux à 10 pour 300. Je prends de cette dernière solution 50 à 60 grammes pour un litre d'eau.

Le permanganate de chaux est plus agréable à manier que le permanganate de potasse, il tache moins les mains, il paraît plus actif et n'est point caustique.

Une valve est introduite dans le vagin, déprimant la fourchette. On saisit le col et on mesure sans retard la cavité utérine.

Cette précaution n'est pas inutile, car elle servira à limiter l'effort quand on va commencer la dilatation.

Jamais je n'emploie les laminaires, c'est douloureux et assez compliqué.

Je fais la dilatation avec la bougie d'Hegar.

Lentement, prudemment, un numéro plus fort remplace un numéro plus faible.

La dilatation convenablement obtenue, on introduit la curette fenêtrée.

Rapidement on racle la face postérieure, les côtés et la face supérieure.

Dans les jours qui suivent l'avortement, on sera très prudent, l'utérus mou se laisse traverser.

Chacun sait ce qu'il faut entendre par le fameux cri utérin. Il n'y a pas à insister davantage.

Une curette plus petite fouille les cornes utérines et à l'aide de l'écouvillon on enlève les débris de muqueuse ou de fausses membranes que contient encore la cavité.

Un tampon imbibé de glycérine créosotée à 5 % ou bien l'écouvillon lui-même porteront dans la cavité un liquide antiseptique puissant.

On protégera le vagin en l'irriguant avec le bock et on procédera au pansement.

Il va sans dire que si le col est gros, mou, avec une muqueuse éversée et malade, il faudra en faire la toilette avec soin. S'il y a des kystes dans le col on les ouvrira. Un bistouri fin permettra de faire des scarifications si on les voit nécessaires.

La cavité sera bourrée avec de la gaze. On utilisera toujours la gaze iodoformée. Elle est très bien tolérée par le vagin et son odeur s'accommode parfaitement des sécrétions locales.

La gaze stérilisée, salolée ou autre, répand une odeur horriblement fétide.

L'utérus garni, le vagin bourré, on remettra la malade dans son lit.

Je laisse le pansement en place pendant au moins 48 heures.

Quand je retire la gaze et la mèche intra-utérine je ne fais pas de lavages. Je me borne à remettre une mèche peu tassée dans l'utérus et un tamponnement assez lâche dans le vagin. Je laisse le tout en place jusqu'au lendemain.

Cette fois, pour le deuxième pansement, je ne remets pas de mèche intra-utérine. Je mets seulement un léger tamponnement vaginal.

Je m'abstiens encore, jusqu'au lendemain, d'injection, car le col encore ouvert risquerait de recueillir le liquide plus ou moins souillé qui se trouverait dans le vagin.

Mais, grâce à la précaution de laisser 24 heures s'écouler entre le moment où la cavité utérine est débarrassée de la mèche et celui où on fera la première injection on ne courra aucun risque.

Deux injections d'abord, puis une et je fais lever mon opérée au 9e ou 10e jour.

II. — *Ténotomie, comprenant la suture des tendons superficiels du poignet et de la main, du pied ou du cou-de-pied.*

Voici tout un paragraphe qui ne paraît pas bien clair. Il serait à souhaiter que lors de la révision de ce tarif Dubief, on fasse disparaître certaines catégories ou qu'on prenne au moins la peine de les préciser davantage.

Qu'est-ce qu'une ténotomie ? C'est une section du tendon. Ténotomie du tendon d'Achille ! nous connaissons tous cela.

Mais alors comment comprend-on la suture dans la section ?

Ne chicanons pas trop.

Ténotomie. — Nous pouvons avoir à pratiquer des sections tendineuses à la suite de rétractions le plus souvent causées par les brûlures. On ne redoutera pas la section à ciel ouvert, on incisera sur le trajet de la corde tendineuse qui sera toujours saillante et une fois la gaine ouverte, on chargera le tendon sur une sonde cannelée puis au bistouri on le divisera. Un ou deux points superficiels à la peau et un pansement à plat.

Cette opération est presque toujours facile et sans suites fâcheuses, il suffit d'un peu de précaution et d'un peu de prudence.

Bien autrement difficiles sont les *sutures de tendons.*

Posons qu'en principe un tendon sectionné doit être suturé. Les conséquences de la non-intervention sont toujours fâcheuses.

Il faut beaucoup de propreté. Cette opération réclame un soin minutieux car si on doit suturer tout tendon coupé, on doit éviter avec une rigueur égale d'infecter une plaie telle qu'une gaine tendineuse.

Si nous ne croyons pas pouvoir mener à bien l'opération, si nous redoutons l'infection, nous adresserons le blessé à un confrère et cela sans délai, car il faut nous souvenir que les meilleures

Correspondance hebdomadaire
(*Suite*).

—

nement plusieurs sociétés qui ont organisé l'échange des enfants avec les pays étrangers. Des professeurs de l'Université s'occupent également de cette question. Mais nous ne saurions vous donner ni le titre ni l'adresse de ces sociétés.

Si un confrère pouvait nous renseigner, nous vous transmettrions immédiatement sa réponse.

« Sou médical » à Dr R., à J. — La cotisation du « Sou médical » se paie en une seule fois au commencement de l'année. Vous avez envoyé seulement la demi-cotisation et, par exception, vous avez été inscrit, mais il est indispensable que vous adressiez maintenant le complément sous peine d'être rayé purement et simplement en fin d'année.

« Sou médical », à Dr P., à D. — A cette époque de l'année, vous n'avez à envoyer que onze francs pour la cotisation du « Sou ». En janvier, vous enverrez la cotisation complète de 20 francs pour 1909. Envoyer 20 francs actuellement compliquerait la comptabilité et pourrait amener des erreurs.

Caisse des Pensions à Dr C., à D. — L'assemblée générale de la Caisse des Pensions se tiendra dorénavant en novembre en même temps que celles de l'*Amicale* et du *Concours*. Les pensions pourront ainsi être versées en janvier.

Nous avons pris cette décision pour avoir plus de membres à l'Assemblée Générale et pour mieux faire connaître cette œuvre si intéressante pour le médecin.

Amicale à Dr M., à O. — L'admission à la combinaison C de l'*Amicale* implique la participation à la Caisse des Pensions, mais les cotisations doivent être adressées au Dr Gassot, à Chevilly (Loiret), trésorier de l'*Amicale*. Lui seul a qualité pour donner quittance régulière.

Amicale à Dr B., à C. — Veuillez relire les statuts : l'âge d'admission à l'*Amicale* est l'âge qu'on atteint dans l'année de l'admission. Au 1er octobre, vous êtes considéré comme ayant 34 ans puisque vous avez atteint cet âge en 1908 ; à partir du 1er janvier 1909, vous serez considéré comme ayant 35 ans. Les calculs des primes ont été établis en conséquence et vous pouvez voir que, pour les combinaisons C et D, la cessation du paiement des cotisations est réglée sur la même base ; vous n'avez rien à payer pour l'année où vous atteignez 65 ans puisque vous êtes supposé avoir cet âge au 1er janvier.

Suite page XI.

conditions pour opérer se trouvent réunies quand l'accident est de date récente.

Si on tarde, outre la rétraction, il y aura lieu d'aviver les surfaces sectionnées et il faut ménager la longueur d'un tendon.

Si le malade est douillet, on n'hésitera pas à donner du chloroforme. On nettoiera la région avec beaucoup de soin. Ether, alcool, savon, brosse, et encore éther et alcool.

Une bande de toile ou de caoutchouc tentera le refoulement du bout central ; au besoin la main d'un aide exprimera les muscles au niveau de la section.

Dès que les bouts seront trouvés, on y passera un fil. La soie stérilisée vaut mieux que le catgut, qui risque de se résorber trop vite. Il faut une aiguille fine et au besoin une aiguille de couturière suffira. On peut user aussi de simple fil à coudre. J'ai fait une fois une suture en mettant à bouillir du fil et une aiguille pris dans la boîte à ouvrage de la femme du blessé.

Si le bout central est difficile à trouver on incisera sur le trajet, mais en ayant soin de veiller à ne pas mettre dans le même plan la peau et la section de la gaine.

Il vaut mieux qu'il ne se fasse pas d'adhérence.

Je ne peux passer en revue les divers procédés de sutures ; il y en a beaucoup et leur ingéniosité est grande.

C'est l'infection qui est toujours à redouter ; on y veillera donc et on fera très promptement de la mobilisation et du massage.

Ces opérations, qui ont une si grosse importance pour l'avenir quand on songe à ce que valent pour les travailleurs le pied et la main, ces opérations, dis-je, ne sont pas payées leur prix. Les compagnies devraient rémunérer très largement un médecin qui leur sauve un membre et leur évite une grosse indemnité.

Souhaitons que ces réflexions tombent quelque jour sous les yeux des intéressés et des grands chefs du ministère ; un peu de bonne volonté améliorerait notre tarif de façon acceptable... Le voudra-t-on ?

Dr Ch. LEVASSORT.

(*A suivre.*)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Secret médical et assistance médicale gratuite.

M. le Dr Mazel, secrétaire de la Société de Nîmes, Uzès et Le Vigan, écrivait le 12 mars dernier, à M. le Dr Lepage, secrétaire général de l'Association générale, une lettre dans laquelle il faisait part de l'émotion causée à plusieurs confrères du Gard par la demande à eux faite par la préfecture de Nîmes, d'avoir à dresser la liste des indigents visités *avec indication du diagnostic.*

M. Mazel demandait fort sagement à l'Association générale de vouloir bien faire proclamer le principe formel du secret médical dans la clientèle indigente en faisant décider par la plus proche Assemblée générale :

1° Que l'assisté a droit, comme tout autre malade, à la discrétion absolue ;

2° Que la divulgation des diagnostics sur des pièces administratives destinées aux employés de l'administration est attentatoire au secret médical ;

3° Qu'il y a lieu de trouver un procédé de contrôle qui sauvegarde les exigences légitimes de l'Administration en même temps que les droits des malades.

Lors de l'Assemblée générale qui eut lieu le 26 avril, c'est-à-dire six semaines seulement après la réception de la lettre des médecins de Nîmes, M. Lepage fit connaître le vœu qu'elle contenait aux délégués réunis et il ajouta en manière de conclusion : 1° La revendication présentée mérite un examen approfondi et le conseil, en six semaines, n'a pu l'étudier suffisamment pour donner un avis autorisé ; 2° Il serait intéressant que les Sociétés échangent des vues sur cette question et que, dans le cas où, dans d'autres départements les mêmes difficultés se seraient produites, on sache comment elles ont été résolues.

L'invitation de M. Lepage m'incite à faire savoir aux intéressés et à M. le secrétaire général particulièrement que les mêmes difficultés se sont, en effet, produites ailleurs que dans le Gard. Le règlement départemental de l'A. M. G. de la Manche, entre autres, réclame aux praticiens l'indication du diagnostic.

Dès 1894, la préfecture de Saint-Lô faisait des difficultés pour payer un mémoire sur lequel j'avais refusé de violer l'article 378 du C. P. Un essai de résistance fut vain et il m'apparut bien vite comme inutile de me débattre contre l'Administration. Sans hésiter, je pris le parti d'exposer le problème à M. Brouardel et de lui demander son opinion.

Quelques mois s'écoulèrent dans l'attente et je commençais à penser que ma lettre n'avait pas été jugée digne de réponse quand je reçus le billet suivant du doyen, dont le long silence n'avait pas été comme je l'avais d'abord cru, de la négligence ou du dédain, mais bien de la sagesse.

FACULTÉ DE MÉDECINE,
13 janv. 1895.

Mon cher Confrère,

Excusez cette tardive réponse ; je voulais avant de vous donner un avis, être sûr qu'il serait approuvé au ministère de façon à ne pas créer des difficultés qui ensuite deviennent très délicates à faire disparaître.

Voici donc mon avis officieux, mais communiqué à M. Monod et auquel il ne fait pas d'objections.

La commission de vérification fait quelque chose d'illégal si elle demande le nom de la maladie. Elle oblige le médecin à violer le secret médical. Elle n'en a certainement pas le droit.

Sa mission semble devoir se borner sur ce point à deux constatations : la vérification du nombre des visites faites et, en second lieu si les médicaments ordonnés sortent de la liste adoptée.

Voilà, mon cher confrère, les points sur lesquels l'accord est fait.

Signé : P. BROUARDEL.

Ce document fut communiqué, pendant ces dernières vacances, à mon ami Jeanne. Il fut communiqué, on le pense bien, dès 1895, à l'Administration départementale qui, semble-t-il, eût dû s'incliner, mais naturellement n'en fit rien. Elle ne fit que rompre d'un pas. Précédemment, les diagnostics étaient adressés aux maires : ils ne le furent plus. Précédemment les diagnostics — tous — devaient être inscrits sur les carnets et les

feuilles de comptabilité. Désormais les médecins furent autorisés, quand ils le jugeraient indispensable, à les faire parvenir sous une enveloppe cachetée à la commission de vérification qui est composée du préfet ou de son représentant, de médecins, de pharmaciens et de conseillers généraux, en sorte que l'enveloppe cachetée, quand elle a été ouverte devant le dit comité, devient le secret de polichinelle.

En voici une bien jolie preuve. Un confrère s'étant refusé à faire connaître à un maire la maladie d'une indigente veuve depuis deux ans, de sa commune, qui avait nécessité de nombreuses visites et des frais pharmaceutiques relativement élevés, le maire en question, qui était également conseiller général et faisait partie, comme tel, de la commission de vérification, put savoir sans difficulté que son administrée, veuve depuis deux ans, avait eu des accidents infectieux à la suite d'un avortement accidentel. De retour dans sa commune, le maire fit part de sa découverte à ses conseillers qui en firent part à leurs électeurs qui rendirent la vie intenable à la malheureuse veuve.

Voilà, n'est-il pas vrai, un fait intolérable. Puissent l'intervention des médecins de Nîmes et les efforts de M. Lepage en empêcher le retour. Si les éléments d'information qui précèdent ne sont pas une solution, ils sont du moins de nature à la faire trouver et à en montrer l'importance.

Dr L. VIAUD.

La durée des fonctions des médecins d'hôpital

Une deuxième circulaire, que nous n'avions pas connue de suite, a été envoyée aux Préfets par le Ministère en février dernier. La voici :

Ministère de l'Intérieur

Direction de l'Assistance et de l'Hygiène publiques

3e Bureau

Médecins des hôpitaux et hospices

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Paris, le 15 février 1908.

Le Président du Conseil, Ministre de l'Intérieur, à MM. les Préfets.

Comme suite à ma circulaire du 3 décembre 1907 relative aux rapports des commissions administratives et des médecins des hôpitaux et hospices, mon attention a été appelée sur le point suivant : La commission, dit l'article 14 de la loi de 1851, « nomme les médecins et les chirurgiens mais ne peut les révoquer qu'avec l'approbation du Préfet. » Un certain nombre de règlements intérieurs ont stipulé que les médecins seraient nommés pour une période déterminée à l'expiration de laquelle ils pourraient être désignés à nouveau pour la période suivante ; à la vérité, le règlement modèle du 15 décembre 1899 ne contient pas une telle prescription : il prévoit seulement une limite d'âge pour les médecins et une pour les chirurgiens, laissant aux commissions le soin de fixer ces deux limites ; néanmoins, la légalité de dispositions réglementaires spécifiant que les praticiens ne sont nommés que pour une période déterminée n'a jamais été contestée et ne me paraît point contestable ; le règlement d'administration publique du 12 août 1886 sur l'organisation de l'assistance à domicile dans la ville de Paris assure cette légalité puisqu'il stipule en ses articles 21 et 22 : « Les médecins des bureaux de bienfaisance sont nommés au concours. Ils sont institués par le Ministre de l'intérieur pour quatre années ; à l'expiration de ce temps, ils peuvent être reinstitués pour une nouvelle période de quatre ans et ainsi de suite. Aucun médecin ne peut rester en activité après sa 65e année. »

Le règlement intérieur peut donc fixer cette période ; en fait, il serait extrêmement regrettable qu'il lui donnât une durée trop restreinte ; l'abaisser à un an comme il avait été décidé naguère pour le Havre était inadmissible ; je me félicite qu'on soit revenu à la période de cinq ans, au-dessous de laquelle il convient de ne pas descendre.

N'être pas désigné à nouveau ne constitue pas pour un médecin une révocation ; il est hors de doute cependant que c'est une disgrâce. Cette éviction peut être justifiée par des raisons moins graves que le serait une révocation, elle doit l'être néanmoins par des raisons que l'on puisse expliquer. Des négligences de service nettement caractérisées, par exemple, doivent entraîner la révocation ; un zèle insuffisant, un certain relâchement dans le service, déterminera le non renouvellement du mandat. Il est nécessaire que ces motifs soient portés à la connaissance des médecins intéressés et à la vôtre, et que vous puissiez ainsi les apprécier et m'en informer. C'est là une garantie nouvelle qui me paraît utile pour les médecins et par suite, indirectement, pour les malades. Vous voudrez bien en aviser, quand l'occasion s'en présentera, les commissions administratives.

Le Président du Conseil,
Ministre de l'Intérieur,
G. CLEMENCEAU.

LA RÉFORME DES ÉTUDES MÉDICALES

Deux mots de réponse au Dr Dupont de Villiers-Saint-Georges

Dans un article qui, je le reconnais de suite, renferme beaucoup de bonnes choses et intitulé : « l'Encombrement et l'incohérence des médecins », le Dr Dupont dans le numéro du 13 septembre dernier du *Concours*, me prend personnellement à partie et réfute longuement un article très court plutôt humoristique que j'ai publié il y a déjà bien longtemps dans la *Gazette médicale du Centre*.

Cet article sans prétention a été reproduit par un certain nombre de journaux de médecine, et mes amis de la Rédaction du *Concours* l'ont cité en effet dans le numéro du 19 juillet en le faisant suivre de quelques réflexions parmi lesquelles l'appellation de *Simpliste*, me semble mettre les choses parfaitement au point.

Je demande « la liberté pour l'étudiant », et la suppression des examens théorico-pratiques actuels qui constituent réellement un critérium tout à fait insuffisant.

Je soutiens aussi, avec le Dr Roux de l'Institut Pasteur, qu'il y aurait grand intérêt à élargir considérablement les Ecoles d'enseignement, à utiliser les Ecoles préparatoires, les hôpitaux des grandes villes, pour mettre fin à l'encombrement des Facultés de médecine et notamment à celui de la Faculté de Paris, que reconnaît très bien lui-même le Dr Dupont.

Celui-ci craint que la liberté de l'enseignement que je réclame avec beaucoup de médecins et même de Professeurs, ne contribue à accentuer la pléthore médicale. Ceci est une autre question.

Il y voit encore, dans cette liberté, la planche savonnée qui nous fera glisser au « libre exercice de la médecine » c'est-à-dire à la licence. Nous en reparlerons à l'occasion.

Je me propose, en effet, de mettre sur pied un projet de réformes plus complet et plus documenté que l'article humoristique incriminé et qui ne s'attendait d'ailleurs, pas plus que moi, à se voir traiter à la fois avec cet excès d'honneur et mériter tant d'indignité.

Dr Léon LERICHE.

DÉONTOLOGIE

Quelques points de déontologie en médecine publique.

Les rapports entre les médecins et leurs confrères du Bureau de bienfaisance ou de l'Etat civil peuvent parfois présenter certaines particularités donnant matière à discussion et d'une interprétation déontologique délicate et difficile.

Il est clair qu'un médecin de Bureau de Bienfaisance appelé auprès d'un malade nouvellement inscrit à l'assistance et soigné antérieurement par un confrère s'abstiendra de toute réflexion sur le traitement institué par ce confrère et sur la conduite qu'il aura tenue ou les paroles qu'on lui prêtera. Son rôle est simple, tout indiqué, et toute parole malveillante, comme toute réticence savamment calculée, serait une faute impardonnable.

Ce sont généralement des chroniques dont le médecin du Bureau de bienfaisance hérite hélas ! Malades mécontents, aigris, déçus, portés à accuser le médecin de la longueur de la maladie, de la continuité de leurs souffrances, et le rôle du médecin du Bureau de bienfaisance est de les consoler, de leur faire prendre patience, tout en leur faisant comprendre avec bonté que le médecin, quel qu'il soit, remplit toujours et partout son devoir, soulage et guérit comme il peut.

Par contre, un confrère appelé auprès d'un malade soigné par le médecin du Bureau de bienfaisance usera envers ce confrère des mêmes procédés déontologiques que s'il s'agissait d'un malade ordinaire. Il est évident qu'au cas où le malade refuserait les soins du médecin de l'assistance, le confrère nouvellement appelé n'aurait pas, avant de continuer ses visites, à se préoccuper de la question des honoraires !

Avec les médecins de l'Etat civil, la question peut se compliquer et devenir délicate en raison des lois sur l'obligation de la déclaration.

Dans son enquête sur les causes de la mort, il est entendu que le médecin de l'Etat civil mettra toute la discrétion et tout le tact dont il est capable, qu'il s'abstiendra de toute appréciation ou réflexion sur le traitement, — qu'il évitera de répondre à certaines questions insidieuses des parents ou de l'entourage, — qu'il n'entendra pas leurs plaintes ou leurs récriminations contre le ou les médecins traitants, — qu'il ne se préoccupera en quoi que ce soit de la question de désinfection et gardera en tout et pour tout la plus grande et la plus sage réserve.

Mais, voici un enfant décédé à la suite d'une complication de maladie contagieuse soumise à l'obligation de la déclaration. Le médecin de l'Etat civil apprend que l'enfant a été atteint de rougeole, de scarlatine, de coqueluche, de diphtérie, etc., il y a quelques semaines, et qu'il succombe à une broncho-pneumonie, à une pneumonie ou à une néphrite, que doit-il faire ? Que doit-il indiquer dans son rapport ?

Nous pensons que, dans l'intérêt général, il doit signaler et la maladie primitive et la complication que cette maladie a entraînée.

Ainsi, il indiquera : (coqueluche, broncho-pneumonie), — (scarlatine, néphrite) — (rougeole, pneumonie), etc.

Toute autre indication nous paraîtrait insuffisante, inexacte et incomplète, gênerait l'action et les moyens d'investigation de l'hygiène publique, et fausserait les données statistiques, qui ont — il faut bien l'avouer — quelque importance au point de vue de l'intérêt public.

Mais, objectera-t-on, le médecin traitant n'a pas fait la déclaration de la maladie, soit par négligence, soit pour des considérations particulières, — ou bien il n'a été appelé (et tous les médecins savent combien le cas est fréquent) qu'au moment de la complication, sans avoir assisté au début de la maladie ; il ne sait que par les dires des parents que l'enfant a eu une rougeole, une scarlatine ou toute autre maladie contagieuse, alors vous mettez votre confrère dans le cas d'être rappelé à l'ordre ou d'être accusé de ne pas se conformer à la loi.

Ceci est exact et le confrère peut parfois avoir raison.

Mais nous pensons que le médecin de l'Etat civil n'a pas à rechercher si la déclaration a été faite, car son enquête ne comporte pas cette perquisition.

Si le rappel à l'ordre est infligé, le médecin donnera des explications et justifiera sa conduite.

Si le médecin n'a pas fait la déclaration qu'il devait faire, notre sentiment est, qu'*en l'état actuel de la législation*, le confrère a eu tort et que le médecin de l'Etat civil, en supposant même qu'il ait eu connaissance du fait, n'a pas à se préoccuper d'un intérêt particulier et ne doit être guidé que par l'intérêt général.

Quoi qu'il en soit, cette question présente un côté déontologique intéressant, et nous serions heureux de savoir si notre manière de voir et notre façon d'agir est conforme aux règles d'une bonne et saine déontologie.

Dr COURGEY.

15 juillet 1908.

CHRONIQUE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Les services médicaux des établissements de la Guerre.

Avis important aux médecins syndiqués

Nous appelons toute l'attention de nos confrères sur la note suivante publiée dans les journaux politiques :

M. Henry Chéron vient de décider la création d'une commission mixte composée d'officiers, de fonctionnaires et de représentants du personnel ouvrier, qui sera chargée d'étudier les questions relatives à l'organisation du travail et au fonctionnement industriel des établissements producteurs de la guerre.

Cette commission se réunira sur l'ordre du sous-secrétaire d'Etat pour donner son avis motivé sur toutes les questions qui lui seront soumises, et particulièrement sur celles qui rentrent dans une des catégories ci-après :

1° Organisation et conditions du travail, qu'il s'agisse de l'application de la réglementation générale légale (accidents, repos hebdomadaire, etc.), ou de la réglementation particulière aux établissements de la guerre (embauchages, avancements, discipline intérieure, titularisation, licenciements, récompenses, congés et permissions, etc.) ;

2° Traitement et salaires du personnel civil d'exploitation ;

3° Mesures d'hygiène et de sécurité, maladies, soins médicaux, conventions médicales, hospitalisation ;

4° Pensions, retraites, secours, œuvres de prévoyance (coopératives, sociétés de secours mutuels, etc.) ;

5° Dispositions spéciales à adopter en ce qui concerne les ouvrières et particulièrement les mères de famille ;

6° Questions concernant le rendement et le prix de revient, dispositions à prendre dans les établissements pour que les prix de revient restent normalement inférieurs aux prix de vente que pourrait consentir l'industrie civile ;

7° Mesures à appliquer pour assurer à chaque établissement un travail régulier, de manière à éviter les à-coups dans les embauchages (répartition des commandes, entretien et transformation de l'outillage, etc.).

La commission sera ainsi composée :

Représentants de l'administration de la guerre. — MM. de Mouy, conseiller d'Etat, directeur du contentieux et de la justice militaire au ministère de la guerre, vice-président ; Weil, contrôleur général de 1re classe de l'administration de l'armée ; le général Abaut, inspecteur permanent des fabrications de l'artillerie ; Jaussaud, contrôleur de 1re classe de l'administration de l'armée ; le chef de bureau, chef du service des questions ouvrières au ministère de la guerre ; le commandant Bernardon, de la direction de l'artillerie au ministère de la guerre ; le capitaine Gaillard, attaché à l'inspection des fabrications de l'artillerie, secrétaire.

Officiers et fonctionnaires attachés à des établissements. — MM. le commandant Jacquot, sous-directeur de l'atelier de construction de Puteaux ; le colonel du génie Bertrand, directeur du laboratoire des recherches relatives à l'aérostation militaire ; le sous-intendant militaire de 1re classe Double, chargé du 2e service à Paris ; le médecin principal de 1re classe Landriau, adjoint au directeur du service de santé du gouvernement militaire de Paris ; l'ingénieur en chef Loiseau, directeur de la poudrerie nationale du Ripault.

Représentants du personnel ouvrier des établissements militaires. — Un délégué du personnel de maîtrise, élu par les agents de maîtrise de tous les services : artillerie, génie, intendance, santé, poudres et salpêtres ; trois délégués des ouvriers de l'artillerie et du génie, élus par l'ensemble des ouvriers occupés dans les établissements de ces deux services ; deux délégués des ouvriers des poudres et salpêtres, élus par les ouvriers occupés dans les établissements de ce service ; un délégué des ouvriers des magasins administratifs, élu par l'ensemble des ouvriers occupés dans les établissements de l'intendance, de santé, ainsi que dans les établissements ne relevant ni du service de l'artillerie, ni du service du génie, ni de celui des poudres ; une déléguée des ouvrières, élue par l'ensemble des ouvrières des établissements de tous les services ; un délégué des employés, élu par l'ensemble des employés de tous les services.

N'y a-t-il pas grand intérêt et urgence à ce que les syndicats médicaux des régions où existent des établissements militaires demandent à faire partie de cette commission, ou tout au moins à être entendus par elle, lorsqu'elle étudiera la question des accidents, des mesures d'hygiène, les maladies, les soins médicaux, les conventions médicales et l'hospitalisation ? Notons que, sur 21 commissaires, il n'existe qu'un seul médecin, M. le médecin principal Landriau, pour étudier des questions de cette importance. Puisqu'il y a des médecins à la commission du tarif pour les accidents du travail, il devrait y avoir des médecins représentant des syndicats médicaux à la commission d'organisation des *services médicaux* des établissements de la guerre. J. Noir.

Le cumul des honoraires des divers actes médicaux.

Monsieur le Dr Divernéresse, à Saint-Mandé.

Mon cher ami,

Grâce aux conclusions du « Sou » et aux jugements publiés dans le *Concours*, j'ai obtenu la consécration du cumul et l'introduction de ce principe dans la jurisprudence du XIXe arrondissement de Paris. Il s'agissait de massages de la main suivis d'électrisations : le juge a admis pour chaque séance au cabinet huit francs, en me faisant même remarquer que pour être conséquent, j'aurais du demander quatre francs par massage (massage et consultation) et six francs par électrisation (électrisation et consultation) : en un mot que la consultation ou visite devait être ajoutée à *toute* intervention.

Voici quelques attendus, d'après mes notes :

« Attendu qu'il résulte de l'article 10 du Tarif officiel que la séance de massage donne droit à une allocation correspondant au prix d'une visite ou consultation, en sus du prix de la visite ou de la consultation.

« Attendu que ces termes, en sus du prix de la consultation ou de la visite, sont *généraux et impératifs*, que par conséquent dans tous les cas le prix de la consultation doit être ajouté au prix du massage.

« Attendu qu'il est probable que, s'agissant d'un tarif réduit, le législateur a voulu admettre une sorte de forfait : que par conséquent le prix du massage est de quatre francs pour la main et au cabinet du médecin... »

Monsieur le Juge de Paix du XIXe, qui fait d'ailleurs preuve dans tous ses jugements d'une très haute intelligence et d'un extrême souci de l'équité, a d'ailleurs conservé les numéros du *Concours* que je lui avais soumis et qui ne peuvent que le confirmer dans sa jurisprudence.

Pour finir, une autre nouvelle, genre comique.

Une Compagnie d'assurance suisse, qui loge dans un palais (ruinée sans doute aussi par les médecins), a imaginé de refuser de payer les traitements (massages ; électrisations) faits le dimanche ! C'est le repos dominical décrété pour les sérosités et les cellules mortifiées. Que les cals suspendent leur réparation, et les œdèmes leur stagnation, à la voix puissante de ces législateurs ! et louons tous le Seigneur et les Compagnies d'assurances !

Bien à vous,

Dr Dally.

Modification de rédaction d'un point du tarif-accidents.

Mon cher ami,

Une modification nécessaire au tarif qu'un fait de pratique vient de me démontrer et qu'il ne sera pas difficile de faire admettre.

L'article 13 du tarif n'admet la rémunération d'un aide docteur en médecine que pour les *opérations de grande chirurgie.*

Or, l'amputation des doigts, l'extirpation des

bourses séreuses figurent à l'article 10, § E, nos 6 et 7 aux opérations *de petite chirurgie.*

Une amputation n'est pas une opération de petite chirurgie.

Il est extrêmement difficile de faire convenablement une amputation même du doigt, sans être aidé, il faut quelqu'un pour aider à faire les sutures, les ligatures et, à la campagne, il est difficile d'avoir un aide aseptique en dehors d'un confrère.

Il faudrait donc que les nos 6 et 7 du § E de l'article 10, deviennent les nos 1 et 2 de l'article 11, § F.

Bien à vous.

Dr DIVERNERESSE.

CHRONIQUE DE LA PRÉVOYANCE

Les Caisssses de secours et d'assurances pour les médecins et leurs familles à l'étranger.

En Allemagne.

Les caisses de secours et d'assurances pour les médecins et leurs familles fonctionnent depuis de nombreuses années déjà en Allemagne. Ces institutions de secours mutuels sont de deux ordres : ou bien elles sont générales et leurs ramifications organiques s'étendent dans tout l'Empire allemand ; ou bien elles sont particulières à certains Etats ou Royaumes confédérés ; en ce cas, si leur organisation est bien comprise, elles priment les premières.

C'est ainsi que la *Caisse d'assurances pour les médecins d'Allemagne* très en faveur dans certains Etats confédérés, ne compte que peu d'adhérents en Bavière.

Cette caisse, fondée depuis 27 ans, possède cependant, à l'heure actuelle, 1524 membres, et son capital est de 1.350.000 marks. Ce n'est pas une caisse de secours, mais bien une caisse d'assurances qui vient offrir aux médecins allemands les mêmes bénéfices d'assistance qu'aux autres fonctionnaires de l'Etat ; elle veut surtout assurer une indemnité funéraire en cas de décès, une indemnité de maladie en rapport avec la situation médicale en cas d'accidents ou de maladies passagères, enfin une rente d'invalidité, une rente de vieillesse et une rente pour les veuves et orphelins des médecins. D'ailleurs, des caisses analogues assurent contre les temps de chômage les artistes de théâtre, les journalistes, les magistrats et les notaires.

Si les médecins de la Bavière adhèrent peu à cette caisse d'assurance pour les médecins d'Allemagne, c'est que dans leur royaume prospèrent trois organisations du même genre. Ce sont :

1° *La Société de secours pour les médecins invalides* ;

2° *La société de la caisse de décès pour les médecins de Bavière*;

3° *La Société de pension pour veuves et orphelins de médecins bavarois.*

La société de secours pour les médecins invalides comptait, en janvier 1906, 2570 membres. La plupart des médecins bavarois, et surtout presque tous les membres des syndicats médicaux de districts en font partie. Grâce au nombre considérable de ses membres, grâce à des legs assez importants, qui s'élèvent à la somme totale de 270.000 marks, grâce à des dons du gouvernement, grâce enfin à son administration bien comprise, cette société possédait au 1er janvier 1908 un avoir de 362,500 marks. La cotisation minima pour l'année est de 5 marks par membre, et plus de la moitié des membres la versent régulièrement.

Depuis 41 ans d'existence, la société a versé 392.483 marks de secours à 650 médecins. Depuis l'année 1880, 20 médecins sont en moyenne secourus annuellement ; pour beaucoup d'entre eux le secours est continué pendant plusieurs années, les secours annuels se sont élevés jusqu'à la somme de 2.400 m. pour un médecin. C'est en 1897 que la Société a secouru le plus grand nombre de confrères (ils étaient 27) ; le plus grand total de secours distribués en une année fut atteint en 1901 (19.036 m.).

Depuis 1899, la société a créé une *caisse pour les veuves* : depuis 1905, 6000 marks sont tirés de la caisse générale pour secourir les veuves et les orphelins de médecins. Le nombre des postulants s'est élevé de 6 (avec 350 marks de secours en 1898) à 54 (46 veuves. 8 orphelins) en 1906 pour une somme totale de 8.755 marks.

Cette société pour les invalides est une société de secours. Les demandes de secours sont adressées au siège de la Société ; deux confrères ainsi que la police locale fournissent des rapports sur les situations de fortune et de famille.

Cette organisation est très prospère ; sa remarquable situation financière est principalement due, indépendamment des legs et des secours du gouvernement, au grand nombre de ses membres, dont les cotisations fournirent en 1906 la somme de 15.704 m. pour lesquels furent dépensés en secours 17.567 m. si bien que les cotisations ont permis de solder la plus grande partie des secours ; il en est ainsi chaque année.

La *Société de la caisse de décès* est, contrairement à la précédente, une caisse d'assurance. Celle ci, après bien des luttes pénibles, est arrivée à une situation satisfaisante en 1886. Alors qu'en 1887 le nombre de ses membres était de 423 avec un avoir de 10.211 marks, le nombre des adhérents s'était élevé à la fin de 1906 au chiffre de 955, avec un avoir total de 130.101 marks. Le droit d'entrée est de 5 marks, la cotisation annuelle de 11 marks. Quand un membre meurt, il est alloué — si celui-ci faisait partie de la Société depuis 4 ans — un secours fixe de 200 marks, plus — s'il avait plus de six ans de présence — un secours extraordinaire qui s'élève parfois à 11 marks. La veuve et les orphelins d'un confrère, qui appartenait par exemple à la Société depuis 20 ans, reçoivent une somme de 365 marks. La situation financière de la Caisse est prospère ; c'est ainsi que pour une somme de 9550 m. produit de 955 cotisations en 1906, il fut payé 7210 m. d'indemnités : cette situation se retrouve chaque année ; elle s'améliorera d'ailleurs chaque année, en raison de sa bonne économie en technique d'assurances ; en 1906 en effet, elle touchait de la Société d'assurances-accidents de Cologne, la somme de 1048 marks pour les membres assurés à cette société, en plus du montant des cotisations, legs, etc.

La Société de pensions pour veuves et orphelins de médecins bavarois est une Société d'assurance. Elle est fondée depuis plus de 50 ans et dispose d'un capital total de 1.357.000 marks (au 31 décembre 1905), dont les dividendes servent (à raison de 15 %) à payer une rente annuelle aux veuves et aux orphelins des médecins membres. Cette rente est environ de 345 marks pour la veuve, de 69 m. pour chaque orphelin, de 103 m. pour chaque orphelin de père et de mère.

Les cotisations annuelles ont été calculées mathématiquement d'après l'âge des membres,

au moment de leur admission dans la Société ; plus jeunes ils sont, moins ils paient. Ainsi un médecin, âgé de 25 ans, dont la femme a 20 ans, paie annuellement 79 m. 80 ; s'il a 30 ans et sa femme 20 ans, c'est 99 m. 60 ; s'il a 35 ans et sa femme 23, c'est 139 m. 20.

Jusqu'en 1865 tout médecin praticien était obligé de faire partie de cette société ; depuis cette époque, il n'en est plus ainsi, et c'est pourquoi on a vu progressivement diminuer le nombre des adhérents. En 1865 il était de 752, en 1874 de 500 ; en 1906 de 426.

Et cependant les conditions d'admission ont été facilitées ; c'est ainsi que pendant les trois premières années de son mariage tout médecin bavarois peut être reçu sans certificat de bonne santé.

Malgré le discrédit relatif dans lequel est tombée cette Société, les services qu'elle rend aux veuves et aux orphelins sont particulièrement grands. Depuis 1888, en effet, il a toujours été payé chaque année plus de 50.000 m. en pensions aux veuves et aux orphelins. La somme la plus élevée, qui est de 59.451 m. correspond à l'année 1904. Depuis 1853, année de la création de cette Société, 2.043.894 marks ont été versés au total aux veuves et aux orphelins. En 1906 le nombre des pensionnaires était de 247 veuves, 68 orphelins et 5 orphelins de père et de mère ; les mêmes proportions se retrouvent approximativement chaque année.

Les sommes versées pour les cotisations et celles dépensées pour les pensions ne se contrebalancent pas : en 1906 les cotisations produisaient 22.821 m. ; les pensions dépensaient 52.589 m. Et cependant la situation financière de la Société est absolument sûre. En effet, l'avoir de la Société a été partagé en un fonds de pension qui sert à payer les pensions et en un fonds de réserve, dont les intérêts sont ajoutés aux dividendes à partager. En 1894, par suite de la longévité des pensionnaires, par suite d'un nombre plus grand de décès chez les jeunes médecins, admis sans certificats médicaux, les dividendes étaient tombés à 10 %, et de plus importants prélèvements avaient dû être faits sur les intérêts du fonds de réserve ; mais le mode de gestion exposé plus haut (division de l'avoir en deux espèces de fonds) permit de combler rapidement le déficit ; les dividendes atteignirent de nouveau 15 m. et s'élevèrent même à 20 m. Le fonds de pension atteignait à la fin de l'année dernière la somme de 899.019 m. ; le fonds de réserve dépassait 465.387 m. Cette situation est due à des legs, ainsi qu'à des secours ordinaires et extraordinaires du gouvernement.

Cette Société est non seulement une Société d'assurances, mais encore une Société de bienfaisance, puisque, nous l'avons dit plus haut, les confrères bavarois ne sont, dans les 3 premières années de leur mariage, obligés de fournir aucune attestation de santé, et que de la sorte les médecins peuvent aussi avoir toute tranquillité pour leur famille : ce sont là des conditions qui ne sont acceptées par aucune société d'assurances sur la vie. De plus, les statuts permettent d'accorder des délais de paiement pour leurs cotisations aux confrères momentanément insolvables, et même si cette insolvabilité est due à la maladie ou bien à l'âge, les cotisations sont prélevées partiellement ou entièrement sur le fonds de réserve : jusqu'à présent 35.978 m. ont été ainsi employés.

En Suisse

Il existe depuis 25 ans, en Suisse, une *Caisse de Secours pour les médecins Suisses*. Celle ci sert à secourir les médecins tombés dans la misère sans qu'il y ait de leur faute ; elle secourt principalement les veuves et les orphelins des médecins.

Cette caisse est absolument libre, c'est-à-dire que personne n'est obligé d'en faire partie. Les ressources se composent des intérêts produits par son capital, de legs relativement peu nombreux, et de dons volontaires par les médecins de tout le territoire suisse. Ces dons fournirent pour l'année 1907, la somme de 10.500 francs ; pour les 25 ans d'existence de cette caisse, ils ont été de 233.000 francs.

En 1907, 11.700 francs ont été dépensés pour secourir des médecins, ainsi que 25 veuves et orphelins. Pour 25 ans, les dépenses de cette nature s'élèvent à un total de 146.700 francs.

L'avoir de cette caisse était, en fin 1907, de 148.000 francs. Un rapport d'ensemble sur sa situation financière démontre que ses dépenses augmentent constamment, parce que les secours sont versés la plupart du temps pendant plusieurs années, et que les recettes n'augmentent pas proportionnellement.

A l'heure actuelle, un sixième des médecins suisses versent des dons : il est donc facile de se rendre compte combien cette caisse serait prospère si tout le corps médical voulait bien s'y intéresser.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

LE SOU MÉDICAL

Procès-verbal de la séance du 24 septembre 1908

Présents : MM. Maurat, président ; Jeanne et Vimont, vice-présidents ; Gassot, trésorier ; Diverneresse, syndic ; De Grissac, secrétaire-général et Dumesny, secrétaire des séances.

Il est décidé que le procès-verbal des séances du Conseil d'administration sera dorénavant publié au journal le *Concours*.

M. Gassot présente la liste des nouveaux adhérents dont le Conseil prononce l'admission :

MM. les docteurs :

264 Legourd, à Voulx (Seine-et-Marne).
265 Perchet, à Autet (Haute-Marne).
267 Naussac, à Villars (Ain).
269 Gailleton, à Thoissy (Ain).
271 Laguesse, à Posi, province de Yunnan (Chine).
272 François, à Bonnières-sur-Seine (Seine-et-Oise).
278 Colin, à Paris, 96, rue du Chemin-Vert.
279 Opois, à Lillebonne (Seine-Inférieure).
283 Levêque, à Saint-Germain-en-Laye (Seine-et-Oise).
289 Martin, à la Chapelle-Basse-Mer (Loire-Inférieure).

290 Blanchereau, à Caudéran (Gironde).
292 Bornègue à Luxeuil (Haute-Saône).
294 Mabit, à Gétigné, par Clisson (Loire Inférieure).
299 Rouault, à Lanvollon (Côtes-du-Nord).
300 Borreil, à Mane (Basses-Alpes).
306 Dubois, à Roubaix (Nord).
308 Dupont, à Pouilly-sous-Charlieu (Loire).
313 Servent, à Evreux (Eure).
314 Quintrie, à Bordeaux, 23, Cours Portal.
316 Audouin, à Bordeaux, 49, rue St-Sernin.
317 Boudin, à Epoisses (Côte-d'Or).
319 Voizot, à Pouilly-en-Auxois (Côte d'Or).
321 Pillet, à Rouen (Seine-Inférieure).
324 Maire, au Grau-du-Roi (Gard).
331 Gellé, à Provins (Seine et-Marne).
335 Wacogne, à Desvres (Pas-de-Calais).
348 Cosset, à Egriselles-le-Bocage (Yonne).
351 Miser, à Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise).

La correspondance comprend :

1° Une lettre du Dr R. de F., qui expose un différend avec une société d'assurances contre les accidents. Appelé comme médecin spécialiste à donner des soins à un blessé, par le médecin de l'assurance, cet appel confirmé par une lettre de l'agent régional, il présente sa note établie conformément au tarif local du syndicat. La Compagnie proteste et fait des offres conformément au tarif du Ministère du commerce. Le confrère n'accepte pas un pareil règlement et maintient le chiffre de ses honoraires ainsi qu'il les avait primitivement établis. Las d'attendre, il cite devant le juge de paix et à l'audience la Compagnie par l'entremise de son agent, vient invoquer la prescription. Le juge de paix a renvoyé à quinzaine et le Dr R... demande ce qu'il doit faire ?

Le Conseil est d'avis qu'il doit maintenir sa demande, établie conformément au tarif régional, car il n'a pas été choisi par le blessé, mais par le représentant du patron. D'un autre côté la prescription, moyen légal d'acquérir, ne vaut qu'autant qu'il y a présomption de paiement. Or, cette présomption ne peut exister en l'espèce. Le secrétaire-général a écrit dans ce sens au confrère.

2° Une lettre du Dr F., de G., et du Dr G., d'A. Une Compagnie d'assurance conteste l'existence d'une fracture soignée par le Dr F. Le Conseil émet l'avis que le Dr F.., en prévision d'un procès, doit se munir de documents et l'engage à faire faire, aux frais du « Sou », une radiographie, du membre blessé, et s'il y a lieu un examen du blessé par d'autres médecins.

3° Une lettre du Dr P.., de R.., exposant un cas de contestation d'honoraires. Un blessé non assujetti à la loi, est guéri, et lorsque le confrère adresse son mémoire d'honoraires, il déclare ne pas contester les soins donnés, mais dit ne pouvoir régler, car son assurance lui a interdit, de par son contrat, de régler directement le médecin.

Le juge de paix, devant qui la question est posée, fait citer l'assurance qui vient déclarer d'abord qu'elle ne doit rien, car le blessé a touché son indemnité. Puis, poussée à bout, elle déclare alors qu'elle ne peut être tenue de la somme réclamée, car il y a abus, les visites ont été trop multipliées, les soins inopportuns, en tous cas exagérés.

Le conseil est d'avis que le confrère doit poursuivre le blessé, constituer avoué, et n'entrer en aucune façon en pourparlers avec l'assureur de son client avec lequel il n'a aucun lien de droit. Que si le tribunal ne lui accordait pas gain de cause, notre avocat conseil consulté, une décision serait prise alors pour poursuivre devant la Cour d'appel la réforme du jugement intervenu.

4° Une lettre du Dr V., de L., concernant une question de principe. — Le juge de paix peut-il supprimer le demi-salaire d'un ouvrier blessé parce que ce dernier n'a pas voulu se laisser visiter par le médecin patronal en dehors des prescriptions de la loi, c'est-à-dire sans que le médecin patronal ait été désigné au juge de paix, avec mission de renseigner le dit patron sur l'état du blessé, en visitant la victime, en présence du médecin traitant, prévenu deux jours à l'avance par lettre recommandée. La question posée est la suivante : Le juge de paix tombe-t-il sous le coup de l'art. 30, § 5, n° 3, ainsi conçu : « Toute personne, etc ».

Le Conseil est d'avis de soumettre la question au conseil judiciaire aussitôt que possible.

5° Lettre du Dr A. N., rue de l'U., Paris. — Demande son inscription au « Sou » et signale le cas d'un très honorable confrère de province auquel un client intente un procès. Le Dr A. N. demande rendez-vous pour exposer l'affaire. Le confrère de province fait-il parti du « Sou médical » ? Si non, qu'il adhère, il lui sera donné tous les conseils utiles pour mener à bien sa défense. Le « Sou » limitera là son action pour le moment, car il ne saurait ouvrir les cordons de sa bourse, de la bourse des confrères du « Sou » à ceux qui n'ayant pas pris la précaution de se faire inscrire sont surpris par ce qui, comme le dit le confrère, « peut survenir à tous ».

6° Le Dr P. F. de Q., soumet au conseil des polices d'assurances contre les accidents, signées par lui et son beau-frère (ils exploitent en commun des cultures). Les soins médicaux sont assurés aux ouvriers jusqu'à concurrence de dix francs par trimestre. N'y a-t-il pas moyen de faire payer la totalité des frais médicaux ?

Le Conseil est d'avis que la faute commise a été de signer une police, sans la lire ; que le contrat étant la loi des parties, il n'y a qu'à se soumettre. *Dura lex sed lex.* Mais ne plus s'y laisser prendre.

7° Le Dr M., de B., demande quelle peut être la validité d'une délibération de la commission administrative de l'Hôpital-Hospice modifiant le règlement en ce sens que les fonctions de médecin de cet établissement seront pour l'avenir conférées pour une période de cinq années, au lieu de l'être comme précédemment sans détermination de durée. Cette délibération se réfère à une circulaire ministérielle du 15 février 1908 dont le « Sou » n'a pas connaissance.

Il est décidé que le texte de cette circulaire sera demandé au Ministère pour nous permettre de répondre en toute connaissance de cause à la demande du Dr M.

8° Les Drs N. et G., de R., font appel au « Sou Médical » pour les soutenir dans un procès en responsabilité dont ils sont menacés.

Il leur a été répondu que la caisse de garantie ne pourrait les couvrir et que nous ne pourrions prendre à notre charge les frais du procès, les faits remontant à une date antérieure à leur adhésion, mais qu'ils auraient droit aussitôt après cette adhésion à nos conseils et à ceux de notre avocat-conseil.

Le Dr Martial, de Paris, admis à la réunion, expose qu'un journal médical allemand, les *Münchener Medizinische Wochenschrift*, auquel il collabore, lui ayant demandé une série d'articles sur les œuvres de défense et d'assistance professionnelles du corps médical français, il désirerait se documenter sur l'organisation et le fonctionnement des œuvres créées par le *Concours Médical*.

En échange, il s'offre à écrire pour le *Concours* une série d'articles sur les œuvres similaires allemandes.

Le Conseil accepte et remercie le Dr Martial. La brochure Gassot sur le *Concours* et ses filiales lui est remise. M. Gassot la complètera par l'envoi d'addenda qui en constitueront la mise à jour. La Direction du Concours sera à la disposition du Dr Martial pour tous renseignements dont il pourrait avoir besoin. Ses articles pourront passer dans le Journal vers fin novembre ou commencement de décembre, après la publication des rapports et comptes rendus des Assemblées Générales.

M. Diverneresse rend compte au Conseil que, suivant une décision prise antérieurement, il a fait lancer les assignations en police correctionnelle pour violation de l'article 30 de la loi accidents, aux requêtes de MM. Dally, Diverneresse et de Grissac, contre un directeur de Syndicat de Garantie et deux industriels qui se sont rendus coupables des agissements punis par cet article.

Il verse le dossier de ces 3 affaires aux archives du « Sou ».

M. Diverneresse expose ensuite que l'imprimeur qui a tiré la 2e partie de sa Contre-enquête a besoin de la composition employée et propose de faire tirer une empreinte de cette composition avant de la distribuer, afin de permettre une réimpression en cas de besoin. Le coût de ce travail serait de 48 francs.

Le Conseil accepte de prendre à sa charge cette dépense.

Syndicat des médecins de la Seine.

Extrait du procès-verbal de la séance du Conseil d'administration du 21 *juillet* 1908

Impôt sur le revenu.

M. Guillemonat donne connaissance de la séance du groupe médical parlementaire qui a eu lieu le jeudi 9 juillet, à la Chambre, et à laquelle assistaient MM. Philippeau, Noir et Guillemonat.

Après une discussion assez longue, les motions votées au Congrès de Lille ont été complètement adoptées et M. Laurent, député, a déposé de suite sur le bureau de la Chambre les amendements suivants :

Premier amendement. — *Article* 48 (*ancien* 53).

Rédiger ainsi cet article :

L'impôt sur les bénéfices des professions libérales et de toutes occupations lucratives, non comprises dans une précédente catégorie, est établi annuellement à raison de la moyenne des bénéfices nets réalisés pendant les trois années précédentes, après défalcation des frais inhérents à la profession et déduction d'abord d'un quantum de 1/5 *sur les bénéfices nets, à titre d'amortissement des frais d'études et d'installation, et ensuite sur chaque revenu individuel d'une somme de ....*

Le reste sans changement.

Deuxième amendement.—*Article* 50 (*ancien* 55).

Dans le premier paragraphe, après le mot :

.... *déclaration*

supprimer le mot :

.... *détaillée.*

Troisième amendement.— *Article* 95 (*ancien* 94).

Les règlements d'administration publique énumèreront limitativement, en tenant compte des conditions d'exercice spéciales à chaque profession ou occupation, les indications que devra contenir la déclaration et les justifications dont elle devra être accompagnée pour en établir l'exactitude.

La Commission chargée de préparer lesdits règlements d'administration publique devra comprendre deux Sénateurs et deux Députés.

En cas de contestation, soit sur la déclaration, soit sur la taxation d'office, la charge de la preuve incombera à l'Administration.

M. Guillemonat ajoute que la position du corps médical, au point de vue du projet de l'impôt sur le revenu, s'est beaucoup améliorée. Nous avons, en effet, les promesses du Ministre des finances, de son chef de Cabinet, de M. le rapporteur de la loi et l'appui du groupe médical parlementaire. Mais il ne faut pas croire que tout est terminé. Aussi, lors de la prochaine discussion sur l'impôt sur le revenu, nous retournerons devant la Commission d'études fiscales pour appuyer à nouveau les amendements proposés.

Le Conseil approuve les démarches faites. Il charge MM. Philippeau, Noir et Guillemonat de les continuer en temps utile.

Affaire Durant-Breffort.

A la suite de contestations survenues entre le Dr Durant-Breffort et deux confrères syndiqués qui, après avoir fait des remplacements chez M. Durant-Breffort, ont établi une clinique au centre même de la clientèle de ce dernier, le Conseil, après avoir entendu les parties, adopte l'ordre du jour suivant :

Le Conseil, ne pouvant que s'en référer au vote de l'Assemblée Générale, limitant à trois *ans le délai d'installation d'un remplaçant, regrette que, par leur association et par les circonstances qui ont entouré leur installation, deux Confrères aient donné lieu de croire à une entente anti-confraternelle, d'autant plus que, pour l'un d'entre eux, le délai de trois ans n'est pas complètement expiré.*

Convocation des médecins experts.

A la suite du vote du Conseil (séance du 8 juillet) il avait été décidé de convoquer les experts et de les entendre à la séance de ce jour.

Trois de ces experts, sur sept convoqués, ont répondu, s'excusant de ne pouvoir venir et exposant leur manière de voir en ce qui concerne les expertises à l'hôpital.

Cette question est renvoyée à la séance de septembre.

La Vaccination obligatoire à Paris.

M. Guillemonat donne lecture d'une lettre de M. Dehais, conseiller municipal du quartier des Batignolles, accusant réception des vœux du *Syndicat des Médecins de la Seine*, relativement à l'organisation du service de la Vaccination obligatoire à Paris. Il donne l'assurance au Syndicat qu'il appuiera ses légitimes revendications.

M. Guillemonat indique que le vœu émis par le Conseil à sa dernière séance a été envoyé aux conseillers municipaux : 1° par le siège social du Syndicat ; 2° par les sections syndicales qui ont ainsi pour la première fois fourni leur appui à la cause syndicale. Il ajoute qu'il a de plus écrit à M. le Préfet de la Seine lui demandant une audience pour lui exposer les desiderata du corps médical de Paris.

A la suite de sa lettre, le Dr Guillemonat a été convoqué devant une Commission présidée par le Dr Roux et à laquelle assistaient MM. Duguet, Martin, Kelsch et Burnet.

Après une discussion et un échange de vues qui a duré plus d'une heure, il a été décidé que la séance reprendrait au mois d'octobre. Mais déjà on peut affirmer que rien de contraire aux intérêts du corps médical ne sera tenté. M. Guillemonat en a reçu l'assurance formelle de M. Duguet. Il ne restera en octobre qu'à trouver le

terrain d'entente et le mode d'application. Du reste, il présentera au Conseil un rapport sur ce sujet à la séance de septembre et demandera à être accompagné par des délégués du Conseil devant la Commission du Préfet.

La décoration de M. Gairal.

Le Conseil décide, sur la proposition de M. DALLY, d'envoyer une adresse de félicitations au Dr Gairal, Président de l'Union des Syndicats Médicaux de France, qui vient d'être nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Le Dr NOIR fait ressortir combien cette distinction est méritée pour les nombreux services publics que M. Gairal a rendus : mais cela ne l'a pas empêché de consacrer un temps considérable à l'Union des Syndicats Médicaux de France et d'être toujours sur la brèche ; ce ruban rouge qui vient décorer la boutonnière de l'un de nos confrères ne pouvait être mieux placé ; aucune bassesse, aucune compromission n'a contribué à l'obtenir vis-à-vis des pouvoirs publics, surtout dans la lutte professionnelle, M. Gairal a su conserver toute son indépendance et sa liberté de critique et d'action. Peu de gens pourraient, à notre époque, lui être comparés.

JURISPRUDENCE DU SOU MÉDICAL

Saint-Chéron, le 22 juillet 1908.

Mon cher Confrère,

Je vous adresse la copie du jugement que j'ai obtenu le 19 juin dernier, devant la justice de paix du VIIe arrondissement de Paris, dans une affaire pour laquelle le « Sou médical » a bien voulu, non seulement me prêter son concours juridique, mais encore son concours financier.

Ce jugement a son importance, car il vient très solidement étayer la jurisprudence déjà établie en ce qui concerne les contestations d'honoraires par les héritiers directs. pour soins de dernière maladie donnés à leurs ascendants dans le besoin.

Le résultat pécuniaire est minime en cette affaire et c'était à prévoir, car il y avait six héritiers dont trois mineurs et que, sans le dire expressément, le juge a condamné M. G. à payer le sixième de la note (50 fr. sur 282) et les époux C. à n'en payer que le douzième environ parce que M. C. est interné à Ville-Evrard et que de ce fait sa femme se trouve dans une situation de fortune moindre.

Je vais écrire aux mineurs solvables pour obtenir leur part à l'amiable en leur faisant comprendre que s'ils ne veulent pas payer, leur tuteur sera condamné comme l'ont été leurs sœurs, les défenderesses en la circonstance.

Vous voudrez bien être mon interprète auprès du Conseil d'administration du « Sou médical » et le remercier de l'aide qu'il a bien voulu me donner en la circonstance. Ce jugement m'est d'autant plus agréable que mes débiteurs, en l'espèce, étaient conseillés par un juriste qui depuis deux ans, sans que je sache pourquoi, m'a fait mille misères, et qui se portait fort de les faire acquitter.

Encore une fois, merci.

Votre bien dévoué,
Dr Ad. DELPEUT.

Justice de Paix du VIIe arrondissement de Paris.

19 juin 1908.

Contestations d'honoraires par les héritiers directs pour soins de dernière maladie donnés à leur père dans le besoin. — Les soins médicaux font partie de la pension alimentaire due par les enfants.

Entre le docteur D... demeurant à St-Ch., demandeur, d'une part :

Et 1° Mme J. T. employée, épouse de M. P. C. demeurant à Paris, rue de Lille, et M, P. C. son mari ;

2° Mme E, T., sans profession, épouse de M. G. E. son mari, défendeurs.

Point de fait :

Suivant exploit en date du 2 juin 1908 du ministère de Lafarge, huissier près le Tribunal de 1re instance de la Seine,

Monsieur le docteur D... a fait citer M. et Mme C. et M. et Mme G. à comparaître en personnes ou par fondé de pouvoirs le vendredi 12 juin 1908, par-devant M. le juge de paix du VIIe arrondissement, Paris.

Attendu que le requérant, appelé non seulement par le malade, mais par les enfants, a donné des soins médicaux et de dernière maladie à Monsieur Pierre T., décédé à S. C. le 28 octobre 1907, laissant les époux C. et G., défendeurs, ses enfants, comme habiles à se dire et porter héritiers.

Attendu que la note des frais et soins médicaux dus au requérant s'élève à la somme principale de 282 francs.

Attendu que le docteur D. s'étant adressé aux sus-nommés pour en avoir paiement, ces derniers s'y sont refusés prétextant sans en justifier qu'ils avaient renoncé à la succession de leur père *de cujus*.

Attendu que dans le cas même où la preuve de cette renonciation serait apportée, les sus-nommés ne sauraient se soustraire au paiement de la somme réclamée.

Attendu, en effet, qu'il est de jurisprudence formelle que les dépenses nécessitées par une maladie ont le caractère alimentaire.

Attendu qu'au moment où M. le docteur D. a donné ses soins à M. T. père, celui-ci se trouvait dans le besoin et avait même obtenu tant contre les époux G. que contre les époux C. des décisions de justice les condamnant à lui servir une pension alimentaire mensuelle ; qu'il n'est du reste pas inutile de faire remarquer que les sus-nommés, même du vivant de leur père, se sont efforcés de se dérober à l'exécution des jugements sus-mentionnés et qu'au jour de son décès, le *de cujus* était et demeurait créancier envers ses enfants débiteurs de termes de pension impayés.

Attendu que la pension alimentaire à laquelle étaient tenus les sus-nommés s'étendant non seulement aux faits d'alimentation, mais encore à ceux de soins et dépenses en cas de maladie, survit à toute renonciation à succession ; que le docteur D. conserve donc son action comme *negotiorum gestor*, c'est-à-dire comme ayant acquitté pour le compte des enfants de son client une partie de l'obligation alimentaire qui leur incombait.

Attendu que les époux C. et G. doivent donc en tout état de cause être condamnés au paiement de la somme réclamée.

Par ces motifs et tous autres à suppléer ou à déduire s'il échet.

S'entendre les époux C. et G., sus-nommés, condamner à payer conjointement et solidairement au requérant la somme de 282 fr. avec intérêts de droit.

Très subsidiairement s'entendre les dits sus-nommés, condamner à payer leur part et portion virile de la dite somme avec intérêts de droit.

Et s'entendre en outre condamner solidairement en tous les dépens.

Et le dit jour, 19 juin 1908, la cause a été appelée.

M. le docteur D. a comparu et requis l'adjudication des conclusions de sa demande.

Mme C. et les époux G. ont comparu.

Point de droit :

Devait-on accorder au demandeur l'adjudication des conclusions de sa demande ?

Devait-on au contraire l'en débouter ?

Que devait-il être statué quant aux dépens ?

Nous, juge de paix, après avoir entendu le demandeur, Mme C. et les époux G. en leurs explications, moyens et conclusions, jugeant en dernier ressort.

Attendu que M. le docteur D. a fait citer les époux C. et G. (mesdames C. et G. prises en qualité d'héritières de M. Pierre T. leur père) en paiement solidaire de la somme de 282 francs pour soins médicaux et de dernière maladie donnés à ce dernier.

En droit :

Attendu qu'il est de jurisprudence constante que les dépenses nécessitées par la maladie ont un caractère alimentaire et sont en réalité les accessoires de la pension alimentaire elle-même.

Attendu que cette pension alimentaire est sujette à augmentation ou à diminution selon les circonstances.

Attendu que la renonciation à la succession dont excipent les époux G. ne saurait les soustraire à l'action du demandeur.

Qu'en effet et malgré cette renonciation, ce dernier n'en conserve pas moins son action comme *negotiorum gestor*, puisqu'en donnant des soins au *de cujus*, il a acquitté une partie de l'obligation alimentaire qui incombait à la dame C. et à la dame G.

En fait ;

Attendu que la note des soins donnés par le docteur D. de mars 1906 au 28 octobre 1907, jour du décès, n'est pas exagérée.

Que la demande du docteur D. est donc recevable et fondée.

Mais attendu qu'il n'y a pas solidarité entre les défendeurs et qu'ils ne doivent être tenus chacun que selon leur fortune.

Par ces motifs,

Condamnons les époux G. à payer au demandeur la somme de cinquante francs et les époux C. la somme de vingt-cinq francs, pour les causes susénoncées, avec intérêts de droit de la dite somme à compter du jour de la demande et ce sans solidarité.

Disons que les défendeurs pourront se libérer du montant des condamnations prononcées contre eux au présent jugement, savoir : Les époux G. par acomptes de dix francs par mois et les époux C. de cinq francs par mois, pour le premier paiement avoir lieu le 20 juillet prochain.

Disons que faute de paiement d'un seul terme à son échéance, la totalité de la créance restant due deviendra immédiatement exigible de plein droit.

Disons que les dépens, liquidés à quinze francs 75 cent., en ce non compris le coût du présent jugement et ses suites s'il y a lieu, seront supportés deux tiers par les époux G. et un tiers par les époux C.

Disons que les frais de signification du présent jugement resteront à la charge de celle des parties qui y donnera lieu.

Signé : Jozon, juge suppléant.

CORRESPONDANCE

Une révocation pour cause politique

Avranches, le 25 septembre 1908.

Monsieur et cher Confrère,

Je viens de recevoir une lettre qui peut intéresser un grand nombre de confrères.

Je me permets de vous en envoyer copie afin que vous puissiez, si vous le jugez utile, l'insérer dans le *Concours médical* avec les réflexions que vous croirez bon d'y ajouter dans l'intérêt du corps médical.

Cette lettre est ainsi conçue :

DOUANES — Direction de Saint-Malo — 2e Division — 4e Bureau — Masses — Service de Santé — N° 5571

Saint-Malo, le 21 septembre 1908.

Le Directeur à Monsieur le Docteur Aubrée, médecin à Avranches.

Monsieur le Docteur,

Votre attitude politique ayant été *jugée incompatible* avec les fonctions de médecin des brigades, l'administration des Douanes me charge de vous informer qu'elle *doit* se séparer de vous à dater du 1er octobre prochain.

J'ai l'honneur de vous notifier cette décision qui a été approuvée par M. le Ministre des Finances et je vous prie, Monsieur le Docteur, de bien vouloir agréer l'expression de mes sentiments les plus distingués.

Signature illisible.

(Le Directeur s'appelle Gounot.)

La formule est polie, mais j'estime que l'on me signifie un peu cavalièrement mon congé, on me donne mes huit jours comme à un domestique qui a cessé de plaire.

Or, depuis 10 ans, 21 avril 1898, j'étais médecin d'une brigade de douaniers, à Genets (canton de Sarcilly, Manche), à 10 kilomètres de mon domicile pour les honoraires dérisoires de 100 fr. par an.

J'étais en excellentes relations avec les chefs de ma brigade et tous les préposés sans exception.

Je suis devenu conseiller d'arrondissement il y a trois ans. Tout le monde connaissait mes *allures* politiques. L'administration ne m'en avait fait aucun grief, elle m'avait au contraire confié une nouvelle brigade, celle du Pont-Gilbert-en-Marcey, près Avranches, aux mêmes honoraires (pour me récompenser sans doute de mes bons services). Et aujourd'hui, à l'heure où je ne m'occupe d'aucune des questions troublantes de la politique, que je n'ai conscience que de faire largement mon devoir, on me révoque sans me prévenir, sans me demander compte de mon mandat, sans me permettre de me défendre.

N'est-ce pas là un fait qui mérite une protestation énergique du corps médical ?

Le Syndicat de l'arrondissement d'Avranches, l'Association départementale des médecins de la Manche, et la Fédération des Syndicats médicaux de notre département sont informés de cette décision arbitraire.

J'espère qu'ils tiendront à cœur de relever comme elle le mérite cette manière d'agir et que vous ne manquerez pas vous-même d'en informer vos nombreux abonnés.

Daignez agréer, mon cher Confrère, l'expression de mes meilleurs sentiments.

Dr Aubrée.

N. D. L. R. — Certes oui, nous protestons. Mais nous pensons surtout que les Syndiqués d'Avranches, forts de leurs statuts, vont s'abstenir individuellement de prendre la succession de M. Aubrée, exclure celui qui faiblirait à ce devoir et forcer ainsi à l'application du libre choix pour les douaniers de la région.

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trentième année | N° 41 | Dimanche 11 OCTOBRE 1908

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

AVIS

PATRONAGE MÉDICAL

Nous remercions les confrères qui nous ont adressé par écrit leurs observations à la suite de l'avis publié dans le dernier numéro, et les informons que le rapport qui sera lu à l'Assemblée Générale leur donnera tous les éclaircissements qu'ils peuvent désirer et répondra aux observations des 150 et quelques lettres que nous avons reçues.

ASSOCIATION AMICALE MALADIE

Séance du Conseil d'administration du 24 septembre 1908

Présents : MM. Maurat, Lepage, Gassot, Mignon, Diverneresse, Jeanne.

Le Président ouvre la séance en rappelant l'acte de générosité d'un des confrères que nous avons eu le malheur de perdre au cours du trimestre écoulé.

A ce sujet, le docteur Lepage donne connaissance au Conseil d'administration des détails concernant le legs fait à l'Association générale par le docteur Gille ; cette donation intéresse tout particulièrement les membres de l'Amicale puisque, d'après les termes du testament, lorsque les revenus du legs appartiendront à l'A. G., qui n'en est actuellement que nu-propriétaire les membres de l'Amicale, ainsi que les membres de la Caisse des retraites, seront les premiers à en profiter dans les conditions précisées par le testament.

A la suite de cette communication, le Conseil d'administration décide d'adresser à la mère et à la sœur de notre regretté confrère, le docteur Gille une lettre dans laquelle il leur renouvelle ses condoléances et leur adresse l'expression de sa respectueuse reconnaissance.

M. le Dr Mignon signale des extraits de la correspondance. A propos d'une des questions posées, le Conseil décide que l'étude de la proposition faite l'an dernier par M. le Dr Lande, au sujet de la prolongation de l'indemnité, se fera après le prochain inventaire, dont les indications sont indispensables pour réaliser une modification de cette importance.

La prochaine assemblée générale est fixée au dimanche 15 novembre, 2 heures après-midi, et il est décidé que la Caisse des Pensions y fournira son élément de comptes rendus et de statistique.

Le samedi 17 octobre, à 2 h. 1/2, il sera tenu au siège social une séance de contrôle des comptes et de préparation de l'Assemblée générale.

Il est procédé au vote des indemnités trimestrielles suivantes :

5	3 mois	300 »»
48	49 jours	490 »»
51	3 mois	300 »»
54	21 jours	210 »»
62	7 jours chr.	23 30
80	3 mois	300 »»
102	Cure thermale	100 »»
137	3 mois	300 »»
138	20 jours	200 »»
147	3 mois	300 »»
164	21 jours	210 »»
165	34 jours à 10 francs + 3 jours chr.	350 »»
173	3 mois	300 »»
176	Cure thermale	100 »»
	+ 11 jours	110 »»
179	3 mois	300 »»
186	3 mois	300 »»
215	3 mois	300 »»
221	Cure thermale	100 »»
226	23 jours	230 »»
238	2 mois et 28 jours	293 35
301	19 jours	190 »»
325	24 jours	240 »»
332	3 mois	300 »»
334	3 mois	300 »»
341	3 mois	300 »»
346	3 mois	300 »»
348	Cure thermale	100 »»
372	3 mois	300 »»
373	3 mois	300 »»
380	31 jours	310 »»
386	16 jours	160 »»
418	Cure thermale	100 »»
421	3 mois	300 »»
509	3 mois	300 »»
549	30 jours	300 »»
561	Cure thermale	100 »»
599	15 jours	150 »»
631	9 jours	90 »»
677	10 jours	100 »»
680	3 mois	300 »»
709	32 jours à 10 francs + 8 jours chr.	346 65
738	37 jours	370 »»
795	30 jours	300 »»
796	Cure thermale	100 »»
823	37 jours	370 »»
869	Cure thermale	100 »»
888	14 jours	140 »»
904	3 mois	300 »»
925	10 jours	100 »»
948	60 jours à 10 francs + 28 jours chr.	693 35
957	3 mois	300 »»
992	17 jours	170 »»
1004	5 jours	50 »»
1012	36 jours	360 »»
1055	40 jours	400 »»
1067	28 jours à 10 fr. + 2 m. et 4 j. chr.	493 30
1105	12 jours	120 »»
1121	22 jours	220 »»
1137	18 jours	180 »»
1154	3 mois	300 »»
1213	Cure thermale	100 »»
1275	3 mois	300 »»
1283	3 mois	300 »»
1294	Cure thermale	100 »»
1304	Cure thermale	100 »»
1317	40 jours	400 »»
1322	10 jours	100 »»
		16.259 95

La séance se termine par les admissions ci-dessous.

Combinaison A.

Servas, à Bourg (Ain) ; Géraud, à Collioure (Pyrénées-Orientales) ; Désormes, à Arlane (Puy-de-Dôme) ; Poli, à Fondouck (Alger) ; Boudaud, à Paris ; Servent, à Evreux (Eure) ; Collet, à Montfort-sur-Meu (Ille-et-Vilaine) ; Turlais, à Angers (Maine-et-Loire) ; Dodet, à Sens (Yonne); Macasdar, à St-Cyr (Var); Beis, à Massillargues (Hérault) ; Crespin, à Calais (Pas-de-Calais) ; Ducasse, à l'Isle-en-Dodon (Haute-Garonne) ; Chevallier, à Ernée (Mayenne) ; Decouvelaere, à Tourcoing (Nord) ; Béthoux, à La Mure (Isère).

Combinaison C.

Mlle Hamilton, à Bordeaux (Gironde) ; Aunis, à Langoiran (Gironde) ; Laisney, à Paris ; Raynal, à Albi (Tarn) : Rignier, à Neufchatel (Aisne).

Combinaison AD.

Gauche, à Montreuil-sur-Ille (Ille-et-Vilaine)

Passages à C.

Aurand, à Lyon (Rhône) ; Patron, à Salindres (Gard) ; Jolis, à Lectoure (Gers) ; Mignon, à Septeuil (Seine-et-Oise) ; Etienne, à Renwez (Ardennes) ; Savatier, à Cossé-le-Vivien (Mayenne).

Passages de A à AD.

Robilliard, à Pujols (Gironde).

Le secrétaire des séances, Dr JEANNE. — *Le président,* Dr MAURAT.

LA SEMAINE MÉDICALE

Le traitement moderne de la coxalgie

D'après un récent article de M. le Dr BENOIT, de Royan, dans la *Pédiatrie pratique*, voici comment, aujourd'hui, on doit conduire le traitement de la coxalgie :

« Dès que la maladie aura été diagnostiquée : soit par l'examen clinique, qui aura montré *de la boiterie avec douleur spontanée ou provoquée de la hanche*, ou de la douleur irradiée dans le genou ; une limitation, si faible soit-elle du mouvement d'abduction ; un allongement apparent du membre.

« Soit par l'examen radiographique, qui aura

décelé une décalcification du fémur, plus transparent aux rayons Roentgen du côté malade que du côté sain ; une opacité relative de l'interligne articulaire ; un épaississement de la synoviale qui paraît injectée ; une ulcération osseuse déjà visible.

« Nous immobiliserons le malade dans un appareil plâtré, soigneusement confectionné, bien modelé aux hanches et au genou.

Cet appareil une fois sec, sera ensuite coupé au couteau, de façon à enlever tout le plastron abdominal jusqu'à mi-cuisse. La région fémorale et le triangle de Scarpa seront ainsi largement découverts et l'on pourra pratiquer des injections intra-articulaires.

« Préalablement, il faut marquer les points de repère au crayon dermographique.

« Ces points de repère sont ; 1° les épines-iliaques ; 2° une horizontale passant au niveau des épines du pubis, ligne parallèle à celle passant par les épines iliaques ; 3° le trajet de l'artère fémorale, sensible au doigt, en général, et en tout cas, s'échappant de l'arcade crurale à moitié distance entre l'épine iliaque et l'épine pubienne pour rejoindre de là le sommet du triangle de Scarpa. A 2 centimètres environ au-dessus de l'horizontale, à 2 centimètres ou 2 centimètres et demi de l'artère, selon la taille du sujet, on marquera le point où doit s'enfoncer l'aiguille.

Cette aiguille sera de préférence une aiguille en platine d'un calibre correspondant au numéro 2 ou 3 des aspirateurs de POTAIN ou de DIEULAFOY, elle aura 10 centimètres de long, son biseau sera court afin de rester plus sûrement en totalité à l'intérieur de la capsule. On pourra aussi employer avantageusement un trocart de même calibre.

« Après désinfection de la peau par le savonnage et le décapage à l'alcool et à l'éther, enfoncez l'aiguille, le biseau en-dessous obliquement en haut et en dedans, au point choisi. Enfoncez assez profondément, jusqu'à ce que vous sentiez la résistance du col fémoral, dégagez légèrement la pointe, chargez la capsule en obliquant encore un peu la direction de l'aiguille sans perdre le contact de l'os ; ajustez la seringue préparée et chargée à l'avance et poussez votre injection.

« Voici les produits médicamenteux dont je me sers. Dans le cas de coxalgie au début, non suppurée par conséquent, sans fongosités volumineuses, je m'adresse à des liquides qui amènent la sclérose des tubercules sans les fondre. Ces liquides sont l'huile gaïacolée ou goménolée, l'éther iodoformé. Je les associe en général.

« Si la coxalgie est déjà ancienne, si l'articulation est empâtée, si, mieux encore, il existe de la suppuration profonde et que la radiographie montre l'existence de destructions osseuses ou de séquestres, ici comme dans les autres articulations, je m'adresse au naphtol camphré, émulsionné dans la glycérine.

« Dans le premier cas, les injections seront hebdomadaires ; huit à dix injections constituent un traitement suffisant.

« Dans le second cas, nous considérons cette cavité articulaire suppurante comme un véritable abcès froid. Les injections seront plus rapprochées, tous les trois ou quatre jours. L'introduction de l'aiguille sera suivie d'une aspiration pratiquée soit avec le petit aspirateur de CALOT, soit avec l'aspirateur de DIEULAFOY. Le liquide retiré sera remplacé par un centimètre cube ou de deux de glycérine contenant en émulsion cinq à vingt-cinq gouttes de naphtol, dose calculée à raison de deux gouttes par année d'âge.

Une douzaine d'injections de naphtol camphré suivies d'une ou deux injections d'éther iodoformé amènent la dessiccation de la cavité suppurante.

« Quel que soit le produit pharmaceutique introduit dans la cavité articulaire, l'injection terminée, on retire l'aiguille, on place sur l'orifice cutané un léger pansement aseptique, on remet le fragment d'appareil plâtré dans sa position primitive et on le fixe par quelques tours de bande gommée, mouillée, qui en se desséchant rétablit la continuité de l'appareil.

Le traitement actif prend environ deux mois. Cette période achevée, on se sert, pour fixer le fragment détaché, d'une bande plâtrée qui ramène l'appareil à son état primitif d'appareil inamovible.

« On laisse le malade au repos quatre mois. Si après examen et radiographie, tout signe de coxalgie a disparu, on commence à mettre le sujet sur pieds quelques minutes par jour, sa hanche maintenue, soit dans un petit appareil de coxalgie descendant jusqu'au genou, soit dans un appareil amovble en celluloïd ou en cuir.

« Si des points douloureux persistaient et que le foyer tuberculeux parût encore en activité, on pratiquerait une nouvelle série d'injections suivie d'une nouvelle période de repos.

« Les injections intra-articulaires sont bien supportées par les petits malades. J'ai eu souvent l'occasion de les pratiquer avec la seule anesthésie cutanée au chlorure d'éthyle. Depuis quelque temps je profite des quelques secondes d'anesthésie générale (40 à 50) que donne l'inhalation de deux ou trois centimètres cubes de chlorure d'éthyle dans le masque de Camus. L'anesthésie est instantanée, complète, le réveil immédiat, naturel ; il se produit pendant que l'on pratique le pansement. Les petits malades qui ont goûté des deux méthodes réclament d'eux-mêmes leur anesthésie.

« Nous sommes bien loin de la période lugubre pendant laquelle la coxalgie était à juste titre considérée comme une affection d'un si sombre pronostic.

« Le traitement classique nous donnait déjà de jolies satisfactions, mais par la bonne immobilisation dans des appareils bien faits, le redressement des attitudes vicieuses, les soins donnés aux abcès, il fallait attendre trois ou quatre ans pour arriver à une solution et encore, ainsi que nous l'avons dit, même dans ces cas favorables, même lorsqu'il ne se manifestait aucune suppuration; les malades ne guérissaient généralement pas sans raccourcissement, sans usure osseuse ; et qui dit usure osseuse dit boiterie.

« Avec les méthodes nouvelles. la durée de l'affection se trouve réduite de moitié, peut-être même des deux tiers ; mais en outre, et c'est là le point le plus important, les résultats définitifs sont incomparablement meilleurs. L'usure osseuse est nulle ou tout au moins limitée à ce qu'elle était au moment où l'on a entrepris le traitement.

« Cette méthode n'est pas une improvisation, on ne peut pas la taxer de jeune méthode qui n'a pas encore fait ses preuves, c'est l'adaptation d'une méthode qui donne depuis plus de vingt ans des succès éclatants dans toutes les tuberculoses locales, entre les mains de ceux qui ont bien voulu apprendre à s'en servir et à l'expérimenter. Son avènement est un pas en avant et un grand pas dans la lutte contre les tuberculoses osseuses. »

Le nouveau Codex pharmaceutique de 1908.

Le *nouveau Codex pharmaceutique*, si longtemps attendu, vient enfin de paraître, et par décret du Président de la République « la nouvelle édition de 1908 est et demeure obligatoire à partir du 15 *septembre* 1908.

Sans nous attarder aux réflexions critiques que ne manquera pas de suggérer cette œuvre magistrale, synthèse des desiderata de la thérapeutique moderne, nous voulons informer immédiatement les praticiens de la responsabilité qui leur incombe à dater du 15 septembre courant : c'est, en effet, à partir de ce moment, que les pharmaciens seront tenus de délivrer les médicaments officinaux résultant des nouvelles formules.

Il paraît à tout le monde que le délai accordé par la loi est trop court, aussi bien pour permettre aux pharmaciens d'exécuter les nouvelles préparations sans porter atteinte à leurs intérêts, que pour supposer que les médecins des villes et des campagnes, très occupés, auront pu prendre connaissance de la nouvelle édition du Codex. Ils se sont habitués, après une longue expérience, aux anciennes préparations : ils commençaient à être désorientés par l'introduction, depuis quelques années, dans la thérapeutique, de médicaments nouveaux ; en présence des modifications qui concernent le titre de 110 préparations galéniques ils ont presque le droit aujourd'hui d'être affolés par les changements qui leur sont imposés si brusquement.

En attendant qu'ils aient pu se familiariser avec les nouvelles formules, qu'ils sachent donc que beaucoup d'entre elles ont été modifiées : ces modifications qui concernent le titre de 110 préparations galéniques, ont été suggérées à la Commission du nouveau Codex par les conclusions de la Conférence internationale de Bruxelles (1902) et aussi par les progrès de la science. Il s'ensuit que les médicaments héroïques produiront chez les malades des résultats différents.

Ce nouveau *compendium* renferme très heureusement un chapitre spécial (p. 883) qui devrait être porté sans retard à la connaissance des praticiens, parce que c'est le seul qui les intéresse réellement. Il a pour titre : « Liste des médicaments inscrits dans la Pharmacopée de 1884 ou dans son Supplément, et maintenus dans la présente édition avec des modifications de formule ou de titre. » Nous en publions des extraits qui suffiront à les éclairer dans leurs principales prescriptions :

La *Solution d' acide cyanhydrique* a vu son titre élevé et porté à 2 p. 100 en poids : elle est donc rendue sensiblement deux fois plus active.

Eau distillée de laurier-cerise. Le titre a été élevé de 0 gr. 05 à 0 gr. 10 d'acide cyanhydrique pour 100 : elle est donc rendue deux fois plus active.

L'Elixir parégorique se trouve être deux fois plus actif ; de même l'*Elixir de pepsine,* car la pepsine extractive devient la préparation officinale : elle doit peptoniser 100 fois son poids de fibrine essorée au lieu de 50.

Le *Laudanum de Sydenham* représente 1/10e d'opium au lieu de 1/8e.

La *Teinture d'opium* correspond à 1/20e d'extrait d'opium au lieu de 1/13e.

Les *Gouttes amères de Baumé* sont rendues deux fois et demie moins actives.

Les *Pilules de Ricord* (pilules d'iodure mercureux opiacées) renferment moitié moins d'opium.

Le *Soluté de cocaïne* est au 1/100e et non plus au 1/50e.

Le *Soluté de morphine* est au 1/50e et non plus au 1/25e.

Le *Titre de la teinture d'iode* est au 1/10e au lieu de 1/13e.

L'*Eau oxygénée* doit titrer 12 volumes au lieu de 10.

Les *Teintures* de racines d'aconit, de feuilles de belladone, de semences de colchique, de digitale, d'ipéca, de feuilles de jusquiame, de lobélie, de noix vomique, de strophantus sont préparées au 1/10e au lieu de 1/5e, et ainsi rendues deux fois moins actives.

Telles sont les principales modifications que les médecins doivent connaître immédiatement dans le but de sauvegarder leur responsabilité dans les ordonnances qu'ils auront à formuler à dater du 15 septembre courant.

Ils sauront aussi que, sur la demande de l'Association générale des Pharmaciens de France, un tableau des *doses maxima* a été annexé au *Nouveau Codex*, mais seulement, dit la Commission, « à titre de renseignement, sans que les tribunaux puissent en tirer argument. »

Dr L. Barthe.

(*Journal de Médecine de Bordeaux*, 13 sept. 1908).

CLINIQUE MÉDICALE INFANTILE

Hôpital des Enfants-Malades : M. le professeur Hutinel.

Les anémies des nourrissons.

Les anémies sont extrêmement communes chez les enfants, et elles s'accompagnent ordinairement de troubles fonctionnels (pâleur, affaiblissement, dyspnée), plus marqués que chez l'adulte. L'adulte n'a qu'à tenir son organisme en équilibre. S'il est atteint de maladie, toutes ses forces vitales travaillent à ramener cet équilibre. L'enfant doit, en outre, suffire à une ration de croissance.

Les anémies des petits enfants sont nombreuses. On les classe, en général, d'après leurs caractères cliniques et hématiques. On les a ainsi divisées en anémies simples, anémies avec splénomégalie, avec spléno-leucémie. Je ne m'occuperai aujourd'hui que des anémies simples, les plus fréquentes, et je ne parlerai des autres qu'au point de vue diagnostique. D'ailleurs, je ne crois pas que ces diverses espèces d'anémies soient absolument distinctes les unes des autres. Il existe une foule de faits intermédiaires et, plus nous allons, plus nous rencontrons des cas de transition.

Les anémies simples comprennent deux formes : l'une banale, symptomatique ; l'autre plus spéciale, dite pseudo-chlorotique.

Quelle est l'étiologie des anémies chez les nourrissons ?

L'hérédité joue quelquefois un rôle. Une mère anémiée peut mettre au monde un enfant anémié. La plupart du temps, on trouve d'autres causes, comme le paludisme, la syphilis, la tuberculose, les infections broncho-pulmonaires ou digestives. Tous les syphilitiques, tous les paludéens, tous les sujets atteints dans leurs voies digestives ne sont pas anémiques, parce que ces affections ne retentissent pas toujours sur les organes hématopoïétiques. Il y a, en effet, un élément individuel qui entre en ligne de compte, et aussi certaines causes adjuvantes, la débilité congénitale, la mauvaise hygiène, par exemple.

Comment se présentent ces petits malades ? Ils sont pâles, leurs téguments sont décolorés. D'au-

ıre part, ils ont des troubles de nutrition. Quelques-uns sont maigres, pas tous cependant. Maigres ou non, ils sont tristes, mous, peu résistants, avec une dypsnée assez marquée. Généralement, on ne trouve rien aux ganglions, ni au foie, ni à la rate, un peu grosse parfois. Donc, c'est l'anémie qui domine. Si vous examinez le sang, vous constatez des altérations assez profondes. Le nombre des globules rouges est diminué, ainsi que le chiffre de l'hémoglobine. Le nombre des leucocytes est variable. Les hématies sont altérés ; il en est de petits à côté de gros ; ils se colorent de différentes façons (poly-chromatophilie, etc.) ; de tels caractères, fâcheux chez l'adulte, le sont moins chez l'enfant.

Abandonnée à elle-même, l'anémie simple du nourrisson guérira seule, si vous agissez sur le trouble causal. Si, en outre, vous donnez du fer, vous obtiendrez un relèvement rapide du taux de l'hémoglobine et du nombre des globules rouges. En tous cas, vous noterez l'influence favorable du fer.

Il est une forme particulière d'anémie que vous rencontrerez assez fréquemment chez les nourrissons : c'est la forme dite pseudo-chlorotique. Décrite par Pétrone, en Italie, elle a été étudiée en France, par Hallé, Marfan, Rist, Méry, etc.

Le facies de l'enfant y est spécial. Il n'est pas maigre, mais absolument pâle, d'une teinte gris-verdâtre qui rappelle la chlorose. Le petit malade est toujours mou, triste, apathique, dyspnéique. Ses digestions sont défectueuses. Le foie, la rate n'offrent pas grande modification. C'est la pâleur qui domine. A l'auscultation du cœur et des vaisseaux du cou, vous trouvez des souffles analogues à ceux de la chlorose. Ces souffles ont une certaine importance. Quelquefois, ils sont si marqués, si intenses que l'on se demande s'il n'y a pas plus que de l'anémie. A l'examen du sang on constate ceci : le nombre des globules rouges est à peine modifié, mais l'hémoglobine est en diminution considérable.

Le résultat du traitement est des plus curieux. Vous prescrivez du fer et l'effet est magique. J'ai vu bien des fois de ces enfants que l'on me conduisait, paraissant exsangues. Je leur donnais du fer, et en quelques jours ils se transformaient.

Il est donc un type d'anémie des nourrissons qui mérite une place à part. Est-ce à dire qu'il existe chez ces petits enfants une véritable chlorose ? Je ne le pense pas. La chlorose vraie comprend un ensemble de troubles, une aplasie vasculaire qui font défaut ici. De plus, chez la jeune fille chlorotique, l'appareil génital joue un rôle essentiel. Malgré les similitudes, je ne crois pas qu'on soit en droit d'identifier les deux affections.

Quelle est la pathogénie des anémies des nourrissons ? Quelquefois, le nourrisson devient anémique, parce qu'il a perdu trop de sang. Voilà un nouveau-né ayant eu des hémorrhagies ombilicales profuses. Il reste pâle, et cela se comprend. Cette déperdition sanguine intervient aussi dans certaines anémies symptomatiques, mais d'une façon exceptionnelle.

On peut penser que l'enfant devient anémique parce qu'il ne fait pas assez de globules. Il y a des cas où cette anématopoïèse est difficile à nier. Si une telle pathogénie est logique, il ne semble pas qu'elle soit constante. Il est un autre processus à envisager. L'anémie ne dépend-elle pas, au lieu d'une absence de formation des globules, d'une destruction exagérée de ces globules, d'une hémolyse excessive. M. Tissier s'est rattaché à cette notion. Chez l'animal, à la suite d'une lésion expérimentale du pylore, on trouve un sérum hémolysant : on peut penser qu'un phénomène analogue se passe dans les anémies des infections digestives et dans d'autres cas du même genre. Certaines anémies causées par des parasites intestinaux s'expliquent également par la résorption de poisons hémolysants sécrétés par ces parasites. J'ai vu un enfant de 6 ans ainsi gravement anémié par des trichocéphales, et qui guérit avec une dose appropriée de thymol. J'ai vu une femme de la campagne dont l'enfant, jusque-là bien portant, devint anémique au moment où la mère fut atteinte de tœnia : la substance toxique émanée du tœnia ayant pu, par le lait maternel, atteindre l'enfant.

L'anémie pseudo-chlorotique donne lieu à des considérations pathogéniques intéressantes. Je ne sais pas s'il y a hémolyse. En tous cas, les travaux récents ont montré que l'être humain n'avait jamais autant de fer dans l'organisme (proportionnellement au poids, bien entendu), qu'à la naissance. La femme fournit au fœtus une dose assez forte de fer qui s'accumule dans le sang et le foie. Après la naissance, cette proportion de fer va diminuer progressivement, parce que le lait est peu riche en fer. Tant que l'enfant ne reçoit pas d'autres aliments que le lait, il va user sa réserve de fer, et s'il est soumis trop longtemps au régime lacté exclusif, il a tendance à s'anémier. L'anémie pseudo-chlorotique tiendrait, dès lors, à ce fait que l'enfant a épuisé la réserve de fer fournie par la mère. Si la mère est elle-même anémique, vous comprenez qu'elle procure à l'enfant une réserve ferrugineuse moins grande. Cette théorie est très séduisante. Est-ce à dire que le type pseudo-chlorotique trouve là son origine exclusive ? L'idée est évidemment trop simpliste. Il intervient autre chose. D'ailleurs, entre cette forme d'anémie des nourrissons et les autres, il existe toute une gamme d'intermédiaires, et on ne saurait établir de distinction très tranchée entre des cas voisins.

J'arrive au diagnostic. Vous constatez, chez un enfant de moins de deux ans, une apparence anémique. L'anémie est-elle réelle ? Pas toujours. Vous rencontrerez des enfants dont le teint est pâle, cireux. Vous prenez leur sang ; il est normal. Il s'agit d'une *ocrodermie*, d'une coloration jaune de la peau, sans anémie générale. Il est probable que, chez ces petits sujets, existe une sorte d'aplasie vasculaire, d'irrigation sanguine insuffisante des téguments. C'est la quantité de sang, et non la qualité, qui manque à la peau.

Ces cas éliminés et le diagnostic d'anémie véritable étant posé, il faut établir s'il s'agit d'une anémie grave. Chez le nourrisson, le type pernicieux n'existe guère. Escherich dit qu'il n'est pas possible, même, car la tendance à la régénération est trop accusée chez les petits enfants. L'anémie à forme spléno-mégalique peut faire penser à la leucémie. L'examen du malade et du sang éclairera ces diagnostics.

Reste le traitement. Vous êtes en face d'une anémie simple du pseudo-chlorotique. Vous en rechercherez d'abord la cause, syphilis, paludisme, troubles digestifs, etc. Dès que vous aurez régularisé les troubles digestifs, combattu la syphilis, le paludisme, etc., vous instituerez le traitement de l'anémie. C'est le fer que vous donnerez sous une forme quelconque, par exemple dix centigrammes de protoxalate de fer, en deux doses de cinq centigr., une matin et soir. Vous serez étonné du résultat. L'arsenic est également un médicament utile ; il n'a pas, toutefois, la valeur du fer : ce dernier est le remède fondamental. Il ne suffit pas de le prescrire, il est vrai ; il faut remonter à la cause et la soigner avant tout.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

THÉRAPEUTIQUE

La coqueluche et son traitement

Par le Dr Farna.

On admet généralement aujourd'hui la nature infectieuse de la coqueluche, et, bien que l'agent spécifique de cette affection n'ait pu encore être définitivement reconnu, la thérapeutique s'oriente vers les traitements antiseptiques. Dans cet ordre d'idées, cependant, le praticien est souvent embarrassé ; il ne sait pas exactement à quelle substance microbicide il doit avoir recours, et, malgré le bien fondé de la théorie infectieuse de la coqueluche, il continue souvent l'usage des sédatifs autrefois employés.

Nous pensons, quant à nous, qu'il faut être éclectique en ce qui concerne la médication de la coqueluche et faire appel tout à la fois à une médication antiseptique pulmonaire et aux dépresseurs nervins.

Ce n'est pas dans l'utilisation d'un germicide véritable que résulte, à notre avis. la solution du problème. L'acide phénique, l'acide salicylique, ne peuvent être donnés à doses suffisantes pour agir efficacement sur l'appareil pulmonaire. On ne doit rationnellement les employer qu'en inhalations et pulvérisations, c'est-à-dire pour l'antisepsie des voies aériennes supérieures.

Nous avons donc rejeté ces substances toxiques chez les enfants coquelucheux, et nous les remplaçons par la médication interne thiocolée. Une à 5 cuillerées à café de sirop Roche par 24 heures suivant l'âge. font circuler dans l'organisme de 0 gr.30 ctgr. à 1 gr.1/2 de gaïacol sulfoné, c'est-à-dire, une dose capable de déterminer sur la muqueuse broncho-pulmonaire des effets antiseptiques et modificateurs suffisants.

Généralement, par la seule action de ce remède, l'élément infectieux, inflammatoire et catarrhal s'atténue. Mais chez les enfants nerveux, sujets à des quintes pénibles, ou bien quand nous sommes appelés à la seconde période, c'est-à-dire en pleine évolution morbide, il est nécessaire de faire appel à la belladone, à l'antipyrine et au bromure. Le thiocol Roche, en effet, n'agit pas directement sur les symptômes des affections broncho-pulmonaires, il s'adresse d'abord aux lésions, et c'est l'amélioration ou la disparition de celles-ci qui s'accuse extérieurement par la diminution et la disparition des symptômes.

Voici, d'ailleurs, notre façon de procéder dans le traitement de la coqueluche, nous la citerons en entier parce qu'elle peut être utile aux praticiens.

Dans la première période, période catarrhale, de bronchite pure, dans laquelle la notion de contage et l'apparition d'une toux *courte*, saccadée, surtout *nocturne*, permettent de songer à la coqueluche, nous ordonnons uniquement le sirop Roche au thiocol (1 à 5 cuillerées à café) et la désinfection de la bouche, du nez et des oreilles.

A la seconde période, période convulsive, nous continuons la même préparation et nous rédigeons une formule où nous associons la teinture de belladone au bromure de potassium.

A la troisième période, période de déclin, nous cessons les remèdes calmants pour continuer uniquement la médication thiocolée.

Inutile de dire que les règles de l'hygiène (air, repos, calme etc.), ainsi qu'une alimentation substantielle, sont en même temps rigoureusement ordonnées.

Avec ce traitement, nous constatons presque toujours les deux faits suivants : la coqueluche évolue d'une façon bénigne, avec une expectoration modérée, et généralement sans complications infectieuses broncho-pulmonaires ou tuberculeuses. Elle dure moins longtemps qu'à l'ordinaire, et l'enfant conserve un bon état général qui tranquillise l'entourage.

A quoi faut-il attribuer ces favorables résultats ? Aux effets antiseptiques internes et reconstituants du thiocol Roche. Nous savons, en effet, que ce remède exerce sur les agents infectieux de l'appareil respiratoire une action empêchante manifeste et qu'il stimule aussi les défenses de l'organisme ; de plus, il assèche les lésions. Or, tous les médecins qui ont observé un certain nombre de coquelucheux savent fort bien que, s'il existe primitivement une influence convulsive certaine, ces manifestations nerveuses sont provoquées aussi, dans une grande mesure, par l'encombrement bronchique. Dès lors, un remède empêchant, comme le thiocol, l'exagération catarrhale doit s'opposer aussi à la fréquence et à la durée des quintes.

Les accès de toux, en effet, sont moins violents ; il y a moins de secousses, les malades peuvent reposer une partie de la nuit, la dyspnée est exceptionnelle, les phénomènes asphyxiques sont moins accusés ; en un mot, on a bien devant soi le tableau clinique de la coqueluche, mais d'une coqueluche à évolution bénigne et favorable.

Les complications infectieuses broncho-pulmonaires sont, en effet, très rares avec notre médication et cela tient encore à l'influence antiseptique et défensive du sirop Roche. C'est ainsi que nous considérons comme exceptionnelles la pneumonie et la bronchite capillaire, et de même les complications mécaniques dues à l'effort considérable occasionné par les quintes. Il n'est pas rare que nous observions des coqueluches évoluant sans épistaxis, sans hémoptysie, emphysème, hernies, etc.

Enfin, il faut insister sur ce fait que la coqueluche soumise à l'action du thiocol est moins sujette aux rechutes pendant la convalescence. Celle-ci arrive d'ailleurs plus tôt qu'à l'ordinaire, elle est courte, car l'enfant moins anémié peut se nourrir régulièrement.

On n'observe pas non plus de séquelles inflammatoires, emportant pour l'avenir des malades un pronostic sérieux. Nous avons rarement observé cette tendance aux bronchites qui existe assez souvent, et il semble que les atteintes de la tuberculose soient évitées.

Nous avons peu traité la coqueluche chez l'adulte. Dans les 5 ou 6 cas observés, ce sont les comprimés de thiocol (6 à 8 par jour) que nous avons ordonnés. La maladie évolue sans manifestations anormales. Il y a peu de fièvre, peu d'expectoration, peu ou pas de râles bronchiques, et l'action stomachique du remède maintient un appétit satisfaisant.

En somme, dans ce traitement encore mal assis de la coqueluche, et qui, jusqu'à ce jour, s'est contenté de lutter principalement contre l'élément spasmodique, nous estimons qu'on pourrait apporter plus de précision et obtenir des résultats meilleurs en utilisant une antisepsie rationnelle du milieu antérieur. Le gaïacol sulfoné nous a paru maintes fois réaliser ces conditions. Il dirige favorablement l'évolution morbide, lui communique une bénignité réelle, met à l'abri des complications infectieuses l'appareil respiratoire, et nous semble, en défi-

nitive, exercer une influence curative et prophylactique difficile à atteindre avec tout autre traitement.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

Le traitement de l'épididymite blennorrhagique et des bubons par l'hyperémie.

Pour réaliser l'hyperémie dans le traitement de l'*épididymite blennorrhagique*, il convient de préférer le tuyau de caoutchouc à la ventouse aspiratrice dans laquelle on introduit le testicule.

La technique de cette hyperémie est relativement simple; elle exige cependant un peu d'attention, car au début on a tendance à trop serrer le tube de caoutchouc et il faut autant que possible n'hyperémier que le testicule malade.

Voici la manière de procéder d'après K. Stern. (*Munch. Mediz. Wochens.*, 1907.)

Pendant qu'un infirmier ou le patient lui-même élève d'une main le testicule enflammé, et de l'autre écarte le testicule sain, on applique le tube de caoutchouc entouré d'ouate au-dessus de l'organe malade ; on le serre moyennement en tournant l'un de ses chefs autour de l'autre, puis on fixe le serrage avec une pince à forcipressure et on le laisse retomber. Si la technique a été bien suivie, la douleur spontanée doit disparaître presqu'instantanément ; le tube de caoutchouc est alors convenablement placé. Si la douleur ne cesse pas aussitôt, ou bien au bout de quelque temps, c'est que le tuyau est trop lâche ; si, quelques instants après, la douleur augmente, le tuyau est trop serré. Ces conditions sont très importantes à observer.

Quand la compression est faite suffisamment bien, on la maintient jusqu'à 20 heures, dans les inflammations aiguës. Ensuite, le caoutchouc est enlevé, le testicule surélevé pour un petit laps de temps, puis la compression recommencée ; il est ainsi pratiqué jusqu'à disparition de la douleur spontanée, et de la sensibilité marquée à la pression. C'est en somme l'hyperémie continue pour les formes aiguës.

Cette hyperémie continue a pour but de faire disparaître la douleur : aussitôt après, se pose en deuxième indication, la disparition des infiltrats.

C'est alors qu'interviennent l'hyperémie de courte durée, puis l'application intensive de l'air chaud, des cataplasmes chauds, des douches. Stern recommande l'emploi des douches d'air chaud de la façon suivante :

Sous les couvertures de son lit, le malade installe le jet d'air chaud à une distance de 5 centimètres de la peau scrotale ; dans ces conditions, si le testicule malade est maintenu contre la face profonde de la peau, il se produit sur lui une action profonde au travers du revêtement cutané. Pendant la nuit, des cataplasmes humides sont appliqués sur la région.

Le nombre des cas traités suivant cette méthode par Stern est de 75 ; ses effets sur la douleur sont bons. Les mêmes résultats, d'ailleurs, peuvent être obtenus en permettant aux malades de vaquer à leurs occupations, à condition que le tuyau de caoutchouc soit bien appliqué.

Par contre, il est plus difficile de constater la disparition des exsudats. Cependant, Stern a cherché à revoir au bout d'un certain temps le plus grand nombre de ses malades, et, chez aucun d'entre eux, il n'a constaté d'atrophie testiculaire.

Cette méthode de l'hyperémie semble posséder sur les autres méthodes de traitement de l'épididymite blennorrhagique le grand avantage de faire disparaître très rapidement la douleur. De plus, par l'hyperémie continue à la phase aiguë, par l'hyperémie de courte durée après la disparition de la douleur, en même temps que par l'hyperémie active (air chaud), il devient possible d'amener la résorption des exsudats et d'éviter l'atrophie testiculaire, conséquence néfaste, et jusque là presqu'inévitable de l'épididymite ; le malade ne perd pas la faculté de procréer.

***

Quant au traitement des *bubons*, il ne diffère pas essentiellement de celui que préconise Bier pour les phlegmons et la suppuration locale. Stern emploie la ventouse aspiratoire.

D'après les 25 cas traités par lui en ces dernières années, il estime à 14,2 jours, la durée moyenne du traitement, avec durée minima de 7 jours. Quand il y a suppuration, il pratique dans le bubon une petite ponction pour permettre ensuite à la ventouse d'aspirer le pus.

Les bubons peuvent, il est vrai, être traités par des interventions chirurgicales plus complètes par l'ablation totale des ganglions ; mais, dans l'intérêt des malades, il est préférable de recourir avant toute autre méthode à l'hyperémie artificielle.

Le traitement des plaies granuleuses.

Le traitement des surfaces granuleuses, qui ne cachent pas dans la profondeur quelque processus inflammatoire chronique, est généralement chose simple ; mais néanmoins, il exige toute l'attention du médecin, car la façon de procéder varie suivant l'état du sujet, la forme des granulations, l'abondance des sécrétions de la plaie, la réaction de l'épiderme.

Tout médecin, qui ne se contentera pas d'un traitement schématique, avec tel ou tel sel, mais qui observera avec grande attention à chaque pansement l'aspect de la plaie et de son cercle épithélial, remarquera bientôt qu'une plaie ne réagit pas de la même façon qu'une autre aux sels légèrement astringents, ou aux sels irritants ; il verra qu'il est préférable pour la guérison de ne pas appliquer des couches trop épaisses de sels sur des granulations qui atteignent le niveau de la peau, afin d'éviter l'hypertrophie des bourgeons charnus, par une excitation trop grande et la macération du rebord épithélial ; mieux vaudra donc, quand les granulations auront atteint le niveau de l'épiderme, appliquer sur la gaze du pansement une très mince couche de sel ; cette façon de procéder offrira, de plus, l'avantage de permettre à l'*air* un accès facile de la plaie ; celle-ci sèchera plus vite, et les cellules néo-formées deviendront plus vigoureuses que sous une couche trop épaisse de pommade qui produirait leur macération.

Ces observations cliniques démontrent l'heureuse influence de l'air sur les surfaces bourgeonnantes ; certaines plaies, traitées à sec, protégées par une simple gaze contre les influences nocives de l'extérieur, s'épidermisent souvent avec une rapidité surprenante. Cette considération s'applique plus particulièrement aux plaies dont les bourgeons ont atteint le niveau de la surface cutanée et n'ont aucune tendance à s'hypertrophier. Si on les a traitées au préalable avec des pansements médicamenteux, et si on a noté jusqu'alors une sécrétion assez abondante, on est parfois surpris de voir avec quelle rapidité celles-ci s'assèchent au contact de l'air ; la gaze du pansement n'est plus humide, elle ne s'accole plus aux granu-

lations ; la guérison progresse ; la teinte rouge est remplacée par un rose tendre, qui témoigne de la régression du réseau vasculaire inflammatoire, et de la diminution des fentes lymphatiques.

Pour soumettre une plaie à l'action de l'air, tout en la soustrayant aux influences nocives de l'extérieur, on la recouvre largement, en dépassant ses bords, d'un morceau de gaze fine, suffisamment tendue), que l'on fixe sur l'épiderme sain au moyen de bandelettes de diachylon. Quand il s'agit de petites plaies granuleuses, dont le diamètre n'atteint pas un centimètre, on recouvre la gaze d'un carré de diachylon, dans lequel on taille une ouverture dont les dimensions correspondent à celles des surfaces bourgeonnantes.

La *lumière solaire* constitue encore un élément plus puissant que l'air pour la guérison des plaies granuleuses. D'ailleurs l'action actinique excitante du soleil sur l'épiderme est chose connue dans ses effets : augmentation du pigment dans les couches inférieures de la couche de Malpighi, dermites exfoliantes, érythème solaire. Cette action du soleil sur le tissu épidermique existe aussi sur le tissu granuleux. Quand on expose à la lumière solaire, une ou deux heures durant, une plaie granuleuse, jusque là traitée par les sels et les pommades, celle-ci s'assèche rapidement ; sa surface, qui était humide et irrégulière, devient *lisse, brûlante* et sèche, *ou mieux* « épithéloïde » ; les granulations prennent un aspect fibreux et le cercle épithélial avance progressivement. En un mot l'action du soleil se caractérise par la production d'une accélération notable de tous les processus normaux de la cicatrisation, sans qu'elle devienne une cause ultérieure de cicatrices hyperémiques ou de chéloïdes. Peut-être la lumière solaire doit-elle son rôle important à sa puissante action bactéricide ? (Dr Haeberlin. *Munch. Medic. Wochens.*, 1907, n° 42.)

La plaie est exposée de telle sorte que les rayons solaires, filtrés par les vitres d'une fenêtre, tombent sur elle à angle droit ; cette exposition dure en moyenne 2 ou 3 heures par jour, de préférence entre 9 heures du matin et midi. Quand elle est terminée, on refait un pansement avec de la gaze, que l'on étale sur la plaie, sans la tendre.

Ce traitement des plaies granuleuses par l'air et par le soleil semble très supérieur aux autres méthodes ; il est d'un emploi simple et facile, et doit être mis en pratique tous les jours de soleil.

Anurie réflexe mortelle, consécutive à un cathétérisme chez un brightique.

Voici en quelques mots une observation intéressante publiée par le Dr Beunecke. (*Munch. Med. Wochens*, 1907, n° 42.)

Un homme âgé de 65 ans, atteint d'une néphrite brightique qui ne semblait pas due à l'artériosclérose, fait une cystite ; en même temps, il présente un état très grave pouvant être attribué à de l'urémie chronique. Il se remet de cet accident dans des conditions si favorables que son médecin traitant pense à un diagnostic erroné en ce qui concerne l'urémie. Au bout de 6 ou 7 semaines, le malade se plaint de violentes douleurs au périnée et de difficultés dans la miction (il y a cinq ans, opération pour un rétrécissement blennorrhagique) ; un spécialiste explore avec toutes les précautions voulues son urèthre, mais ne trouve plus de rétrécissement ; cette opération se passe normalement quoique l'introduction des bougies et cathéters soit rendue assez difficile par suite de contraction. Les douleurs éprouvées par le patient ne sont pas calmées par le cathétérisme ; bientôt apparaissent de la fatigue, un frisson ; le pouls devient tendu et bat à 100 pulsations à la minute ; température 38°4 ; les douleurs augmentent, et s'irradient vers les uretères et les reins ; cyanose, refroidissement des extrémités ; agitation, délire. Bref, on observe tous les symptômes d'une urémie aiguë, et le malade meurt en 30 heures, sans avoir, depuis le cathétérisme, éliminé ni une goutte d'urine, ni apparemment une goutte de sueur.

Il faut admettre une anurie réflexe consécutive à l'excitation mécanique d'un point des canaux urinaires, ou plus particulièrement du sphincter vésical, en état de contracture, au moment du cathétérisme ; cette contracture était vraisemblablement due à une excitabilité nerveuse du sujet, car il n'existait aucune inflammation locale, ainsi que le démontra l'autopsie. A noter que cette région sphinctérienne est particulièrement riche en rameaux nerveux sensitifs et sympathiques.

Ce cas est assez difficile à expliquer. On connaît et l'on reproduit expérimentalement les anuries réflexes, soit transitoires, soit mortelles, qui sont dues à des interventions (cathétérisme, etc.), ou à des affections (calculs, etc.), des reins, des bassinets et des uretères ; une hypothèse de ce genre peut être invoquée pour le malade de Beunecke, mais il est peu commode d'avoir une certitude à cet égard, car la littérature médicale ne renferme aucune observation analogue. En tous cas, les profanes ne manqueront pas, conclusion pratique importante, de voir en pareil cas un rapport de causalité entre le cathétérisme et l'anurie, si rapprochés l'un de l'autre ; et cependant, il était impossible à un médecin de ne pas explorer le canal de l'urèthre chez un malade qui se trouvait dans les conditions relatées au cours de cette intéressante observation.

LA MÉDECINE A L'ÉTRANGER

Le service de la vaccination en Allemagne

Organisation administrative et technique. — Libre choix du médecin vaccinateur par le vacciné. — Vaccin toujours frais et pur. — Résultats.

On ignore trop comment sont organisés à l'étranger les services administratifs qui intéressent la vie et la grandeur du pays. Si les Français connaissaient tout ce qui se fait ailleurs dans ce but et les merveilleux résultats obtenus, ils exigeraient d'eux-mêmes l'importation de ces organisations, ou, en tous cas, se soumettraient volontiers aux réglementations qu'elles nécessitent. Parmi ces organisations, celle de la vaccination est une des plus importantes, surtout quand on se souvient de l'épidémie variolique meurtrière qui a sévi en France, à Marseille en particulier, l'an dernier.

Nous prendrons pour type du service de la vaccination, l'organisation existant actuellement en Allemagne.

Et d'abord, *la vaccination est obligatoire depuis* 1874 dans toute l'étendue de l'Empire. Elle ne se fait, depuis 1886, qu'au moyen de vaccin de génisse et non plus de vaccin humain, trop susceptible de transmettre la tuberculose, la syphilis, etc. Tout le service relève du Conseil Fédéral, qui l'a organisé, qui tient registre des vaccinations et revaccinations exécutées dans tout le pays et qui ordonne toutes les modifications

Correspondance hebdomadaire (*Suite*).

moment de l'échéance de la prime puis-je payer par un chèque sur le Crédit Lyonnais ?

R, — Parfaitement. Faites le chèque à l'ordre du Dr Gassot, trésorier, et adressez-le lui quelques jours avant l'échéance à Chevilly (Loiret.)

Dr P. à M. E., *à Concours.* — Dans une affaire d'empoisonnement par viandes avariées, j'ai donné mes soins à 4 membres d'une même famille.

Le jour même où j'ai été appelé, j'ai saisi pour être analysés au laboratoire de bactériologie les débris d'un pâté.

Aujourd'hui, mes clients, rétablis, intentent une action civile en réparation du préjudice causé en me demandant de leur remettre le rapport qui m'a été fait par le directeur du laboratoire de bactériologie.

Ce même directeur, en l'espèce, a été désigné comme expert dans l'action publique qui a d'ailleurs abouti à un non lieu, malgré les conclusions affirmatives d'intoxication contenues dans le rapport.

Puis-je remettre sans inconvénient cette pièce entre les mains de mes clients.

Cela me paraît possible étant donné surtout que c'est dans un intérêt scientifique, d'abord et ensuite pour préserver les intérêts de mes clients que j'ai fait faire ces recherches.

Réponse. — Ce document n'a été demandé par vous que pour la cure de vos clients : celle-ci obtenue, nous ne vous conseillons pas de le livrer pour en faire la base d'une action judiciaire. Ce serait sortir de votre rôle et prendre une initiative suspecte alors surtout que l'action publique aboutissait à un non-lieu.

Dr C. de C., *à Concours.* — Un de mes confrères voisins ayant porté plainte contre un herboriste de sa résidence qui se livre habituellement à l'exercice illégal de la médecine m'a demandé si je n'avais pas, dans ma clientèle, connaissance de malades ayant été traités par lui. Or, je lui ai répondu que j'avais soigné un malade qui m'a avoué, sans d'ailleurs que je lui aie posé aucune question à ce sujet, avoir été traité par cet empirique et m'a même montré le reste de deux paquets d'herbes fournis par celui-ci. Si je suis appelé à déposer contre cet herboriste, comment puis-je le faire sans risquer à mon tour d'être accusé de violation du secret professionnel ?

Suite page X.

utiles soit au bon fonctionnement du service, soit à son efficacité. C'est le Conseil Fédéral qui a approuvé la création de nombreux instituts de vaccination.

Ces instituts, au nombre de 22, sont répartis sur tout le territoire ; ils appartiennent à l'Etat, et fournissent le vaccin non seulement à la zone sur laquelle ils sont établis, mais encore à toutes les régions qui ne sont point pourvues de pareils instituts.

Le fonctionnement de ces instituts est réglé dans ses moindres détails par l'instruction du 28 juin 1899. Rien n'y est laissé au hasard. Tout est prévu dans l'organisation de l'établissement : la distribution des services, le choix des génisses, leur alimentation et leurs soins, leur vaccination, l'obtention de la lymphe, le traitement et l'envoi de cette lymphe à des inspecteurs, les registres de toutes les opérations de l'institut, depuis l'examen de la génisse jusqu'au numéro du flacon de lymphe et au nom du médecin a qui il a été délivré.

Nous ne rapporterons pas ici toutes les précautions dont sont entourées l'obtention du vaccin, sa préparation ainsi que sa distribution : examen vétérinaire des génisses, mise en observation et épreuve de ces animaux par la tuberculine, *utilisation du vaccin après que la génisse a été reconnue saine à l'autopsie* (toutes les génisses entrées à l'institut sont sacrifiées, et qu'elles soient saines ou malades, leur chair est détruite, etc.) En outre de ces instituts et des établissements vaccinogènes autorisés, mais sous la surveillance et le contrôle de l'Etat, il existe des instructions, données par le Conseil Fédéral, sur la distribution au public des notions hygiéniques relatives à l'utilité de la vaccination, sur la manière dont on doit recueillir les données statistiques sur la désinfection, l'isolement et le transport des varioleux en chemin de fer, etc., etc.

Voici maintenant comment fonctionne le service de la vaccination en général. Tout enfant doit être vacciné une première fois lorsqu'il n'a pas encore un an, et une seconde fois avant d'être admis à l'école ou avant douze ans. La vaccination est effectuée dans des établissements municipaux ou de l'Etat, soit par un médecin particulier si on le désire, soit par un médecin officiel. L'enfant doit être représenté au bout de huit jours, afin que le médecin constate la prise ou l'insuccès de la vaccination. Si le vaccin a pris, les parents le font inscrire sur les registres de l'Administration civile, en présentant un certificat *ad hoc* délivré par le médecin. Si le vaccin n'a pas pris, l'enfant est amené à un inspecteur sanitaire qui l'inocule à nouveau et lui délivre un certificat d'immunité au cas où la vaccination aurait échoué une seconde fois. Dès leur entrée au service militaire, les hommes sont tous revaccinés ; ils le sont encore en cas de guerre. *Toute infraction ou toute résistance est punie d'une amende de 25 à 62 fr. 50 ou de trois jours de prison.*

Le vaccin n'est délivré par les instituts de l'Etat ou les établissements autorisés, mais contrôlés, *qu'aux médecins*, aux autorités ou aux chefs d'établissements de bienfaisance. *Par exception*, en Prusse, il est aussi délivré aux pharmaciens. *Aucune lymphe ne peut être employée trois mois après qu'elle a été extraite* ou après quatre semaines de dépôt. Le contrôle est facile: chaque flacon portant un numéro d'ordre et une date qui sont inscrits sur les registres des inspecteurs sanitaires en même temps que le nom du dépositaire. *Passé les délais précités, toute lymphe* qui n'a pas été rendue à l'institut d'origine ou *qui a été employée, donne lieu à une amende de 125 fr.* La même amende est prononcée contre les personnes chargées de vacciner et qui ne remettent pas les listes des vaccinations faites par elles, afin de servir aux statistiques ; elle est également encourue par les chefs d'écoles qui admettent un enfant sans certificat de vaccination, etc.

Les résultats d'une organisation aussi sévère et aussi complète sont excellents. De 1862 à 1876, *la mortalité par variole* en Allemagne était de 51,6 pour 100.000 habitants ; *elle est aujourd'hui de 0,7 seulement.* En 1905, par exemple, il y eut 30 morts de variole sur près de 61 millions d'habitants ; et sur ces 30 morts, 15 étaient étrangers. En 1897, il n'y eut que 5 morts par variole dans toute l'Allemagne.

Les pays qui par des moyens semblables arrivent à atténuer dans de telles proportions la mortalité de leurs habitants, et qui, d'autre part, font tous leurs efforts pour augmenter leur natalité, s'assurent la prééminence politique et servent davantage au progrès et au bien-être de l'humanité.

N. D. L. R. — Cette chronique, parue dans le numéro de juin des *Documents du Progrès*, a été extraite du travail de E. MASUECO : *La organisacion del Servicio de Vacunalion en Alemania.* Nous avons signalé en gros caractères un trait tout à fait intéressant pour les praticiens français, qui revendiquent, en toute justice d'ailleurs, le libre choix du médecin par le malade. On doit encore induire de cet article très précis, que les sages-femmes allemandes ne font pas de vaccinations.)

(*In* n° 9 de l'*Enseignement Médico-mutuel International.*)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Les conflits professionnels.

Les médecins, comme les autres hommes, sont sujets à l'erreur, sont parfois entraînés à commettre des fautes répréhensibles dans l'exercice de leur profession. Nos associations ont généralement institué dans leur sein une espèce de conseil de discipline chargé de relever les unes et de réprimer les secondes. Arbitrage et conciliation ou bien condamnation à différentes peines statutaires, telle est la mission de ces tribunaux professionnels.

Il n'y a pas à en douter, leur rôle est parfois bien difficile. Là où il faudrait presque toujours recourir à l'arbitrage, à la conciliation et à la réconciliation, après reconnaissance des fautes par l'une ou l'autre des parties, on voit constamment la passion, l'amour-propre blessé, la rancune, exiger des jugements qui creusent l'abîme entre confrères appelés souvent à vivre côte à côte.

Ces erreurs de tactique, si nous pouvons nous exprimer ainsi, se comprennent d'ailleurs aisément. On croit si facilement à la mauvaise foi d'un homme ayant posé un acte que l'on considère comme méchant, comme prémédité et at-

tentatoire à son honneur et à ses intérêts ! La colère — mauvaise conseillère — fait crier aussitôt vengeance, vengeance exemplaire. On ne veut pas se contenter de voir son adversaire confondu, on ne trouve pas satisfaction suffisante même dans les regrets exprimés par le confrère en faute. On veut l'accabler, le réduire à merci comme le dernier des misérables.

Ah !... la triste chose que cet amour-propre exacerbé à l'extrême ! Comme la bonté qui croit à l'erreur plutôt qu'à la méchanceté, qui se contente de satisfactions morales incapables de froisser l'adversaire, qui pousse à la réconciliation fraternelle, nous semble plus noble que cette irritation vindicative qui exige l'écrasement complet de... l'ennemi !

Les statuts de beaucoup de nos associations professionnelles ne sont malheureusement pas faits pour éviter ces crises douloureuses qui éclatent parfois dans leur sein. Ils laissent aux parties en conflit le soin de demander soit un arbitrage, soit un jugement et elles autorisent les parties à porter ce jugement devant l'assemblée générale siégeant en cour d'appel. Le droit d'exiger soit une sentence arbitrale, soit un jugement, ne devrait pas être laissé aux parties. La procédure en conciliation devrait toujours être obligatoire et seule suivie au commencement, si la partie proclamée en faute reconnaît ses torts et accepte de réparer les dommages causés par elle. Dans le cas contraire seulement, le tribunal de conciliation deviendrait un tribunal répressif et aurait à comminer les peines prévues par les statuts.

Un grand défaut de la procédure parfois suivie dans les conflits professionnels, c'est la trop grande publicité qui leur est donnée officiellement. Il est inadmissible que ces affaires soient d'abord introduites publiquement en assemblée générale pour être portées ensuite devant le tribunal des conflits prévu par les statuts. C'est à celui-ci à être saisi directement des affaires professionnelles. Bien souvent, il pourra ainsi les trancher sans que les passions soient soulevées, dans un huis-clos calmant.

C'est de cette façon que les Conseils de discipline des avocats procèdent. On n'a pas d'idée, nous disait un jour un conseiller à la Cour d'appel de Bruxelles, du nombre d'affaires professionnelles litigieuses que ces conseils traitent sans qu'il en transpire rien en dehors des parties en cause.

Evidemment, nous ne parlons pas ici des fautes graves contre l'honneur. Pour ces cas, la publicité est désirable. Il est désirable que le plus de monde possible sache que le corps médical condamne hautement la conduite des brebis galeuses qui peuvent se rencontrer dans son sein et qu'il les chasse rigoureusement lorsqu'il le peut.

Mais, pour des conflits entre confrères, à quoi sert-il de les rendre publics de toutes sortes de façons, si ce n'est à diminuer la considération dont le corps médical a tant besoin ? A quoi bon même les faire connaître de la masse des sociétaires, qui ne peuvent être que peinés de voir en lutte des confrères appelés naturellement à s'estimer et à se prêter assistance ?

Les jugements rendus par les Conseils de discipline peuvent être portés en appel devant l'assemblée générale. C'est là, pensons-nous, un nouvel abus. Le droit à l'appel devrait être limité à des cas spéciaux. Il ne devrait être permis que contre des jugements portant une condamnation grave, telle que l'exclusion ou tout au moins un blâme formel avec signification à l'assemblée générale. Il nous semble excessif d'aller en appel parce que le tribunal des conflits s'est, par exemple, contenté d'exprimer un regret au lieu d'un blâme ou parce qu'on n'accepte pas un regret d'une erreur, d'une négligence non attentatoire à l'honneur, ne procédant d'aucune mauvaise volonté émis dans le premier jugement.

L'examen d'une affaire de conflits par une assemblée nombreuse est bien difficile et bien dangereux. Nous avons vu un jour condamner en appel, par une association professionnelle, un confrère tout simplement parce qu'il s'était défendu d'une façon irritante pour ses auditeurs. Les nerfs avaient eu raison de l'esprit de justice. Cela ne doit pas être. Or, cela arrive trop facilement. D'emblée se forme facilement dans les assemblées une droite et une gauche, d'après les amitiés et les préventions en éveil ; et le centre, composé de gens disposés à juger froidement les actes et les intentions d'après les pièces, les interrogatoires et les dépositions, ne forme pas toujours la majorité.

Si l'assemblée générale doit examiner sérieusement une affaire professionnelle, elle devrait procéder comme le font les cours d'appel : 1° nomination d'un rapporteur chargé de présenter, d'après les pièces, un exposé complet de l'affaire ; 2° lecture du procès-verbal complet du jugement de première instance ; 3° interrogatoire, dépositions, plaidoiries et jugement. Tant qu'on ne procédera pas de cette façon, on sera exposé à des erreurs déplorables, à des entraînements passionnels profondément regrettables.

On parle beaucoup, dans le monde des jurisconsultes, de l'établissement du juge unique pour certaines causes. Eh bien ! nous croyons que, pour arriver à l'apaisement, comme pour obtenir des jugements réfléchis et pondérés, le juge unique serait l'idéal dans nos conflits professionnels. Ce juge, choisi avec discernement, aurait, certes, une responsabilité considérable, mais c'est précisément le sentiment de cette responsabilité qui le mettrait à l'abri des suggestions de tout autre sentiment que la volonté de rechercher la vérité, de proclamer sans crainte les fautes commises et de ramener la paix entre des confrères momentanément désunis.

Dr L. Merveille.

(In *Gazette médicale Belge.*)

CHRONIQUE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Projet de création d'une Commission d'Arbitrage et de Contrôle pour les accidents du travail.

A la suite des entrevues qu'elles a eues, soit avec les délégués des Compagnies d'assurances-accidents, soit avec les délégués de la Bourse du travail, la Commission du Syndicat des médecins du Rhône a présenté aux intéressés le projet suivant :

La loi du 9 avril 1898, comme toutes les lois sociales, a mis en présence des intérêts opposés, ce qui explique les difficultés financières que son application a pu parfois rencontrer. Les projets de remaniement de la loi qui ont été proposés paraissent, jusqu'à présent du moins, avoir été rejetés, et il est à prévoir que cette loi ne sera pas modifiée dans ses grandes lignes. Nous croyons qu'il est préjudiciable aux intérêts de tous de continuer à vivre sur un pied de guerre, dans une attitude de prévention et d'hostilité mal justifiées. Ne serait-ce pas préférable de chercher, par une action commune et loyale, à faci-

liter l'exécution de la loi, en supprimant dans la mesure du possible tous les abus ?

Depuis longtemps déjà, le Syndicat des médecins du Rhône avait eu l'intention de demander, pour les accidents du travail, la création d'une Commission d'arbitrage et contrôle analogue à celle qui a été organisée pour le service médical des Sociétés de secours mutuels. Dans la région lyonnaise, sous l'impulsion du corps médical, la mutualité a presque partout supprimé le forfait, à la grande satisfaction des sociétaires, et nous pouvons même dire à la grande satisfaction des bureaux des Sociétés bien administrées, car le Comité général des Sociétés de secours mutuels de Lyon qui comprend 92 Sociétés, a publié l'année dernière une statistique indiquant que la dépense médicale moyenne par tête de sociétaire était de 4 fr. 85 avec le tarif à la visite, alors que cette dépense était autrefois de 6 francs avec le système à l'abonnement.

En matière d'accidents du travail, le forfait n'est pas aussi économique que peuvent le croire les responsables, à un examen superficiel. Il leur est souvent préjudiciable ; il oppose le devoir du médecin à son intérêt ; il est une source de nombreux abus qui ont été exposés dans une note remise à tous les membres de la Commission ministérielle de revision du tarif. Si nos renseignements sont exacts, cette Commission officielle paraît avoir reconnu l'impossibilité d'établir un forfait rationnel, malgré tous les efforts tentés dans ce but. Elle semble borner son rôle actuellement à rechercher les moyens de diminuer les abus par un contrôle légal, en quelque sorte automatique, dès l'établissement du certificat initial.

Le forfait est condamné par la très grande majorité des membres du corps médical. Il a été condamné par le Congrès des médecins praticiens de France, à Paris, en 1907, à Lille, en 1908. A la dernière réunion générale des médecins du Rhône, on a décidé sa suppression à l'unanimité.

D'autre part, le Syndicat des médecins du Rhône a été invité par la Bourse du travail à lui fournir une liste de médecins qui s'engageraient à soigner les blessés au tarif actuel. Nous avons porté cette demande à la connaissance de nos confrères, et déjà cette liste a été couverte d'un grand nombre de signatures. Elle augmente de jour en jour, et l'on peut prévoir que bien rares seront les médecins qui continueront à accepter un forfait ; ils seront d'ailleurs suspects malgré eux aux ouvriers blessés.

Nous avons mis les compagnies d'assurances au courant de ces faits dès le début des pourparlers qu'il nous avait paru juste d'avoir avec elles. Il n'est pas douteux, croyons-nous, que les compagnies d'assurances ayant pour auxiliaire un groupement important et uni, comme le syndicat des médecins du Rhône, représentant 440 adhérents sur 450 environ, auraient tout intérêt à s'entendre avec ce groupement qui, tout en étant résolu à poursuivre partout la disparition du forfait, à uniformiser le tarif, à faire respecter le libre choix du médecin par le blessé, a aussi la ferme volonté de conserver son bon renom d'honorabilité, en s'opposant aux abus, s'il s'en produit.

Le Syndicat des médecins du Rhône propose donc à Messieurs les directeurs d'assurances de constituer une Commission mixte de contrôle et d'arbitrage dont les attributions pourraient être bien définies et précisées ultérieurement, sur les bases déjà indiquées dans la note qui leur a été remise lors de la première entrevue, en juin 1908.

Cette Commission aurait pour rôle d'étudier une série de questions importantes :

1° *Les notes d'honoraires.* — Lorsqu'une note d'honoraires paraîtrait exagérée à une compagnie, soit au point de vue du tarif des pansements ou interventions, soit au point de vue du nombre des visites, celle-ci la soumettrait à la Commission, qui ferait une enquête, entendrait les explications du médecin traitant, et au besoin celles du blessé. Si l'enquête n'aboutissait pas à une conciliation, elle aurait du moins une influence salutaire sur l'une ou l'autre des deux parties en litige ; en tout cas, le procès-verbal d'enquête pourrait être dans la suite d'un grand secours, soit au juge, soit à l'expert, pour fixer leur opinion.

2° *Établissement d'un contrôle.* — Cette même Commission pourrait dans bien des cas obtenir de la part du médecin traitant un contrôle amiable du médecin de la compagnie au sujet du traitement, sans passer par les formalités légales et coûteuses.

Les médecins consciencieux ne craindront pas un contrôle exercé loyalement au grand jour, contrôle légitime de la part de celui qui est responsable des frais. Mais tout médecin soucieux de sa dignité refusera de se prêter au contrôle d'agents prévenus ou soupçonneux.

Par le simple fait de son existence, la Commission de contrôle empêchera l'abus des visites trop nombreuses, des pansements ou des massages trop fréquents, des certificats de complaisance, etc.

Lorsque la durée prévue par une incapacité temporaire sera dépassée sensiblement, la compagnie pourra se faire renseigner par l'intermédiaire de la Commission, soit à l'aide des délégués médicaux, soit à l'aide des délégués ouvriers, le médecin traitant se refusant souvent à le faire lui-même. De même lorsqu'un blessé tentera d'exercer une pression sur son médecin habituel pour obtenir de lui une prolongation abusive de repos, celui-ci pourra se défendre contre une indulgence bien humaine en alléguant le contrôle de la Commission.

Et, s'il y a entre nous une entente loyale, comme il y a tout lieu de l'espérer, ce contrôle peut être très actif et très efficace.

Les compagnies qui auront à payer un honoraire un peu élevé pour une intervention utile à un blessé qui n'aura eu qu'une courte incapacité temporaire ne seront plus tentées de mettre en opposition ces deux choses qui ne sont pas comparables : honoraire médical et durée d'interruption du travail.

3° *Les simulateurs.* — Les erreurs de diagnostic sont parfois difficiles à éviter dans les traumatismes compliqués. Elles le sont encore plus lorsque le médecin est en présence d'un simulateur habile. S'il y a quelque soupçon de la part du médecin ou de la part de la Compagnie, le cas peut être soumis à la Commission de contrôle qui organisera une surveillance active que ne peut exercer le médecin traitant. Elle sera aidée largement dans cette œuvre par les délégués ouvriers, qui ont tout intérêt à sacrifier les brebis galeuses et qui pourront prendre vis-à-vis des coupables certaines sanctions qui, si elles ne sont pas légales, n'en seront pas moins efficaces. Comme le blessé simulateur change souvent de médecin, il pourra être signalé comme suspect à tous les confrères, après avis de la Commission.

4° *La reprise partielle du travail.* — Certains blessés, pour n'être pas de vrais simulateurs, n'en prolongent pas moins outre mesure leur maladie, alors qu'ils auraient un intérêt capital à

reprendre au plus vite leur travail. D'abord, ils souffrent encore un peu trop pour faire le même service qu'avant l'accident ; ils ont peur de rechuter et de perdre le bénéfice du demi-salaire, s'ils se reposent à nouveau ; d'autre part, le chef d'industrie ne tient pas à reprendre un ouvrier imparfaitement guéri, plus exposé à se blesser, et qui ne gagnera pas réellement la journée qu'il devra lui payer. Et pendant cette convalescence souvent interminable, l'ouvrier laisse l'ankylose s'installer définitivement ; heureux encore quand il ne prend pas l'habitude de la paresse et du cabaret.

Dans ces cas, si nombreux, après avis du médecin traitant, la Commission pourrait statuer sur la reprise partielle du travail en allouant au blessé un salaire suffisant, consenti bien entendu par le représentant de la compagnie d'assurances.

L'ouvrier aurait ainsi un salaire l'invitant au travail, il hâterait sa guérison en évitant souvent une incapacité partielle, ou une nouvelle maladie nerveuse, telle que la sinistrose.

5° *Préparation de la conciliation.* — Le rôle le plus important de la Commission serait d'éviter des procès coûteux et interminables, en préparant une conciliation. Lorsque le médecin traitant aura déclaré que la blessure est consolidée avec incapacité permanente, et qu'il aura apprécié le taux de cette incapacité, si l'ouvrier ou la compagnie d'assurances se croient lésés, ils peuvent porter le différend devant la Commission. Celle-ci s'entourera de tous les éléments possibles d'appréciation : elle entendra les avis opposés, elle aura des termes de comparaison, elle aura vite acquis une expérience, une autorité reconnues et acceptées. L'ouvrier comprendra, par l'intermédiaire de son délégué, que ses intérêts sont bien défendus, et qu'il a tout à perdre à engager un procès, puisque son demi-salaire ne lui est plus dû à partir du jour de la consolidation, ce qu'il ignore le plus souvent.

Pour que les sentences rendues par cette Commission ne soient pas suspectes au blessé, pour qu'elles atteignent vraiment leur but, qui est d'éviter autant que possible les procès et les conflits, il est de toute nécessité que l'élément ouvrier soit représenté par des délégués en nombre suffisant.

Si les décisions de la Commission n'aboutissent pas chaque fois à une solution favorable, nous avons le ferme espoir qu'elles rendront de grands services aux compagnies comme aux ouvriers. En offrant de collaborer à cette œuvre qui sera pour eux très ingrate, et peut-être très absorbante, en tout cas toute désintéressée, les médecins ont le sentiment de pouvoir être utiles aux deux groupements et ils espèrent ainsi prouver leur sincère désir d'arriver à une entente.

6° *Organisation du service des cliniques privées.* — Les cliniques privées constituent une nécessité pour les cas spéciaux ou pour les traumatismes graves qui ne peuvent être soignés à domicile ou qui ne sont pas admis dans les hôpitaux. Il y aurait donc à établir un tarif pour les interventions de grande chirurgie dans les cliniques privées, le décret ministériel étant tout à fait muet à cet égard.

En résumé, cette Commission mixte devrait examiner une série de questions de la plus haute importance, et si dès le début elle ne donnait pas des résultats parfaits, elle serait appelée, croyons-nous, à rendre de grands services.

Le corps médical lyonnais, désireux d'empêcher les abus possibles d'où qu'ils viennent, offre son concours loyal pour faciliter l'application de la loi. Il voudrait être le trait d'union entre les deux parties en présence : victimes du travail et responsables. Il a conscience de remplir ainsi une haute mission, se rappelant toujours que, s'il est le défenseur naturel du blessé qui a mis en lui sa confiance, il a le devoir aussi de sauvegarder les intérêts du patron et des compagnies, à qui incombe la lourde charge de secourir les vrais blessés, leurs veuves et leurs orphelins.

Oullins, le 18 juillet 1908.

Dr Proby,
Vice-président du Syndicat du Rhône.

A propos du Tarif Dubief.

LA QUESTION DES QUATRE JOURS ET DES DIX JOURS.

Il est impossible de ne pas s'arrêter de temps à autre pour étudier quelques questions de pratique courante ; je demande aujourd'hui à dire un mot des quatre jours et des dix jours.

Tous ceux d'entre nous qui s'occupent d'accidents du travail savent bien ce que cela veut dire et on peut sans exagérer affirmer qu'il y a de ce chef une très grosse perte pour les compagnies, sans compter de très réels inconvénients pour l'ouvrier. Rien que dans la quinzaine qui vient de s'écouler, j'ai eu cinq blessés qui m'ont fait le coup des dix jours.

Un mot d'explication pour ceux à qui la question n'est pas familière.

Quand un blessé reprend son travail avant quatre jours d'interruption, il ne touche rien.

Quand il reprend son travail avant le 10e jour, il perd les quatre premiers jours.

Il faut plus de dix jours d'interruption de travail pour toucher le demi-salaire intégral.

On voit tout de suite les résultats de la pratique et les difficultés que nous rencontrons.

Voici par exemple un ouvrier qui se fait dans l'atelier une légère entorse ; il doit s'arrêter quelques jours. Des bains et des massages ont vite raison de ce très léger accident et le 7e jour, il serait en état de retourner travailler ; il tire encore la jambe mais la gêne est légère; bref, la reprise est possible.

Essayez alors de conseiller d'arrêter le demi-salaire, en le déclarant guéri et vous verrez ce qui vous sera répondu ; à peu près textuellement ceci : Certainement, je serais en état de reprendre mon travail, mais je souffre encore un peu et comme on ne me paye que si j'ai plus de dix jours, j'aime mieux attendre. Le calcul est facile et se traduit pour l'ouvrier par huit ou dix francs d'écart qu'il ne veut pas perdre. C'est tellement l'évidence que nous ne pouvons pas insister et à notre grand regret nous maintenons l'ouvrier dans sa situation de maladie.

Une autre fois, c'est une piqûre, une écharde ou une coupure et toujours le même raisonnement. On dira que le médecin ne peut ni ne doit entrer dans ces considérations, qu'il doit y être étranger. Ce sont des phrases. Dans la pratique, nous sommes forcés de tenir compte de ces faits-là.

Les compagnies y perdent gros, car elles payent presque toujours quatre, cinq et six jours en trop ou en plus.

L'ouvrier nous déclarant qu'il souffre encore, nous n'avons pas moyen de réfuter son assertion.

La Loi, nous dit-on, est ainsi et on ne peut la changer... Quelle erreur ! Elles sont puissantes les compagnies et il suffirait de faire appel au concours des médecins et des ouvriers pour obtenir une modification légitime et qui est de l'in-

térêt de tous, sauf peut-être pour les médecins qui y perdront quelques visites.

Que si la loi ne peut être réformée, les compagnies peuvent toujours annoncer qu'elles paieront les petits accidents sans s'inquiéter de leur durée.

On cherche un terrain d'entente, en voilà un et je souhaite que la solution dont je parle ne se fasse pas trop attendre.

MOYENNE DES VISITES ET MOYENNE DES JOURNÉES D'INCAPACITÉ

Quelques confrères m'ont écrit pour me demander pour quelle raison je n'avais pas profité de ces articles hebdomadaires pour donner une appréciation sur le nombre des jours d'incapacité causé par chaque blessure et en même temps sur le nombre de visites que le médecin peut être appelé à faire.

C'est là une question qui est soumise à l'examen d'une sous-commission de la commission pour la réforme du tarif Dubief ; on a pensé tirer un résultat pratique en établissant une statistique des moyennes des journées et des visites ; je doute qu'en fin de compte on ait réussi à faire de bonne besogne. J'entends bien que le forfait ou quelque chose d'analogue serait désiré par certains assureurs ; mais les ouvriers et les médecins ne peuvent y consentir.

Parle-t-on du forfait pour les pharmaciens ?

Et puis qu'est-ce que ce raisonnement qui consiste à dire : j'ai eu un rhume l'an dernier, il m'a duré 15 jours. J'en ai eu un cette année, il m'a duré huit jours ; donc un rhume dure en moyenne 11 jours 1/2. Chaque maladie, chaque affection, chaque blessure, a son caractère propre, sa gravité particulière qui résulte de l'accident et des conditions de santé de l'accidenté ; il est donc de toute nécessité d'examiner chaque cas dans son cadre et c'est pour cela que le seul moyen de triompher des difficultés est de recourir aux tribunaux d'arbitrage.

Devant ces commissions, car le mot tribunaux est trop gros, devant ces commissions, chacun peut faire valoir ses objections et apporter la justification de sa conduite. Dans la même séance on pourrait voir deux accidents étiquetés d'une manière identique et qui varieraient du tout au tout soit pour les visites, soit pour les journées d'invalidité. L'application de la moyenne, loin de se présenter comme une solution juste dans ces deux cas, léserait l'un et favoriserait par trop l'autre.

Au lieu de faire des calculs basés sur des chiffres dont la provenance est variée et déjà suspecte, je comprendrais, et encore, un commentaire de chaque cas, fait en utilisant nos souvenirs, et notre pratique.

Exemple : Dans le précédent numéro, j'ai parlé du curetage. Combien de jours d'invalidité ? Combien de visites pour un curetage ?

Je ne parle pas des visites qui ont précédé l'opération. On a pu traîner beaucoup comme on a pu prendre une détermination rapide. L'opération est décidée.

Vers la fin de la journée, on reviendra voir son opérée. Si elle souffre trop on fera une piqûre de morphine, si elle n'a pu uriner on la sondera.

Le lendemain : visite.
Le surlendemain : visite et pansement.
Le 4e jour : visite et pansement.
Le 5e jour : visite, injection.
Le 6e jour : visite.
Le 10e jour : visite. On permet de se lever.
Le 13e jour : visite.
Le 17e jour : visite.
Le 20e jour : visite. Sortie.
Le 27e jour : consultation, examen.
Le 30e jour : consultation, examen.

Cinq à six jours encore et la malade peut reprendre son travail.

Voilà donc 30 à 35 jours d'incapacité.

Douze visites ou consultations.

Il s'agit là d'un cas type, d'un cas idéal. Qu'il y ait de la cystite, de la température, de la péritonite, comme le tableau va changer......

Suivant que la moyenne sera établie avec des cas simples ou des cas à complications, les chiffres vont varier.

En somme, les statistiques ont trop besoin d'être interprétées.

C'est par un travail dans le genre de celui que nous venons de faire qu'on aurait, à mon avis, été le plus près de la vérité, mais il eût fallu commenter chaque cas et ce commentaire, chacun de nous le fera quand il aura à juger une contestation.

J'ignore ce qui sortira du travail de la sous-commission et quel est le but que poursuit M. Paulet, mais j'ai peur qu'on se soit donné beaucoup de peine et beaucoup de mal pour un bien petit résultat.

Dr Ch. LEVASSORT.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

LE SOU MÉDICAL

Procès-verbal de la séance du 1er octobre 1908.

Présents : MM. Maurat, président ; Jeanne, Vimont, vice-présidents ; Diverneresse, syndic ; de Grissac, secrétaire général et Dumesny, secrétaire des séances.

La correspondance comprend :

1° Une lettre du Dr B. d'O. , qui annonce avoir reçu signification de la Compagnie La P., pour aller devant la Cour en appel du procès gagné par lui en 1re instance. Le Dr B. avait été poursuivi, on s'en souvient, pour avoir laisser publier dans les documents d'une contre-enquête du Dr Diverneresse, une lettre qu'il avait reçue de la dite Compagnie.

Le Conseil décide que la caisse soutiendra le confrère dans cet appel de même qu'il l'a soutenu en 1re instanee. Vu l'importance de l'affaire, le soin de défendre notre confrère sera de nouveau confié à Me Gatineau.

2° Une lettre du Dr S. M., de L. — Ayant donné des soins à un tétanique grave il a pu par des soins multiples le guérir. Au moment du paiement des honoraires, il trouve dans la Compagnie d'assurances une résistance. Critique du traitement employé, abus de ce traitement. Devant le juge de paix, la Compagnie réclame expertise, et fait défaut. Le confrère nous communique le jugement du juge de paix qui désigne trois experts et demande l'appui du « Sou ». Il y a là une question d'intérêt général, car on critique le traitement institué par le médecin, après coup, et il y a là une atteinte au libre exercice de la profes-

sion, qui ne doit relever que de la conscience du praticien.

Le Conseil décide de soutenir pécuniairement le Dr S. M.

Lettre du Dr B., de R.-s.-S. — Contestation d'honoraires. Accident du travail. La Compagnie m'offre 60 francs de moins que ma note. Vous jugerez d'après les documents que je vous fournis.

J'ai un traité avec la Compagnie La P. Il est entendu, dit ce traité, que je serai rémunéré par un forfait de 8 francs pour les sinistres visés par la loi du 9 avril 1898 et de cinq francs pour les sinistres résultant d'un travail non prévu par cette loi. Suit la réserve de résigner les fonctions de médecin à la fin de chaque période quinquennale en prévenant la Société La P. *un an à l'avance*, par lettre recommandée.

4 *juillet* 1903.

Document : Copie de la réponse faite par la Compagnie.

Nous avons pris connaissance de la lettre de M. le Dr B. Veuillez lui faire observer qu'il est notre délégué et qu'aux termes de son traité (1903), il s'est engagé à soigner nos blessés moyennant 8 fr. par sinistre. Nous sommes fondés à exiger l'application de son traité, qui n'a pas été résilié. Cependant, en raison des bonnes relations que nous avons avec lui, et aussi pour éviter qu'il nous fournisse des notes détaillées, nous vous prions de lui proposer de signer une nouvelle adhésion à 10 fr., sans indemnité kilométrique.

Dans le cas où le Dr B. consentirait à signer une adhésion, vous pourrez lui verser le montant intégral de sa note (soit 339 fr.), bien quelle soit susceptible d'une réduction de 60 fr.

Le Conseil est d'avis que le Dr B. doit refuser énergiquement le compromis qui lui est ainsi proposé, dénoncer son contrat avec la Compagnie et poursuivre le recouvrement intégral de sa note.

Une lettre du Dr S. de A. C. priant de transmettre à Me Gatineau, en demandant son avis, une contestation survenue au sujet d'un règlement d'honoraires accidents du travail.

Une lettre du Dr A., du H., demandant avis de Me Gatineau, au sujet d'un jugement de la justice de paix, qui, d'après lui, est un abus.

Renvoyé à l'avocat-conseil, en lui demandant de formuler une opinion.

Une lettre du Dr W., de L.— Question à propos d'un jugement de justice de paix qui semble susceptible de cassation.

Renvoyé au Conseil judiciaire.

Une visite du Dr A. N., adhérant au S. M. et demandant conseils à propos d'un confrère de province, auquel il est demandé 15.000 francs de dommages-intérêts pour consolidation vicieuse de fracture. Ce confrère ne fait pas partie du «Sou».

Répondu en donnant le conseil de faire également adhérer ce confrère à la société. S'il veut consulter Me Gatineau, il devra l'honorer directement comme un client ordinaire, le « Sou » ne pouvant évidemment prendre à sa charge que les affaires de ses membres adhérents.

Association des Médecins du Rhône.

Assemblée générale du 15 *juin*.

COMPTE RENDU ADMINISTRATIF POUR 1907-1908, PAR LE Dr BIROT, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL.

Messieurs,

Le Secrétaire général doit, à son tour, remplir son mandat, vous donner un aperçu de l'état de notre Société et vous signaler les faits principaux qui se sont succédé depuis notre dernière réunion du 1er juin 1907.

Notre première pensée est pour les confrères qui nous ont quittés, et malheureusement chaque année nous sommes obligés de constater la disparition de plusieurs d'entre nous ; les manquants sont au nombre de sept. M. le Président a été le fidèle interprète de nos sentiments à leur égard et à celui de leurs familles ; nous nous associons aux paroles émues qu'il a prononcées et y ajoutons l'expression de notre gratitude.

Presque tous, en effet, soit directement, soit par l'intermédiaire des leurs ont tenu à rester en communion avec nous et à continuer après eux le bien qu'ils ont accompli pendant leur vie en perpétuant leurs cotisations et en s'inscrivant sur nos tables d'or de la charité.

C'est ainsi que Mme Aribaud, en mémoire de son mari, nous a fait don de 100 francs ; que Mme Chalus a perpétué la cotisation de son mari par une somme de 300 francs ; que le Dr Clément fils nous a adressé 500 francs en souvenir de son père ; que le Dr Paillasson nous a inscrit sur son testament pour 300 francs ; enfin, la mémoire d'un ancien confrère, mort en 1892 à 86 ans, le Dr Guichon, a été perpétuée, par une famille amie et reconnaissante, par l'envoi de 100 francs.

Nous remercions en votre nom tous les généreux confrères et donateurs de leurs pensées de bonne confraternité et de solidarité ; ils montrent ainsi que la belle situation à laquelle ils étaient parvenus ne leur a point fait oublier ceux qui ont été moins heureux dans la lutte pour la vie.

Et précisément ces dons coïncident avec une série de faits montrant à nos jeunes confrères la nécessité de songer à l'avenir, de ne point négliger d'entrer dans les groupements de prévoyance de la grande famille médicale. C'est ce que M. le Président vous a déjà signalé et qu'il ne faut pas craindre de répéter cette année. Plusieurs veuves, cette année, sont venues frapper à notre porte, qui jadis étaient dans une situation aisée, et notre porte n'a pu s'ouvrir pour elles, de par nos statuts, les chefs de ces familles, imprévoyants, n'avaient pas voulu entrer dans nos rangs. Nous ne savons jamais ce que l'avenir réserve soit à nous, soit aux nôtres ; une génération réussit et la suivante est heureuse de pouvoir profiter de la prévoyance de ses aînées.

L'état de notre Association est toujours des plus prospères ; 20 nouveaux membres sont entrés, ce qui, défalcation faite des confrères décédés, nous donne le chiffre total de 335 sociétaires. Notre nombre s'accroît chaque année, et nous sommes heureux de vous signaler l'augmentation parallèle de nos ressources.

Notre capital dépasse 200.000 francs.

Ce qui nous a permis d'augmenter les chiffres des sommes à distribuer ; près de 10. 000 francs ont été employés à cet usage.

N'oublions pas l'envoi généreux de Mme Rafin qui, pour perpétuer sa cotisation de dame auxiliatrice donatrice, nous a adressé la somme de 100 francs. Nous lui envoyons nos respectueux remerciements.

Vous êtes appelés cette année à renouveler deux membres du bureau. M. AUBERT vient de terminer une première période de cinq ans de présidence ; la Commission administrative vous invite à lui témoigner votre reconnaissance en lui renouvelant par acclamation le mandat, qui n'est point, je vous l'assure, une sinécure. M. Aubert est le type du président actif, dévoué ; à tous les moments, il paie de sa personne et con-

tribue ainsi, pour la plus grande part, à la prospérité de notre Association.

Notre secrétaire adjoint, M. Taty, a été obligé d'abandonner Lyon pour Paris, il nous a quittés à son grand regret. Je me fais votre interprète en lui adressant nos souvenirs reconnaissants et nos vœux de succès, car il s'était donné corps et âme à l'Association, cherchant à augmenter son importance et les services qu'elle pourrait rendre ; il avait incarné en lui la caisse des retraites. Nous vous proposons de lui décerner l'honorariat bien mérité, après avoir occupé pendant sept ans le poste de secrétaire adjoint.

Nous vous proposons d'élire à sa place M. Trévoux dont vous connaissez tous le dévouement sympathique, que vous avez été à même d'apprécier dans plusieurs sociétés professionnelles.

Notre Association, en tant que société de secours mutuels n° 126, a été invitée par une circulaire préfectorale du 26 août 1907 à participer aux *élections du conseil supérieur de la mutualité*. Ce vote était très important pour nous, nous étions intéressés à exercer nos droits, qui se chiffraient par trois délégués, car des deux membres à élire l'un était nettement hostile aux médecins. Nos trois délégués : MM. Aubert, Guillaud et Birot, ont été heureux de contribuer à l'élection de M. Bleton. Esprit juste, libéral, indépendant, M. Bleton, outre ses qualités personnelles qui attirent à lui la sympathie, avait mérité cet honneur par des services nombreux rendus à la mutualité et n'était point de ceux qui considèrent le médecin comme l'obstacle au développement des finances d'une société de secours mutuels. M. Bleton a été élu à une écrasante majorité, et les délégués de toutes les sociétés de secours mutuels ont été heureux d'assister au banquet qu'ils lui avaient offert le 15 décembre dernier et de lui exprimer, par leurs vives acclamations, l'estime que tous avaient pour leur digne représentant.

L'Association a été sollicitée cette année par le Comité général des Sociétés de secours mutuels et de retraites du département du Rhône à s'affilier au Comité général :

«Nous serions heureux, nous écrivait M. Volpel-«lier, le vice-président, ayant toujours vécu en «bonne intelligence avec MM. les docteurs, et « au moment où nous allons traiter à nou-«veau avec eux pour le service médical, que « la 126e nous donne aussi son adhésion ; ce « serait une nouvelle preuve de la cordialité qui « existe entre les médecins du syndicat et les so-« ciétés composant le Comité général...»

La Commission administrative, à l'unanimité, a voté notre affiliation, heureuse de marcher d'accord avec les sociétés de secours mutuels. C'est par cette union que les liens se resserrent, que l'on apprend à se connaître, à s'estimer, et c'est ainsi que l'on peut faire tomber les légendes qui font des médecins les ennemis nés des sociétés de secours mutuels.

Messieurs,

Notre réunion de ce jour se terminera par l'étude de deux questions qui vous sont soumises et que vous discuterez. La solution n'en est point urgente et vous pourrez en remettre le vote à une autre année. Il s'agit d'abord de la demande faite par un ancien interne des hôpitaux de Lyon, établi médecin à Marseille et qui désire faire partie de l'Association et de la caisse Indemnité-Maladie. Faut-il étendre l'action de notre Association à des départements aussi éloignés ! La grande difficulté sera de surveiller les confrères malades qui désireront obtenir l'indemnité. Or, il faut se souvenir que c'est par l'absence de contrôle que les caisses de maladie périclitent, le coulage pouvant se faire trop facilement.

Enfin, il est bon de prévoir la demande qui pourrait nous être faite par les *femmes médecins*? Faut-il les accepter avec certaines restrictions ? Telles sont les questions qui vous seront posées.

CORRESPONDANCE

L'Inspection médicale des écoles

Paris, le 28 septembre 1908.

Mon cher Confrère,

Je lis dans le *Concours* un article du Dr Gassot sur l'inspection médicale des écoles. Je ne puis qu'approuver l'appel de notre Confrère. Il faut agir auprès des pouvoirs publics *avant leurs décisions* : cela est d'une importance capitale.

Si la réponse des préfets, dans le cas visé par le Dr Gassot, se fait sans entente avec le syndicat local, il n'y aura rien à faire. Si, au contraire, le Syndicat local proteste à l'avance, le préfet *est obligé* de tenir compte des desiderata médicaux.

Il ne faut pas oublier que le médecin est un électeur, souvent très influent, et que l'*administration* a cure de l'avoir pour ou contre elle, car le préfet est *responsable* des élections.

Si vos lecteurs veulent un exemple, signalez-leur le dernier bulletin du Syndicat de la Seine ; vous verrez que M. le Préfet de la Seine ayant eu l'intention d'établir un service de la vaccination obligatoire contraire aux intérêts médicaux, sur une *simple lettre* émanant du syndicat il a fait machine en arrière (1).

Et, maintenant, le règlement du service va être fait *d'accord* avec le syndicat.

Que les médecins n'oublient pas que les élections législatives auront lieu l'année prochaine, et que, d'ici là, on leur accordera tout ce que l'on pourra légitimement leur accorder, pour ne pas les avoir contre soi.

Il faut donc agir vigoureusement d'ici le mois de mai. Après ce sera beaucoup plus difficile d'obtenir la moindre des choses.

Vous publiez, aussi, dans votre numéro, le compte rendu du Syndicat visant l'impôt sur le revenu. Dans le dernier numéro de notre bulletin, vous trouverez la suite qui intéressera vos lecteurs (1).

Veuillez agréer, mon cher Confrère, l'assurance de mes meilleurs sentiments.

Dr A. Guillemonat,
Secrétaire général du Syndicat de la Seine.

Un nouveau syndicat.

Mon cher confrère,

Je suis heureux de vous annoncer que le Corps médical du Puy s'est enfin décidé à se réunir en syndicat. Je suis heureux de voir que la première semence que j'avais lancée l'année dernière a fructifié quoique lentement. Je tiens à vous remercier du concours moral que vous m'avez prêté en m'envoyant les pièces qui pouvaient intéresser cette question. Je vous envoie aujourd'hui nos statuts, et serais heureux que votre expérience de la chose nous vienne en aide s'il est des points que nous ayons omis ou mal définis.

Agréez, mon cher confrère, l'assurance de mon dévouement.

Dr J. Chevalier.

---

(1) Voir n° 40 du *Concours*, page 712.

REPORTAGE MÉDICAL

L'Inspection des Pharmacies.

Le Président de la République Française, vu etc....

Le conseil d'Etat entendu

Décrète : — Art. 1er.— Le service chargé de l'inspection prescrite par l'article 29 de la loi du 21 germinal au XI, modifiée par la loi du 25 juin 1908, et de la recherche et de la constatation des infractions à la loi du 1er août 1905, en ce qui concerne les substances médicamenteuses, est organisé par région, sous l'autorité du ministre de l'agriculture et du ministre de l'instruction publique, sur les propositions :

Des directeurs des écoles supérieures de pharmacie ;

Des doyens des facultés mixtes de médecine et de pharmacie ;

Des directeurs des écoles de plein exercice de médecine et de pharmacie;

Des directeurs des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie.

Un arrêté pris de concert par le ministre de l'agriculture et le ministre de l'instruction publique détermine la région dans laquelle chacune de ces écoles ou facultés doit procéder à cette organisation.

Le fonctionnement du service d'inspection est assuré, sous l'autorité du ministre de l'agriculture, par le préfet pour chacun des départements constituant la région ; à Paris et dans le ressort de la préfecture de police, par le préfet de police.

Art.2.— L'inspection prescrite par la loi du 21 germinal an XI et la recherche des infractions à la loi de 1905 ne peuvent être confiées, pour les officines de pharmaciens *et les dépôts de médicaments tenus par les médecins et les vétérinaires*, qu'à des inspecteurs munis du diplôme de pharmacien.

Ces inspecteurs ont seuls qualité, réserve faite des pouvoirs appartenant aux officiers de police judiciaire, pour opérer des prélèvements dans lesdites officines et dépôts de médicaments.

Les prélèvements portent tant sur les préparations officinales et produits pharmaceutiques que sur les préparations faites en vertu d'ordonnances médicales.

Art. 3. — Les inspecteurs sont nommés et commissionnés par les préfets sur la proposition des directeurs des écoles supérieures de pharmacie, des doyens des facultés mixtes de médecine et de pharmacie, des directeurs des écoles de plein exercice de médecine et de pharmacie, des directeurs des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie de la région.

Leurs rapports d'inspection sont adressés aux directeurs ou doyens de la région. Ceux-ci les transmettent aux préfets avec les observations et propositions qu'ils jugent nécessaires.

Art. 4.— Les inspecteurs peuvent se faire assister dans leurs visites par les commissaires de police ou, à leur défaut, par les maires ou adjoints.

Ils peuvent, en outre, requérir ces mêmes officiers de police judiciaire d'effectuer certains prélèvements dans les officines de pharmaciens et dans les dépôts de médicaments tenus par les médecins et les vétérinaires.

Art. 5. — Pour tous les établissements autres que les officines de pharmaciens et dépôts de médicaments tenus par les médecins et les vétérinaires, la visite prescrite par l'article 29 de la loi du 21 germinal an XI et la recherche et la constatation des fraudes et falsifications en matière médicamenteuse peuvent être confiées à des inspecteurs adjoints choisis et commissionnés par les préfets. L'arrêté de nomination détermine, pour chacun de ces agents, la circonscription dans laquelle il a qualité pour exercer cette double fonction.

Les inspecteurs adjoints adressent leurs rapports au préfet. Ils sont tenus de lui signaler les établissements qui leur auront paru nécessiter une visite spéciale par un inspecteur. Le préfet transmet sans délai cet avis à l'un des inspecteurs, ainsi qu'au doyen ou directeur de la région.

Même en dehors du cas prévu au paragraphe précédent, les inspecteurs ont le droit d'opérer eux-mêmes, lorsqu'ils le jugent nécessaire, la visite des établissements visés au présent article.

Art. 6.— Sont rapportées les dispositions de l'arrêté du 25 thermidor an XI, des décrets des 23 mars 1859, 9 mai 1887, 16 septembre 1893, 3 juillet 1907, en ce qu'elles ont de contraire au présent décret.

Art. 7.— Le ministre de l'agriculture, le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, le ministre de la justice, le ministre de l'intérieur, le ministre des finances et le ministre du commerce et de l'industrie sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* et inséré au *Bulletin des lois*.

Fait à Paris, le 5 août 1908.

A. FALLIÈRES.

La loi sur les fraudes appliquée aux substances médicamenteuses.

Le Président de la République française,
Le Conseil d'Etat entendu,
Décrète :

TITRE Ier

FORMALITÉS APPLICABLES AUX PRÉLÈVEMENTS DE SUBSTANCES MÉDICAMENTEUSES

Art. 1er. — Les inspecteurs et inspecteurs adjoints qualifiés aux termes du décret du 5 août 1908 pour assurer l'application des lois et règlements sur l'exercice de la pharmacie et sur la répression des fraudes en matière médicamenteuse peuvent, concurremment avec tous officiers de police judiciaire, et dans les limites de compétence fixées audit décret, opérer d'office des prélèvements d'échantillons dans les officines, laboratoires et leurs dépendances, magasins, boutiques, ateliers, voitures servant au commerce, ainsi que dans les entrepôts, dans les gares et ports de départ et d'arrivée.

Les administrations publiques sont tenues de fournir aux agents ci-dessus désignés tous les éléments d'information nécessaires à l'exécution de la loi du 1er août 1905.

Les entrepreneurs de transport sont tenus de n'apporter aucun obstacle aux réquisitions pour prises d'échantillons, et de représenter les titres de mouvement, lettres de voiture, récépissés, connaissements et déclarations dont ils sont détenteurs.

Art. 2. — Sauf les exceptions prévues aux articles 3, 4 et 5 ci-après, les formalités prescrites par les articles 5, 6, 7, 8, 9 et 10 du décret du 31 juillet 1906 pour les prélèvements d'échantillons, la rédaction des procès-verbaux, l'apposition des scellés, la délivrance des récépissés, l'envoi des échantillons et procès-verbaux, sont applicables aux opérations effectuées par les inspecteurs et inspecteurs adjoints en ce qui concerne les substances médicamenteuses.

Art. 3. — Lorsque, en raison de la qualité ou de la quantité d'un produit pharmaceutique ou d'une préparation médicinale, la division en quatre échantillons est impossible, l'agent qui effectue le prélèvement place sous scellé, en un échantillon unique, la totalité du produit ou de la préparation.

Par dérogation à l'article 10 du décret du 31 juillet 1906, il transmet ce scellé dans les vingt-quatre heures avec son procès-verbal et toutes pièces utiles au procureur de la République.

Copie du procès-verbal est adressée au préfet, ainsi qu'au directeur d'école ou au doyen de faculté compétent aux termes de l'article 1er du décret du 5 août 1908.

Art. 4. — Lorsqu'un inspecteur, usant de la faculté que prévoit l'article 4 du décret du 5 août 1908, a requis un officier de police judiciaire d'effectuer un prélèvement de produit pharmaceutique ou de préparation médicinale, le produit prélevé est placé sous scellé en un échantillon unique. Ce scellé, ainsi que le procès-verbal, est adressé, dans les vingt-quatre heures, par l'agent verbalisateur à l'inspecteur qui a signé la réquisition.

Art. 5. — Si le produit sous scellé peut être divisé en quatre échantillons, l'inspecteur procède à cette opération, en présence du vendeur ou du détenteur, ou lui dûment appelé ou représenté, scelle les quatre échantillons et les transmet au préfet en se conformant à l'article 10 du décret du 31 juillet 1906.

Si le produit n'est pas divisible en quatre échantillons, l'inspecteur transmet le scellé primitif au procureur de la République, comme il est prescrit à l'article 3 ci-dessus.

TITRE II

ANALYSE DES ÉCHANTILLONS PRÉLEVÉS

Art. 6. — Il est constitué, dans la commission technique permanente établie par l'article 3 du décret du 31 juillet 1906, près des ministères de l'agriculture et du commerce et de l'industrie, une section de pharmacie, sous la présidence du directeur de l'école supérieure de pharmacie de Paris. Cette section est obligatoirement consultée sur les questions d'ordre scientifique relatives à l'application du présent décret.

Art. 7. — L'analyse des échantillons prélevés est confiée aux laboratoires organisés à cet effet dans les écoles supérieures de pharmacie, facultés et écoles mixtes de médecine et de pharmacie, par les directeurs ou doyens de ces écoles ou facultés, en vertu de décisions prises de concert par les ministres de l'agriculture et de l'instruction publique, après avis de la section de pharmacie de la commission technique permanente.

Ces analyses sont, à la fois, d'ordre qualitatif et d'ordre quantitatif ; l'examen comprend les recherches organoleptiques, physiques, chimiques, micrographiques, physiologiques et autres susceptibles de fournir des indications sur la pureté des produits, leur identité et leur composition.

Art. 8. — Des arrêtés pris de concert entre le ministre de l'agriculture et le ministre de l'instruction publique déterminent le ressort des laboratoires appelés à procéder à l'analyse des échantillons.

Art. 9 — Le résultat de l'analyse est consigné dans un rapport qui est adressé par le directeur ou doyen au préfet du département d'où provient l'échantillon ; à Paris et dans le ressort de la préfecture de police au préfet de police.

Art. 10. — Si le rapport ne révèle aucune fraude ou falsification, le préfet en avise sans délai l'intéressé.

Dans ce cas, si le remboursement des échantillons est demandé, il s'opère d'après la valeur réelle du produit aux frais de l'État, au moyen d'un mandat délivré par le préfet sur représentation du récépissé prévu à l'article 9 du décret du 31 juillet 1906.

Art. 11. — Dans le cas où le rapport signale une fraude ou falsification, le préfet transmet sans délai le rapport au procureur de la République.

Il y joint le procès-verbal et les trois échantillons réservés.

Art. 12. — Tous les ans, le directeur ou doyen adresse au ministre de l'agriculture un rapport sur le nombre des échantillons analysés et le résultat de leur analyse.

TITRE III

FONCTIONNEMENT DE L'EXPERTISE CONTRADICTOIRE

Art. 13. — Le procureur de la République informe l'auteur présumé de la fraude qu'il est l'objet d'une poursuite. Il l'avise qu'il peut prendre communication des conclusions du laboratoire et qu'un délai de trois jours francs lui est imparti pour faire connaître s'il réclame l'expertise contradictoire prévue à l'article 12 de la loi du 1er août 1905.

Art. 14. — Si l'expertise contradictoire est demandée, il est procédé à la nomination de deux experts désignés l'un par le juge d'instruction, l'autre par la personne contre laquelle l'instruction est ouverte. Celle-ci doit, dans la huitaine, faire connaître l'expert qu'elle a choisi. Toutefois, elle a le droit de renoncer à cette désignation et de s'en rapporter aux conclusions de l'expert désigné par le juge.

Les experts sont choisis sur les listes spéciales de chimistes experts dressées dans tous les ressorts par les tribunaux civils et les cours d'appel.

Ces experts doivent être pourvus du diplôme de pharmacien.

Art. 15. — Chaque expert est mis en possession d'un échantillon.

Le juge d'instruction donne communication aux experts des procès-verbaux de prélèvement, ainsi que des ordonnances médicales, factures, lettres de voiture, pièce de régie et, d'une façon générale, de tous les documents que la personne mise en cause a jugé utile de produire ou que le juge s'est fait remettre.

Aucune méthode officielle n'est imposée aux experts. Ils opèrent à leur gré, ensemble ou séparément, chacun d'eux étant libre d'employer les procédés qui lui paraissent le mieux appropriés.

Leurs rapports sont déposés dans le délai fixé par l'ordonnance du juge.

Art. 16. — Si les experts sont en désaccord, ils désignent un tiers expert pour les départager. A défaut d'entente pour le choix de ce tiers expert, il est désigné par le président du tribunal civil.

Le tiers expert peut-être choisi en dehors des listes officielles. Il peut n'être pas pourvu du diplôme de pharmacien.

Art. 17.— Dans le cas prévu à l'article 3 du présent décret, le procureur de la République notifiera au vendeur ou détenteur que l'échantillon unique va être soumis à une expertise et l'informe qu'il a trois jours francs pour faire connaître s'il réclame l'expertise contradictoire.

Si l'expertise contradictoire est demandée, il est procédé, dans un délai fixé par le juge d'instruction à la nomination simultanée tant des deux experts prévus à l'article 14 ci-dessus que du tiers expert prévu à l'article 16.

Ces trois experts procèdent ensemble à l'examen de l'échantillon unique.

TITRE IV.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES.

Art. 18.— Lorsque des poursuites sont décidées, s'il s'agit soit des médicaments à base de vin ou d'alcool, soit de saccharine ou produits saccharinés, soit d'essences ou préparations concentrées contenant de l'essence d'absinthe, soit de toute autre substance tombant sous l'application d'une loi fiscale, le procureur de la République doit faire connaître au directeur des contributions indirectes ou à son représentant, dix jours au moins à l'avance, le jour et l'heure de l'audience à laquelle l'affaire sera appelée.

Art. 19. — Il n'est rien innové quant à la procédure suivie par l'administration des douanes et par l'administration des contributions indirectes pour la constatation et la poursuite de faits constituant à la fois une contravention fiscale et une infraction aux prescriptions de la loi du 1er août 1905.

Art. 20. — En cas de non-lieu ou d'acquittement, le remboursement de la valeur des échantillons s'effectue dans les conditions prévues à l'article 10 ci-dessus.

Art. 21. — Les dispositions du titre 1er du présent décret réglant les formalités prescrites pour les prélèvements d'échantillons, ne font pas obstacle à ce que l'existence d'une infraction à la loi du 1er août 1905 soit établie par toutes autres voies de droit.

Art. 22. — Il sera statué ultérieurement sur les conditions d'application de la loi du 1er août 1905 à l'Algérie et aux colonies, en ce qui concerne les substances médicamenteuses.

Art. 23. — Les ministres de l'agriculture, de l'instruction publique, de la justice, de l'intérieur, des finances, du commerce et de l'industrie sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française et inséré au *Bulletin des lois*.

Fait à Paris, le 6 août 1908. A. Fallières.

Fédération Médicale Française. — Le 5 juin dernier, a eu lieu, à l'Hôtel des Sociétés savantes, à Paris, la première assemblée générale constitutive de la *Fédération* médicale française.

Les 42 sociétés médicales dont les noms suivent avaient répondu à l'appel des organisateurs :

La Société de l'Elysée, la Société de prévoyance et de secours mutuels des médecins d'Ille-et-Vilaine, la Mutuelle médicale française de retraites de Saumur, le Devoir médical de Bordeaux, l'Association amicale de prévoyance de l'Elysée (mutuelle-décès), la Société du XVe arrondissement, la Famille médicale, le Syndicat de Neufchâtel-en-Bray, la Prévoyance médicale, la Société du Ve arrondissement, la Société du XIIe arrondissement, le Syndicat de Bourg, la Société du XIVe arrondissement, la Mutuelle générale des médecins français, le Syndicat du département d'Alger, le Syndicat de la Seine, la Société du XVIe arrondissement, le Syndicat de Lille et de la région, la Fraternelle du Caducée, l'Association de la Mayenne, le Syndicat de la Haute-Vienne, l'Association d'Albi et Gaillac, la Société du Xe arrondissement, la Société des praticiens de Paris, la Société du Louvre, le Syndicat de Libourne, le Syndicat d'Armentières, la Société Lagoguey, le Syndicat de la Bassée, le Syndicat d'Hyères, le Syndicat de Givors, le Syndicat de Nice et Puget-Théniers, le Syndicat des Hautes-Alpes, l'Association d'Alger, la Maison du médecin, la Société du VIe arrondissement, la Société des médecins-inspecteurs des Ecoles de Paris, la Solidarité médicale, le Syndicat médical de Paris, la Société du VIIe arrondissement.

Ces 42 sociétés comptaient 9200 membres ; elles étaient représentées à l'Assemblée générale par un délégué pour 100 membres ou fraction de 100 membres.

Les délégués présents ont adopté des statuts. Voici les principaux :

Article premier. — Il est fondé, sous le nom de « Fédération médicale française », une Association ayant pour but de secourir les infortunes du corps médical français tout entier.

Art. 2. — La « Fédération médicale française » est composée des sociétés médicales adhérentes, amicales, philanthropiques, scientifiques, syndicales. Chacune de ces sociétés désigne pour la représenter un délégué par 100 membres ou fraction de 100 membres.

Art. 3. — Les ressources de la « Fédération médicale française » sont constituées :

Par les bénéfices provenant d'une loterie dont la Fédération s'occupera d'obtenir l'autorisation.

Art. 4. — Ces revenus sont affectés à deux objets :

1° Secours individuels renouvelables;

2° Allocations aux sociétés médicales philanthropiques.

Le bureau est ainsi composé :

Président : M. Smester.

Vice-présidents : MM. Valentin (Lille) et Marquez (Hyères).

Secrétaire général : M. Dardelin.

Secrétaire général adjoint : M. Maringer.

Secrétaires : MM. Hutinet et Didsbury.

Trésorier : M. Hamon.

Trésorier adjoint : M. Portalax.

Physiothérapie. — Le cours de physiothérapie organisé du 15 octobre au 8 novembre prochain, à *l'Ecole des Hautes Etudes sociales*, 16, rue de la Sorbonne, est divisé en trois séries de vingt leçons.

Les cours de la série A auront lieu à 6 heures. Ils comprennent l'électrothérapie (onze leçons, du 15 au 27 octobre inclus : M. Albert-Weill), la radiumthérapie (trois leçons, les 28, 29 et 30 : M. Dominici), la photothérapie (une leçon, le 31 octobre : M. de Beurmann), la radiothérapie (trois leçons, les 3, 4 octobre et 5 novembre : M. Albert-Weil), la méthode de Bier (deux leçons, les 6 et 7 novembre, M. Durey).

Les cours de la série B auront lieu à 5 heures. Ils comprennent le massage général (sept leçons, du 15 au 22 octobre inclus : M. Durey), le massage viscéral (cinq leçons du 23 au 28 octobre inclus : M. Cautru), le massage gynécologique (une leçon, le 29 octobre : M. Wetterwald), la gymnastique (deux leçons, le 30 et le 31 octobre, M. Desfosses), la mécanothérapie (cinq leçons, du 3 au 7 novembre inclus, MM. Lagrange et Kruger).

Les cours de la série C auront lieu à 4 heures. Ils comprennent la diététique (six leçons du 15 au 21 octobre inclus : M. Gaston Lyon), la climatothérapie (deux leçons, le 22 et le 23 octobre : M. Lalesque), les cures naturistes (une leçon, le 24 octobre, M. Sandoz), l'hydrologie générale (trois leçons, les 26, 27 et 28 octobre, M. Bardet), l'hydro-thermothérapie (quatre leçons, les 29, 30, 31 octobre et le 3 novembre : M. Pariset), l'hydrologie clinique (quatre leçons, le 4, le 5, le 6, le 7 novembre : MM. Bouloumié et Mougeot).

Certaines leçons, en raison des démonstrations pratiques nécessaires, seront reportées le matin dans divers instituts ou hôpitaux ; l'indication en sera toujours donnée par les conférenciers plusieurs jours à l'avance.

Le prix de chacune des séries de vingt leçons est de 40 frs. On peut s'inscrire pour une des séries ou pour les trois chez MM. Vigot frères, 23, place de l'Ecole-de-Médecine ou chez le docteur Durey, 16, rue de Logelbach.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs Durand, de Beynes (S.-et-O.) ; Pellier, de Domont (S.-et O.) ; Daprey, de Gagny (S.-et-O.) ; Freydier, de Cassel (Nord), et Decool, d'Hazebrouck (Nord), membres du « Concours Médical ».

Le Directeur-Gérant : **Dr H. JEANNE.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trentième année N° 42 Dimanche 18 OCTOBRE 1908

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques — Medecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

L'impôt sur le revenu et les médecins.

Le Congrès réuni à Dijon à cette heure comprend la presque totalité des parlementaires qui suivent M. Caillaux dans sa grande réforme financière. L'application de l'impôt sur le revenu chez les médecins lui est soumise par un rapport de M. Henri Béranger, vice-président du Comité exécutif du Congrès. Nous détachons de ce rapport le passage qui nous concerne.

«2° **L'impôt sur les revenus des professions libérales**

Seraient-ce, comme l'ont prétendu quelques « publicistes » qui jouent un peu trop facilement de syndicats illusoires et de confédérations frégoliques, seraient-ce les bénéficiaires des professions libérales, si brillamment représentées à la Chambre, avocats, médecins, journalistes, qui, atteints dans leurs intérêts personnels, formeraient contre le projet le dernier carré, la vieille garde bourgeoise, « espoir suprême et suprême pensée » ?

Il ne semble guère que jusqu'ici les représentants des classes libérales veuillent se départir de l'esprit large et généreux qui, depuis 1789, les a toujours maintenus à la tête de la démocratie.

Le système proposé par le gouvernement et par la commission est, en effet, le suivant :

« *Déclaration détaillée » du revenu par le contribuable, ou, à défaut, taxation d'office. En cas de déclaration inexacte, pénalité de la quintuple taxe sur le revenu non déclaré.*

Le ministre des finances n'a été saisi de réclamations contre le système proposé que par deux groupements d'intéressés : la Conférence des bâtonniers des départements et l'Union des syndicats médicaux de France.

Les demandes formulées portaient sur les points suivants :

« 1° Les frais inhérents à l'exercice de la profession doivent être déduits du bénéfice professionnel.

Bien que le texte ne le dise pas expressément, il est bien entendu que l'impôt ne frappera que le revenu *net*, défalcation faite de tous frais inhérents à l'exercice de la profession. Aucune difficulté sur ce point.

2° La déclaration « détaillée » doit respecter le secret professionnel.

La conférence des bâtonniers propose par suite pour l'article 50 la rédaction suivante :

Toute personne jouissant de revenus imposables au titre de la septième catégorie est tenue de remettre, chaque année, dans le courant de janvier, au contrôleur des contributions directes une déclaration de revenus.

Le *règlement d'administration publique* prévu à l'article 24 énumérera limitativement, en tenant compte *des conditions d'exercice spéciales à*

chaque profession et notamment des obligations du secret professionnel, les indications que devra contenir la déclaration et les justifications dont elle devra être accompagnée pour en établir l'exactitude. »

Ce texte est parfaitement conforme aux *intentions* du gouvernement et de la commission. Si par suite il donne aux intéressés plus de garanties que le texte actuel, le gouvernement est très disposé à accepter la substitution.

3° Le taux de l'impôt devrait être abaissé à 2%, au lieu de 3%.

La question des taux a été réservée par la Chambre, et ne viendra en discussion qu'après le vote de tous les articles du projet. La fixation à intervenir dépendra dans une large mesure des exemptions ou atténuations qui auront pu être accordées en cours de discussion, puisqu'il faut en définitive arriver à un équilibre budgétaire de la réforme.

On ne saurait donc préjuger des taux qui devront être proposés. Il est en tous cas probable que les revenus du travail bénéficieront d'une légère atténuation sur le taux primitivement inscrit au projet.

4° En cas de contestation sur le montant du revenu déclaré, la charge de la preuve doit incomber à l'Administration.

Ici encore les auteurs du projet et les intéressés ne sont pas éloignés de s'entendre. Il est certain, en effet, que si la déclaration a été faite dans les formes prescrites, et si elle a été appuyée des justifications réglementaires, l'Administration aura la charge de contredire à ces justifications et d'en démontrer l'insuffisance ou l'inexactitude. Peut-être pourra-t-on admettre également qu'en cas d'expertise, s'il en est ordonné une par le conseil de préfecture, les experts seront choisis parmi les membres du groupement professionnel auquel appartient l'intéressé.

Sur un seul point le gouvernement ne pourrait qu'avoir une attitude intransigeante, comme cela s'est produit lors de la discussion de la quatrième cédule. Ce serait si l'on prétendait obliger l'Administration à faire la « preuve » du revenu du contribuable : car il est dans la presque totalité des cas *impossible* d'administrer cette *preuve* ; et on ne peut appuyer une taxation d'office que sur un ensemble de *présomptions.*

Ainsi on peut dire que sur tous les points l'accord est fait d'avance entre les auteurs du projet et les contribuables passibles de l'impôt au titre de la septième catégorie ; en sorte que la discussion de celle-ci ne paraît devoir donner lieu à aucune difficulté. »

Nos confrères ont reconnu dans l'exposé ci-dessus les propositions que le Syndicat de la Seine était allé porter aux pouvoirs publics, au nom du corps médical français, et après accord entre les diverses Sociétés ; nous les avions publiées dans un récent numéro.

La conclusion du rapporteur donne l'état de la question tel qu'il est à la veille de nos assemblées générales.

LA SEMAINE MÉDICALE

Les avantages de la laparotomie médiane pour l'appendicectomie.

Les chirurgiens ont l'habitude d'opérer l'appendicite par une incision oblique en bas et en dedans, presque parallèle à l'arcade de Fallope dans la région appendiculaire, à droite de la ligne médiane.

Or, au dernier Congrès de Chirurgie, M. le Dr Emile Reymond, est venu préconiser l'incision médiane comme méthode de choix pour toutes les appendicectomies et voici les raisons, fort plausibles, qu'il invoque :

1° Si l'appendicite présente une disposition classique, l'intervention est aussi facile par la voie médiane que par la voie latérale ; si la disposition est anormale, la voie médiane a plus de chance de faciliter l'accès des lésions.

Les foyers secondaires sont d'un accès incomparablement plus aisé.

2° La ligne médiane facilite mieux que toute autre l'abord des lésions qui peuvent coïncider avec l'appendicite. Chez la femme elle permet l'opération des organes génitaux, l'intervention en cas de lésions soupçonnées ou demeurées latentes.

Au cas possible où la lésion attribuée à l'appendicite dépend des annexes, l'incision médiane enlève toute gravité à l'erreur de diagnostic ;

3° Dans la majorité des cas, la cavité péritonéale est en plus grande sécurité. En principe il est plus chirurgical pour enlever un foyer infectieux intrapéritonéal d'ouvrir d'abord le péritoine et de le protéger avant d'attaquer le foyer lui-même.

Exception est faite pour les cas où l'abcès est nettement constitué et où l'intervention doit se borner à ouvrir cet abcès ;

4° En ce qui concerne les chances d'éventration, nous constatons n'avoir pas eu à regretter un seul cas.

Si le drainage doit être pratiqué, on peut choisir plus facilement la place du drain au niveau de la plaie ou d'une contre-ouverture.

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Saint-Louis : M. le professeur Gaucher.

Chancre syphilitique des lèvres et de la langue.

Après les organes génitaux, la région la plus fréquemment touchée par la contagion spécifique est la face (lèvres, langue, amygdale).

Considérons le chancre syphilitique des lèvres, d'abord. Il siège surtout à la lèvre supérieure. Ordinairement, il est unique. Au point de vue morphologique, il présente plusieurs variétés : érosive, croûteuse, fissurique et papulo-hypertrophique.

Le chancre *érosif* de la lèvre est le plus traître. C'est une érosion minime, qui passe parfois facilement inaperçue. Je raconte volontiers l'histoire

d'un malade qui me montrait, un jour, une érosion vraiment insignifiante de la lèvre, sans adénopathie. La lésion ayant guéri très rapidement, nous ne portâmes pas le diagnostic de chancre. Or, quelque temps après, survinrent des plaques muqueuses de la gorge. Certes, il s'agit là d'un cas assez exceptionnel ; il est bon de savoir, néanmoins, qu'il existe à la lèvre, des chancres érosifs de minime apparence. Il convient d'autant mieux d'être prévenu que l'on est habitué à considérer le chancre labial comme exubérant.

Voilà donc un premier aspect.

Deuxième aspect : le chancre *croûteux*. Lorsqu'il siège sur la partie externe de la lèvre, le chancre est constitué par une érosion suintante avec une croûte peu épaisse vers la partie cutanée.

Troisième aspect : le chancre *fissurique*. C'est une fissure allongée, à bords durs.

Quatrième aspect : le chancre *papuleux* et *hypertrophique*. Il représente la forme la plus habituelle. C'est un plateau papuleux, plus ou moins saillant, quelquefois très saillant, et induré. Les malades ont ainsi une « enseigne » sur la lèvre ; ils sont obligés de se séquestrer et ils nous demandent de les hospitaliser jusqu'à cicatrisation de cet accident révélateur.

Ces quatre variétés ont des caractères communs : l'induration, l'engorgement ganglionnaire. L'engorgement ganglionnaire se traduit par un ganglion unique, douloureux, inflammatoire — ganglion qui diffère notablement de l'adénopathie génitale.

Avec quelles affections pouvez-vous confondre le chancre labial ? Avec l'épithélioma, les ulcérations tuberculeuses, et, j'ajouterai, les plaques muqueuses.

Pour l'épithélioma, je vais répéter les caractères différentiels dont je vous ai déjà parlé. Lorsqu'ils sont nets, on ne saurait se tromper ; mais ils peuvent être flous. L'épithélioma se produit chez les sujets âgés, le chancre se voit plutôt dans la jeunesse. L'épithélioma est douloureux, le chancre ne l'est pas. L'épithélioma saigne ; le chancre ne saigne généralement pas. Le chancre peut être exubérant, papuleux ; dans l'épithélioma, le bourgeonnement est beaucoup plus considérable. L'évolution est, d'autre part, toute différente.

Le diagnostic de l'ulcération tuberculeuse est plus facile. Les ulcérations bacillaires sont ordinairement multiples, douloureuses, à bords irréguliers, à surface suppurante. Elles sont entourées de granulations jaunâtres qui finissent par constituer des ulcérations nouvelles.

Quant au diagnostic avec les plaques muqueuses, il n'offre pas de grandes difficultés. Les plaques muqueuses sont multiples et superficielles.

Etudions ensuite le chancre de la langue. Ici également, nous rencontrons plusieurs variétés. Le chancre de la langue peut être : soit une *érosion* simple, recouverte parfois de pseudo-membranes ; soit un *ulcère*, saillant dans quelques cas, arrondi, ou dans d'autres cas, fissurique comme une rhagade. Si vous pressez les bords de la lésion, vous constatez une induration à la base, induration susceptible de s'étendre quelquefois et même d'envahir toute la langue. On a vu le chancre lingual se compliquer de phagédénisme. Il est parfois douloureux, à cause des usages, des mouvements incessants de l'organe sur lequel il est développé. L'adénopathie comprend un seul ganglion siégeant à la région sus-hyoïdienne.

Le diagnostic est à faire avec quoi ? Avec l'épithélioma, d'abord. Reportez-vous à ce que j'ai dit sur l'épithélioma des lèvres. Le chancre lingual n'est pas ou est peu saillant. L'épithélioma fait des ravages plus étendus ; il détermine une odeur fétide ; il entraîne une gêne notable des mouvements de la langue, des douleurs violentes, propagées aux oreilles, et des hémorrhagies. Il y a cependant des cas douteux et ambigus.

Diagnostic avec le chancre mou. Il existe des chancres mous de la langue, contrairement à l'aphorisme de Ricord qui disait : « Pas de chancres simples au-dessus du diaphragme ».

Le chancre simple, comparativement au chancre spécifique, a une étendue plus grande, des bords moins réguliers, décollés, sans base indurée. Il est plus profond et son évolution est différente ; il n'a pas de tendance à guérir seul. Dans les cas où le doute persiste, l'inoculation tranchera la difficulté.

Le chancre de la langue est, comme celui de l'amygdale, d'un diagnostic souvent délicat. Il faut le différencier encore de l'ulcération dentaire, des ulcérations tuberculeuses, des gommes, des plaques muqueuses.

Diagnostic avec l'ulcération dentaire. En présence d'une ulcération linguale, si elle est marginale, il convient de vérifier toujours l'état des dents et de voir si la lésion siège ou non *en face* d'une dent cariée et coupante. Lorsque les caractères de l'ulcération ne sont pas très nets, on doit attendre, un mois, six semaines, et voir ce qu'elle va devenir, la dent incriminée ayant été limée, ou le chicot extrait. L'ulcération dentaire est assez profonde, plus irrégulière, plus profonde que le chancre ; elle semble traduire l'action creusante de la dent. Elle est douloureuse, quelquefois à base indurée. Il peut d'ailleurs, aussi, se greffer sur elle un chancre (lésion mixte).

Le diagnostic avec les ulcérations tuberculeuses est le même ici que pour les lèvres. Les ulcérations bacillaires sont irrégulières, plus profondes, à bords festonnés, plus douloureuses, et douloureuses alors même que la langue est au repos. De plus, elles ne reposent pas sur une base indurée. Enfin, autre caractère, commun aux ulcérations bacillaires des lèvres et de la langue, c'est l'état pulmonaire. Les individus atteints d'ulcère lingual tuberculeux sont des phtisiques qui expectorent et ont, souvent, déjà des cavernes. L'ulcère lingual résulte d'une auto-inoculation par l'expectoration. Il n'y a pas d'engorgement ganglionnaire. Enfin, dans les cas tout à fait douteux, il est loisible de faire un examen du pus et de la surface, sur lamelles. Les parties prélevées à la surface de l'ulcère, par grattage, sont riches en bacilles. L'inoculation expérimentale est une dernière ressource. Rien n'est plus virulent que l'ulcération tuberculeuse, pour le cobaye en particulier.

Autre diagnostic à faire : avec les gommes syphilitiques de la langue, qu'elles soient dues à la syphilis acquise ou, ce qui arrive quelquefois, à la syphilis héréditaire. Certaines gommes de la langue ressemblent au chancre. Le diagnostic n'a évidemment pas une grande importance, quant au traitement ; toutefois, il est néanmoins intéressant. Le chancre est une ulcération plane, la gomme une ulcération excavée. Mais, il est des gommes peu excavées et des chancres moins superficiels. Le caractère distinctif le plus important est le suivant : pas d'adénopathie dans la gomme. C'est presque le seul signe différentiel absolu. Il n'y a jamais d'engorgement ganglionnaire dans la gomme (même infectée) et il y en toujours — sauf exception rarissime.... dans le chancre.

J'en dirai autant du diagnostic avec les pla-

ques muqueuses. Elles sont multiples, superficielles, non localisées à la langue.

Quelques mots, enfin, du chancre des gencives. Il en existe une forme superficielle et une forme profonde. La première est une petite ulcération rouge, vernissée, lisse. La seconde est une lésion profonde, qui atteint le périoste et déchausse la dent. Il faut bien connaître ces cas, sinon vous ne feriez pas facilement le diagnostic. Ce diagnostic est à établir avec l'ulcération tuberculeuse et l'épithélioma. Il est facile. Il suffira d'y penser, la plupart du temps.

Leçon recueillie par le Dr P. LACROIX.

MÉDECINE PRATIQUE

Le choléra asiatique.

La rapide extension que le choléra vient de prendre en Russie et, en particulier, à Saint-Pétersbourg et la facilité avec laquelle on voyage aujourd'hui font, à juste titre, redouter l'importation plus ou moins imminente du terrible fléau en France ; c'est donc un devoir pour tous les médecins de se tenir prêts à subir cet assaut et à le repousser le plus habilement possible. La rareté relative des épidémies fait que la génération médicale actuelle est peu au courant de ce qu'elle aurait à faire, le cas échéant, et que, forcément, les premiers cas pourront bien passer inaperçus, masqués par une erreur de diagnostic.

D'autre part, la publicité intense donnée par la presse politique au moindre événement ne manquera pas de provoquer parmi les populations pusillanimes du siècle actuel un affolement extraordinaire : on a pu en juger l'année dernière par la légère menace d'épidémie de variole du printemps 1907. Notre premier devoir médical est donc de rassurer notre clientèle et notre entourage, mais surtout de préparer nos armes pour la lutte, c'est-à-dire de nous familiariser de nouveau avec le diagnostic des diarrhées, entérites, cholérines, toujours fréquentes à cette époque des vendanges, et de savoir instituer rapidement un traitement curatif et prophylactique.

I

DIAGNOSTIC.

Le choléra est une maladie infectieuse déterminée par le bacille virgule (Vibrion cholérique) découvert par Koch en 1883 et étudié par Metchnikoff. Le tube intestinal est l'habitacle presque exclusif de ce bacille ; et les accidents généraux du choléra sont dus à une toxine, qui se répand dans l'organisme et, pour une certaine part à des infections secondaires, qui se produisent d'ailleurs tardivement.

Les symptômes du choléra peuvent être divisés en 4 périodes : 1° période de diarrhée, dans laquelle le symptôme unique est la diarrhée ; 2° période de cholérine, dans laquelle la diarrhée augmente d'abondance et s'accompagne de vomissements ; 3° période asphyxique caractérisée par des déjections d'aspect riziforme, des vomissements, un collapsus général et la disparition du pouls ; 4° période de réaction (1).

« La première période offre une telle bénignité dans bien des cas, que le malade lui même ne se rend pas compte de ce qu'elle est ; on ne peut en dire autre chose, sinon que ces cas sont très graves parce qu'ils répandent le mal et échappent tous à l'action de l'hygiéniste. Ordinairement, ces cas légers guérissent sans qu'on appelle le médecin et le malade acquiert ainsi un certain degré d'immunité qui, s'il ne le met pas absolument à l'abri d'une seconde attaque, aide certainement à en rendre la terminaison heureuse.

« Le temps qui s'écoule entre l'ingestion du bacille virgule et l'apparition de la diarrhée varie, selon la quantité et la virulence du bacille, entre trois heures et quatre à cinq jours. Les déjections de la période diarrhéique sont plus ou moins fréquentes ou fluides, et elles ne se distinguent *en rien* de celles produites par des causes communes, à moins qu'on ne recoure à l'examen bactériologique. Il est prudent à des époques de choléra de *tenir pour suspectes toutes les diarrhées* et de prendre contre elles toutes les précautions voulues pour éviter la contagion.» Ce sont ces cas qui, quoiqu'on fasse aux frontières, ne peuvent manquer d'importer le choléra en France comme ailleurs ; ils échappent forcément aux investigations des médecins des épidémies, puisqu'on ne peut les connaître que par les déclarations sincères des malades.

« Le début de la diarrhée est généralement soudain ; les selles sont d'abord bilieuses, puis fluides, enfin, elles deviennent aqueuses et d'aspect blanc comme de la décoction de riz ; elles contiennent en suspension des flocons constitués par des épithéliums et de la mucine ; leur odeur fécale est remplacée par une autre qui rappelle celle de la sciure d'os ou du sperme ; leur réaction est un peu alcaline ; elles contiennent beaucoup de chlorure de sodium, de l'albumine, de l'urée, et une base pyridique qui produit de la diarrhée, des frissons, des convulsions musculaires et de l'irrégularité du pouls. Le microscope révèle dans ces déjections des résidus alimentaires, des cristaux de phosphates ammoniaco-magnésiens, des hématies, des œufs d'helminthes des globules de graisse, et le *bacille virgule*, presqu'à l'exclusion de tous les microbes ordinaires de l'intestin. »

« Le bacille virgule a une longueur de 1,5 de à 2,5 μ sur 0,5 μ de large ; il est légèrement arqué et quelquefois contourné en S ; il semble rectiligne lorsqu'il est vu par sa convexité. Il est très mobile, grâce à la présence de cils en nombre variable, mais moins nombreux que ceux du bacille d'Eberth. On en distingue deux types, l'un très court, en virgule, le bacille virgule du choléra indien, l'autre presque rectiligne, plus long ou en spirale, le bacille du choléra de Massaouah. Il se colore par toutes les couleurs d'aniline, mais il ne garde pas le Gram.

« On rencontre le vibrion cholérique dans les grains riziformes des selles cholériques accompagné d'autres espèces microbiennes.

« Il est très avide d'oxygène, mais peut cependant végéter à l'abri de l'air. La température optima pour son développement est de 37°. En bouillon, il donne lieu à un trouble uniforme avec un voile à la surface. Il ne coagule pas le lait. Sur gélose, ses colonies blanches ressemblent à celles du bacille d'Eberth. La pomme de terre se couvre de colonies brun grisâtre.

« Sur gélatine en piqûres, les colonies sont beaucoup plus nombreuses à la partie supérieure du tube ; la liquéfaction de la gélatine commence en haut, en formant une sorte de cupule, rappelant l'aspect d'une bulle d'air, elle progresse ensuite petit à petit de haut en bas. Le milieu de choix est l'eau peptonée à 3 p. 100 neutralisée ; le vibrion s'y développe très rapidement en donnant dans la profondeur un trou-

(1) Article de J. Ferran, in « Traité pratique de médecine » de Bernheim et Laurent.

ble léger nuageux et à la surface, un voile mince, blanchâtre très net » (1).

« L'abondance des déjections est telle, qu'elles peuvent atteindre le volume de cinq litres dans la journée ; à mesure qu'elles augmentent, la sécrétion rénale diminue, et l'émission de l'urine en quantité insignifiante devient difficile et douloureuse ; cette urine est albumineuse. Après les déjections répétées surviennent les vomissements, abondants et renouvelés, accompagnés de hoquets ; leur abondance est telle qu'elle peut atteindre la proportion énorme de trente litres en 24 heures. D'abord, ils sont alimentaires, puis bilieux, et plus tard, ils offrent l'aspect des déjections ; leur réaction est alcaline. Ces vomissements contiennent beaucoup de chlorure de sodium, mais rarement les bacilles virgules, ce qui les rend beaucoup moins dangereux au point de vue de la contagion que les déjections intestinales. »

La *période de cholérine* se caractérise par la diminution rapide des forces et l'apparition d'une prostration extrême aboutissant à un véritable collapsus.

« La peau se refroidit jusqu'à l'algidité cadavérique ; elle pâlit sur les bords des ouvertures naturelles ; sur les narines et les ongles, elle devient cyanotique ; comme le tissu adipeux, qui la maintient tendue, disparaît, elle se ride, devient flasque et perd son élasticité ; elle est humide et poisseuse. Malgré son manque de vitalité, elle se maintient perméable pour les substances médicamenteuses, circonstance dont on doit tirer parti dans le traitement.

« L'amaigrissement du malade est si rapide et si extraordinaire que dans peu d'heures, celui-ci est rendu méconnaissable, ses pommettes deviennent anguleuses, ses yeux se fixent dans les orbites ; les paupières inertes ne couvrent plus le globe en entier et la cornée paraît vitreuse et comme morte. La bouche devient chaude et poisseuse ; l'appétit est nul, mais, en revanche, une soif insatiable s'empare du malade. La température s'abaisse d'une manière extraordinaire à la peau et dans la bouche (35°5); ce n'est que dans le rectum et le vagin qu'elle se maintient normale et parfois arrive à s'élever.

Le pouls devient fréquent, irrégulier, filiforme et arrive même à disparaître complètement.

« C'est la période asphyxique. Les battements du cœur s'obscurcissent à mesure que son énergie diminue ; la respiration est accélérée, profonde, difficile. Le sang subit des altérations considérables ; il prend une coloration groseille ; la densité du sérum, au lieu de la normale 1026, arrive au chiffre de 1036 et même à celui de 1058. Les leucocytes augmentent de nombre ; les globules rouges se pelotonnent, deviennent granuleux ; le chlorure de sodium et les matières albuminoïdes diminuent.

« La voix s'affaiblit et devient aigrelette ; enfin, on observe de violentes crampes particulièrement localisées aux soléaires et aux jumeaux. L'intelligence paraît intacte jusqu'à la fin ; mais l'abattement et la prostration sont tels que le malade ne s'intéresse plus à son entourage, ni aux soins qu'on lui prodigue.

« La mort arrive après plusieurs syncopes, accompagnées d'oppression et d'anxiété précordiale et en plein marasme » (2).

Cependant, il ne faut pas se hâter de déclarer morts les cholériques en prostration et en algidité ; quelques erreurs ont été ainsi commises plusieurs fois, et l'on cite quelques exemples d'inhumations prématurées, que l'on aurait pu éviter par la méthode ICARD, de Marseille (injections sous-cutanées de fluorescéine et verdissement consécutif des conjonctives).

Fort heureusement, la mort n'est pas la terminaison inéluctable du choléra : il y a des sujets qui font naturellement leur « RÉACTION » sous l'influence de causes diverses, généralement à la suite de très violentes émotions ; ou bien alors, cette réaction s'opère sous l'influence du traitement. La réaction peut se faire sans complications : insensiblement, on assiste à la disparition graduelle des symptômes. Dans certains cas, au contraire, à l'hypothermie fait suite une fièvre intense et l'on voit survenir des phénomènes congestifs du côté des méninges et des conjonctives, avec montées de chaleur au visage, parfois délire, qui durent pendant quelques jours.

On a vu quelques exemples de réinfection typhoïde après la réaction cholérique, le *bactérium coli*, en quelque sorte stimulé par le milieu favorable, devient hypervirulent et produit de l'hyperthermie, du météorisme abdominal, de la fréquence du pouls, de la sécheresse de la langue, et même des taches rosées lenticulaires avec du subdélirium, la mort est l'aboutissant habituel de cette réinfection.

M. J. Ferran insiste sur la grande importance que présente, pour le pronostic du choléra, l'examen de la sécrétion urinaire. La guérison ne peut s'obtenir quand l'anurie dure plus de 72 heures.

L'urémie précipite le dénouement.

Quand la sécrétion urinaire se rétablit, on constate que l'urine est albumineuse, et qu'elle contient de nombreux débris épithéliaux, vésicaux, hématiques, uratiques et mêmes spermatiques.

Généralement, cette néphrite guérit avec les autres lésions cholériques.

On observe souvent, pendant la convalescence, des abcès cutanés, des exanthèmes, de l'herpès, de l'urticaire, de la roséole, de l'érysipèle, du pemphigus, de l'impétigo ; on peut voir aussi des thromboses, de la phlébite, des embolies, des gangrènes cutanées, des gangrènes des extrémités, des organes génitaux, des flux pseudo-menstruels, des troubles psychiques, des paralysies de la vessie, de la langue, du voile du palais, des parotidites suppurées, des anesthésies ou hyperesthésies, des œdèmes laryngés, des stomatites, de l'ictère.

L'attaque de choléra peut avoir une heureuse influence sur certains états morbides invétérés que rien ne parvenait à guérir, états vésaniques, paralysies, dyspepsies, gastralgies et même diabète sucré.

Dans un prochain article, nous étudierons le traitement et la prophylaxie.

Dr PAUL HUGUENIN.

THÉRAPEUTIQUE

Supériorité clinique du suc musculaire du cheval sur le plasma des bovidés.

Par M. le Dr E. FOVERT.

Parmi les méthodes thérapeutiques destinées à combattre la dénutrition et l'affaiblissement de l'organisme, l'une des plus importantes, la zomothérapie, utilise les sucs ou plasmas musculaires.

Mais ce n'est plus aux bovidés que l'on s'adresse actuellement, c'est au cheval vigoureux et

(1) « Précis des Examens de laboratoire employés en clinique», par L. Bard. Masson, éd.

(2) J. FERRAN. — Traité de médecine de Bernheim et Laurent.

reposé. Les recherches cliniques et expérimentales ont, en effet, démontré deux faits dont l'importance thérapeutique est considérable.

1° La viande du cheval *n'est pas tuberculeuse*, elle ne contient pas le cysticerque du tænia, elle est *parfaitement digestible* ;

2° La viande du cheval renferme une grande quantité *de glycogène* (1 %), des substances azotées en forte proportion, une hémoglobine riche en fer, et des principes vraiment *antitoxiques*.

Au fur et à mesure de ces constatations, les auteurs en arrivent à opposer le cheval aux bovidés et ils concluent nettement que le bœuf, tuberculeux dans l'immense majorité des cas (80 % d'après Nocard et d'après Lortet), souvent porteur de parasites, n'ayant pas de glycogène, et peu de principes diastasiques, enfin, étant moins digestible, doit être remplacé dans l'alimentation des malades par la viande de cheval.

Le Dr Bernheim (de Paris) a fait à ce sujet des expériences instructives, consignées dans son récent livre *Le cheval aliment* (1) : « De nos expériences, dit-il, on peut conclure que les chiens bacillisés expérimentalement et nourris avec de la viande de cheval résistent plus longtemps que les chiens traités parallèlement avec de la viande de bœuf ».

Tels sont, d'une façon générale, les raisons pour lesquelles, médecins et sociologues orientent de plus en plus l'alimentation populaire vers la viande du cheval. Elle est supérieure au point de vue alimentaire, hygiénique, et reconstituant et cela pour une dépense relativement faible.

Mais c'est surtout quand il s'agit d'alimenter et de suralimenter les malades que l'on s'adresse à cette substance, et nous allons voir, en effet, qu'elle représente, non pas un simple suraliment, mais un véritable *remède*.

La seule condition qu'il importe de remplir, c'est d'utiliser des chevaux *vigoureux et reposés*, et, comme dans l'alimentation habituelle, il n'en est pas toujours ainsi, il est d'usage, en médecine, de faire appel aux sucs musculaires, obtenus à froid, et rapidement, sur des animaux sacrifiés, au repos et en parfaite santé. C'est là, le principe qui a donné naissance à l'Hipposarcine.

Des expériences de Richet et Héricourt, il résulte, en effet, que dans la viande crue, l'élément spécifique, actif, thérapeutique, ce n'est pas la partie solide, les fibres musculaires, mais le *suc* obtenu par une pression suffisante, l'extrait ou plasma musculaire.

L'Hipposarcine n'est donc pas autre chose que du plasma musculaire total, obtenu dans les conditions scientifiques voulues. Elle ne renferme pas de leucomaïnes et ptomaïnes, puisque les animaux choisis sont au repos ; elle ne renferme pas les cysticerques du tænia, puisque les solipèdes en sont exempts, enfin, elle ne peut amener l'infection tuberculeuse, puisque les chevaux sont réfractaires au bacille de Koch.

De même, ce suc musculaire total, cette Hipposarcine, renfermera la quantité de glycogène, d'azote, de phosphate, existant dans le muscle équin, elle renfermera aussi les diastases antitoxiques.

Dès lors, l'utilisation de cette substance organothérapeutique fournira tout à la fois l'action clinique des principes toni-nutritifs, reconstituants, dynamogéniques, antitoxiques de la viande crue de cheval, tout en développant son absence d'inconvénients. Les résultats qu'elle donnera, en pratique, devront être par conséquent, tout à fait remarquables.

(1) En collaboration avec le Dr P. Rousseau. Rousset, éditeur, Paris.

Telle est la conclusion qui résulte de diverses publications ayant trait à la viande chevaline et à ses extraits plasmiques. Nous avons pensé qu'il serait utile de la vérifier par la clinique. Il y a là une question intéressant tous les praticiens, et nous avons pensé qu'ils aimeraient à connaître les résultats véritables qu'on est en droit d'attendre de l'Hipposarcine dans la pratique courante.

Notre expérimentation a porté d'abord sur 15 tuberculeux, puis nous avons utilisé cette substance dans les anémies, les asthénies, les convalescences, les affections gastriques et intestinales. Nous ne nous occuperons ici que de la tuberculose pulmonaire, nous promettant, plus tard, de revenir plus sérieusement sur les autres indications.

Lorsqu'à des tuberculeux, quelle que soit la période atteinte, nous donnons chaque jour cinq à six cuillerées à soupe d'Hipposarcine, mélangées à un liquide froid ou tiède (eau simple ou gazeuse) nous observons une transformation progressive de l'état général. En quelques jours, les forces renaissent, l'appétit se développe. Puis le malade augmente de poids, les troubles généraux et fonctionnels s'atténuent, et souvent on observe un arrêt dans l'évolution bacillaire locale.

On a tant dit sur les traitements anti-tuberculeux que l'on se trouve parfois gêné pour en parler encore. Cependant, nous affirmons que le traitement de la tuberculose pulmonaire par l'Hipposarcine est véritablement, réellement, actif, et que si l'on y ajoute l'action bien connue du gaïacol, on peut arriver à déterminer une rétrocession symptomatique locale autrement nette que par toute autre méthode reconstituante.

Ce qui frappe, tout d'abord, l'observateur qui utilise ce remède-aliment, c'est la rapidité des résultats obtenus, surtout le retour des forces et c'est aussi l'absence totale d'inconvénients digestifs.

C'est à la forte dose de glycogène renfermée dans l'Hipposarcine qu'il faut attribuer ces effets dynamogéniques rapides, c'est à sa forte teneur en azote et en phosphates qu'il faut attribuer la reconstitution de l'état général et l'augmentation parfois considérable du poids corporel. Mais ce surcroît de vitalité, cette récalcification, cette stimulation évidente des défenses organiques aboutissant à l'atténuation des lésions pulmonaires, sont-ils la conséquence du seul relèvement de l'état général ?

Dans une certaine mesure, l'influence est incontestable, car l'assimilation de l'Hipposarcine est complète et fait, par conséquent passer dans la circulation tous les principes toni-nutritifs de sa constitution. Mais il y a plus, et c'est en cela que cet extrait plasmique est un véritable *médicament*. Ne savons-nous pas, en effet, d'après les expériences de Bouchard et de Chauvaux, que le glycogène place l'organisme dans des conditions spéciales de résistance envers les intoxications, et qu'il est même capable d'annihiler la virulence des poisons bactériens ? De plus, n'est-il pas logique de penser que l'on transmet aux malades, avec l'hipposarcine, ces mêmes diastases, ces mêmes antitoxines, auxquelles le cheval doit son immunisation habituelle pour la tuberculose ?

De toute façon, nous obtenons avec cette substance des résultats tout à fait remarquables, nous dirons même inattendus, dans la bacillose. Sa supériorité sur les sucs plasmiques issus des bovidés ne fait, pour nous, aucun doute, elle est sans dangers d'aucune sorte et possède des propriétés reconstituantes dynamogéniques et antitoxiques, auxquelles nous n'étions pas habitués. Il est

donc permis d'espérer que la Zomothérapie rationnelle et scientifique, utilisant la viande du cheval, donnera au médecin des succès thérapeutiques nouveaux et que les bovidés n'ont jamais pu fournir.

PHARMACOLOGIE

Le nouveau Codex français

Par le Dr Schmitt,
Professeur à la Faculté de médecine de Nancy.

Par décret présidentiel du 17 juillet 1908, le nouveau *Codex pharmaceutique* (Pharmacopée française), édition de 1908, est et demeure obligatoire à partir du 15 septembre 1908.

L'apparition d'un nouveau Codex qui devrait, semble-t-il, être un évènement médico-pharmaceutique de quelque importance, a passé en cette période de vacances presque inaperçue. Très peu de journaux médicaux s'en sont occupés et c'est par la presse politique ou par quelque réclame pharmaceutique que la plupart des médecins (peut-être même les pharmaciens) ont appris que, depuis le 15 septembre, ils ont à se conformer à un nouveau formulaire officiel. Il est vrai que le médecin français ignore trop souvent le Codex et n'y voit que le bréviaire indispensable, puisque obligatoire, du pharmacien. Et cependant n'aurait-il pas intérêt, même à un point de vue purement pratique, à se familiariser avec la nomenclature et souvent le mode de préparation des médicaments dont la vente est autorisée, tous autres (sauf la restriction formulée dans le décret du 3 mai 1850) devant être considérés comme remèdes secrets dont la vente est prohibée ? N'aurait-il pas intérêt à mieux connaître la composition, la formule pharmaceutique des médicaments plus ou moins complexes qu'il prescrit couramment, et cet intérêt n'est-il pas plus évident encore quand, ainsi qu'il arrive pour l'édition nouvelle, les changements apportés au mode de préparation et au titre d'un bon nombre de remèdes, arrivent à en modifier d'une façon très sensible l'activité et nécessitent, par conséquent, des modifications correspondantes dans la posologie jusqu'alors admise ?

Mais immédiatement, une réflexion s'impose. N'est-il pas de toute évidence que le délai accordé aux pharmaciens pour se conformer au nouveau formulaire, et aux médecins pour se pénétrer des changements introduits, a été beaucoup trop court, une dizaine de jours à peine, car les premiers volumes du Codex n'ont été mis en vente que le 5 septembre ; or il faut plus de dix jours pour préparer le laudanum. J'entends bien qu'on usera d'une certaine tolérance à l'égard des pharmaciens, que les grandes maisons, avec leur outillage perfectionné et leur nombreux personnel, vont faire diligence et permettront aux détaillants de s'approvisionner auprès d'elles, en attendant qu'ils aient pu parfaire eux-mêmes leurs produits. Mais quelle va être la situation du médecin ? Il devra nécessairement à l'avenir (et pendant combien de temps ?) spécifier dans ses ordonnances, s'il ne veut s'exposer à ce que ses prescriptions soient inefficaces ou dangereuses, que le médicament, la dose qu'il inscrit, se rapportent à l'ancien ou au nouveau régime. N'eût-il pas mieux valu, puisqu'on a attendu 24 ans pour faire paraître le Codex revisé, laisser un délai beaucoup plus long, de six mois, d'un an même, ainsi que cela s'est pratiqué dans les pays voisins, pour permettre à l'un d'écouler ses anciens produits et de préparer les nouveaux, à *l'autre de prescrire* ces derniers en toute connaissance de cause ? C'est tout au plus à partir du 1er janvier 1909 que le nouveau Codex devrait être obligatoire.

Cette simple observation, d'ailleurs rétrospective, faite, il n'est que juste de reconnaître que le Codex de 1908 marque un progrès incontestable et possède une supériorité manifeste sur l'ancien. La Commission qui a été chargée de cet immense travail de revision et de refonte de la Pharmacopée française, s'est inspirée des importantes acquisitions et de l'orientation nouvelle de la thérapeutique, des progrès réalisés en pharmacologie et en pharmacie ; elle a soumis à un examen minutieux toutes les questions litigieuses ; elle a demandé aux Facultés, aux Ecoles, aux Sociétés pharmaceutiques, des renseignements sur les modifications qu'il conviendrait d'introduire dans notre Codex ; elle avait à tenir compte des décisions prises par la Conférence internationale de Bruxelles, de 1902, pour l'unification des formules des médicaments héroïques ; et de cette collaboration est née une œuvre qui, sans avoir la prétention d'être parfaite (ce serait trop demander à une œuvre hnmaine), ni probablement de contenter tout le monde, fait le plus grand honneur aux maîtres éminents qui l'ont entreprise et à la Science française.

Je n'ai pas l'intention d'en faire ici une analyse détaillée ; je sentirais trop souvent mon incompétence et d'ailleurs un volume n'y suffirait pas. Me plaçant surtout au point de vue pratique et purement médical, laissant donc réservée toute la question exclusivement pharmaceutique, voici, au courant de la plume, les quelques réflexions que la lecture du nouveau Codex m'a suggérées.

Et d'abord, l'édition de 1908 diffère des précédentes par le plan général qui y a été adopté.

Comme dans toutes les Pharmacopées récentes, toutes les matières médicamenteuses, drogues simples, médicaments chimiques, médicaments galéniques, ont été réunies en un seul chapitre, et sans distinction d'origine, rangées par ordre alphabétique.

C'est là un arrangement facile, qui a les inconvénients de tout classement alphabétique, mais dont s'accommoderont facilement ceux même qui eussent préféré un groupe à part pour les préparations galéniques.

Une catégorie spéciale a été cependant faite des préparations physiologiques, sérothérapiques, opothérapiques, toxines et vaccins d'origine microbienne, classe nouvelle de substances thérapeutiques qui, par leur origine et par la loi spéciale qui les régit, constituent des médicaments véritablement particuliers. Une autre a été formée, comme dans l'édition de 1884, par les médicaments vétérinaires, afin d'éviter toute confusion avec les substances de même nomenclature et de même dénomination employées en médecine humaine.

Il va sans dire que le fameux astérique qui avait soulevé tant de critiques contre l'édition première de 1884 a définitivement disparu. Il faut que toute substance ou préparation médicamenteuse inscrite au Codex puisse être livrée par le pharmacien dans le plus bref délai.

Sauf pour les tisanes ordinaires et les poudres les plus communes, chaque substance bénéficie d'un article spécial qni comporte :

1° L'appellation française officielle, les synonymes et le nom latin.

2° La formule. Pour les produits chimiques, la formule équivalentaire est supprimée, la for-

mule atomique seule conservée et accompagnée, pour quelques-uns, de la formule décomposée.

Pour les médicaments galéniques, le poids des constituants est indiqué en toutes lettres et en chiffres, ce qui évite singulièrement les erreurs.

3o Le mode de préparation. Celui-ci est supprimé cependant avec raison pour les produits chimiques que le commerce fournit en grand avec une pureté suffisante et qui d'ailleurs ne sont plus guère obtenus que par des procédés industriels. Exception est faite, comme déjà le demandait Beaudrimont, en faveur de quelques médicaments chimiques dont la nature, la composition et l'activité thérapeutique peuvent varier d'après le mode de préparation employé.

4o Les caractères physiques, chimiques, organoleptiques et les propriétés spéciales, quand il y a lieu. C'est là une indication nouvelle pour les drogues et qui a été revue et complétée pour les produits chimiques et les médicaments galéniques.

5o Les essais d'identité, de pureté ; le titrage des principes actifs et la recherche des falsifications. Ces questions ont été l'objet d'une attention toute spéciale et leur inscription au Codex sera fort appréciée des praticiens.

6o Les conditions d'altérabilité et de conservation.

7o Les incompatibilités.

8o L'emploi, mais seulement en ce qui touche l'utilisation des substances dans la pharmacopée et non leur usage en thérapeutique.

Enfin, quand il y a lieu, l'article se termine par la mention : « toxique » ou « à séparer », sur laquelle je reviendrai.

L'ensemble de ces divers articles constitue à proprement parler le Codex officiel, la Pharmacopée française. Différents chapitres y ont été annexés. Quelques-uns contiennent des renseignements utiles et qui seront certainement bien accueillis.

C'est d'abord une liste des substances vénéneuses inscrites dans la Pharmacopée française (mention « toxique »), qui doivent être tenues dans un endroit sûr et fermé à clé, suivant l'ordonnance du 29 octobre 1846 et le tableau annexé au décret du 8 juillet 1850.

On peut se demander, puisqu'il est observé que ce tableau reste en vigueur, pourquoi ne figurent pas dans cette liste l'arséniate de fer, le cacodylate et le méthylarsinate de sodium la teinture de belladone, étant donné que, d'après le tableau en question, l'arsenic et ses préparations, la belladone (extrait et teinture), doivent être serrés dans l' « armoire aux poisons ».

Vient ensuite une liste, n'ayant pas un caractère obligatoire, de substances non soumises à la loi sur les substances vénéreuses, mais qu'il est prudent de tenir séparées des autres. C'est là une innovation empruntée à la Pharmacopée allemande, qui constitue une indication utile à suivre et permettra d'éviter les erreurs.

Suit un extrait des conventions de la Conférence de Bruxelles du 20 septembre 1902, justifiant les modifications introduites dans la préparation et le titre d'un certain nombre de médicaments héroïques et l'adoption d'un compte-gouttes normal.

Un autre chapitre intitulé « Renseignements divers comprend une table des poids atomiques des corps simples ;

Le dosage des médicaments en volume, surtout par gouttes, avec une table des poids des gouttes au compte-gouttes normal et à la température de + 15o des principaux médicaments liquides :

Des renseignements sur le densimètre de Brisson, l'alcoomètre centésimal, l'alcoométrie et le mouillage des alcools ; paragraphe complètement remanié ;

La série des réactifs et solutions titrées, dont il est fait mention dans la Pharmacopée ; indication souvent demandée ;

La liste des suppressions, des additions introduites dans la nouvelle édition ;

Enfin une table des doses maxima (pour les adultes) des principaux médicaments inscrits dans le Codex.

Cette table, réclamée depuis longtemps par les pharmaciens, déjà à l'époque de la préparation de l'ancien Codex, a suscité et suscitera encore de nombreuses critiques. On dit que Brouardel s'était énergiquement opposé à son insertion dans le livre officiel, même à titre d'annexe ; que d'autres membres de la Commission l'ont combattue, et ne l'ont acceptée que sur l'insistance des Sociétés pharmaceutiques. Ils devaient avoir d'excellentes raisons pour cela ; mais je ne pense pas que la possibilité de difficultés entre le médecin, d'une part, les pharmaciens et les tribunaux, d'autre part, ait seule dicté leur résistance. On peut discuter théoriquement sur la valeur et la signification des termes « doses maxima » et « doses usuelles ». Mais en pratique ? Une erreur peut se glisser dans une prescription médicale ; le pharmacien qui n'a pas le droit de modifier de son propre chef une ordonnance, dût-elle renfermer une erreur, serait coupable cependant de l'exécuter sans en avoir référé au médecin, et responsable dans le cas où un accident viendrait à se produire. Du moins, faut-il qu'il ait à sa disposition un guide officieux qui lui permette d'adresser au médecin, en toute assurance, mais avec tout le tact nécessaire, les observations que peut lui suggérer une dose d'allure excessive, et importe-t-il que ce guide soit le même pour le médecin qui rédige et le pharmacien qui exécute l'ordonnance. Cette indication des quantités maxima *pro dosi* et *pro die* existe d'ailleurs dans plusieurs pharmacopées étrangères, soit dans le corps même de l'ouvrage, à propos de chaque médicament actif (ce qui est plus grave et lui donne un caractère légal), soit, comme chez nous, dans une table annexe. Et encore la commission a-t-elle eu soin de rappeler à deux reprises, dans la préface et en tête du tableau, que ces chiffres n'ont rien d'absolu, rien d'officiel, qu'ils sont indiqués *à titre de simple renseignement, sans que les tribunaux puissent en tirer argument*, qu'ils sont uniquement destinés à retenir l'attention du médecin et du pharmacien sur les doses usuelles qu'il est bon de ne pas dépasser. Elle a d'autant moins voulu enlever au médecin le droit à des formules personnelles que le Codex lui recommande simplement, s'il veut prescrire une dose plus élevée, d'ajouter ; *je dis telle dose*, montrant ainsi que la quantité prescrite émane d'une volonté réfléchie et non d'une ignorance ou d'un *lapsus calami*. C'est, en somme, ce que nous faisons déjà chaque fois que nous ordonnons une dose plus forte que celles, très larges d'ailleurs, qui sont inscrites comme maxima dans ce tableau.

Le livre se termine, comme l'édition de 1884, par un recueil mis à jour des dispositions législatives concernant les études pharmaceutiques et l'exercice de la pharmacie.

Cette simple énumération des matières contenues dans le nouveau Codex montre déjà quels renseignements utiles peut y puiser non seulement le pharmacien, mais aussi le médecin qui se donnera la peine de le parcourir.

Voyons maintenant, car c'est le point qui nous intéresse le plus, qu'elles sont les suppressions, les additions et les modifications faites dans la nouvelle Pharmacopée.

Suppressions. — La Commission a largement taillé dans l'ancien arsenal pharmaceutique. Elle a supprimé comme tombés en désuétude, ou n'ayant plus d'usage assez général, ou étant des préparations défectueuses, 207 drogues simples 91 médicaments chimiques, 502 préparations galéniques ; et la plupart d'entre eux n'éveilleront aucun regret. On pourrait même penser qu'à certains égards elle s'est montrée véritablement trop clémente.

Les praticiens se consoleront aisément du sacrifice de l'antique thériaque, au besoin ils auraient même sacrifié le diascordium : ils ne regretteront ni les dangereuses gouttes noires anglaises, ni la répugnante potion de Chopart, ni les anciennes conserves, ni toute une série d'emplâtres d'un autre âge, ni tant d'autres représentants plus ou moins vénérables des temps passés ; ils auraient vu avec indifférence disparaître les valérianates de quinine et de zinc avec le valérianate d'atropine, mais beaucoup auraient peut-être épargné la teinture éthérée de valériane dans l'hécatombe des autres teintures éthérées ; le vin antiscorbutique aurait également trouvé quelques défenseurs ; ils se contenteront de deux extraits de quinquina, l'extrait de quinquina jaune (alcoolique), l'extrait de quinquina rouge (aqueux) au lieu des 7 extraits des quinquina qui leur étaient libéralement offerts depuis 1884 et dans lesquels ils avaient peine à se reconnaître. Il est vrai que, pour les amateurs d'antiquités, la commission, d'accord avec la jurisprudence nouvelle, a décidé que le Codex devait être considéré comme constitué par l'ensemble de toutes ses éditions et qu'un médicament inscrit dans l'un des formulaires antérieurs conservait son existence légale pourvu que sa formule n'ait pas été modifiée dans l'édition nouvelle. Le pharmacien se trouve donc autorisé à vendre la confection d'hyacinthe, mais il ne devra livrer que du vin de kola au malaga. Pour prendre un exemple plus important : le médecin, s'il le juge à propos, pourra continuer de prescrire la digitaline amorphe du Codex de 1884, bien que le Codex de 1908 n'admette plus que la digitaline cristallisée, et que ce soit cette dernière seule que le pharmacien doive délivrer lorsque l'ordonnance porte simplement le mot digitaline sans autre indication, tandis que jusqu'ici, et le médecin doit s'en souvenir, le contraire était la règle imposée. Voici autre chose : le nouveau Codex n'inscrit plus que l'alcoolature d'aconit (feuille) tandis que l'édition précédente avait l'alcoolature de racines et l'alcoolature de feuilles ; dans ce cas, l'alcoolature de racines garde-t-elle son existence légale ? Si oui, comme entre les deux, il y a une différence sensible d'activité, le médecin n'oubliera pas de spécifier, s'il désire cette dernière, que c'est elle qu'il entend prescrire. Ces difficultés disparaîtront peu à peu à mesure qu'on prendra l'habitude des formules nouvelles, mais dans les premiers temps, elles pourront entraîner quelques ennuis.

Additions. — Les amateurs de médicaments nouveaux trouveront peut-être que la Commission s'est montrée un peu trop réservée quant aux additions qu'elle a consenties.

A vrai dire, la tâche était ardue, à notre époque de surproduction médicamenteuse, de faire un choix parmi les innombrables produits qui depuis 1884 ont été présentés à la thérapeutique et soumis à l'expérimentation physiologique et clinique, de n'admettre que ceux qui constituent un progrès réel et qui semblent avoir définitivement conquis droit de cité. C'est surtout pour les préparations galéniques nouvelles qu'il fallait agir avec une extrême prudence. La spécialisation à outrance, qui est actuellement l'une des plaies de la pharmacie, pouvait trouver dans le formulaire légal soit un correctif, soit une sanction, selon qu'on arrivât à un choix judicieux ou qu'on se montrât d'une trop grande rigueur ; et à mon sens la Commission n'a pas évité ce dernier écueil.

Les additions qu'elle a admises portent, indépendamment des extraits organiques et des sérums, sur 9 drogues simples, 43 médicaments chimiques et 84 médicaments galéniques. Au premier rang de ceux-ci, figurent les extraits fluides déjà adoptés par la plupart des pharmacopées étrangères, préparés par percolation et de telle sorte que le poids de l'extrait corresponde au poids de la drogue desséchée et pulvérisée : extraits fluides de bourdaine, de cascara, de kola, de coca, de condurango, d'ergot de seigle, de grindelia, d'hamamelis, d'hydrastis, de salsepareille, de viburnum. C'est là certainement une excellente acquisition.

A signaler aussi l'introduction, sous le nom d'acides dilués, de solutions aqueuses renfermant un dixième de leurs poids des acides minéraux, de l'acide acétique et de l'ammoniaque, dans le but d'en faciliter la pesée en faible quantité. Le médecin, dans son ordonnance, devra donc spécifier si c'est l'acide pur ou l'acide dilué au dixième qu'il veut prescrire.

La liste des solutés pour injections hypodermiques a été complétée ; à remarquer en passant que le soluté de chlorhydrate de morphine est dorénavant dosé à 1/50 au lieu de 1/25 (un centimètre cube représentera deux centigrammes de morphine), le soluté de chlorhydrate de cocaïne à 1/100, au lieu de 1/50. Il me semble qu'on aurait pu se dispenser d'inscrire le soluté de caféine à 4/10 qui peut exposer à des accidents ; le soluté à 2,5 /10 était largement suffisant.

Les saccharures granulés sont pour la première fois inscrits au Codex ; mais pourquoi les granulés de kola et de glycérophosphate de chaux ont-ils seuls été jugés dignes d'une mention ? Pourquoi aussi n'a-t-on pas cru devoir faire une place aux comprimés, aux bougies médicamenteuses, à la liqueur concentrée de goudron, etc. ?

Dans la liste des autres acquisitions importantes, je relève l'adrénaline, l'aspirine, l'apiol, le *bromoforme, l'acide* chrysophanique, le formol, l'huile de foie de morue phosphorée à 1/20.000 (soit par cuillerée à café un quart de milligramme), le chlorure et le salicylate de méthyle, la piperazine, la résorcine, la théobromine, l'élixir de terpine, les ovules au tanin, les suppositoires de glycérine, le sirop de Gibert, dont 20 grammes renferment un centigr. de biiodure de mercure et 50 centigr. d'iodure de potassium, le sirop iodotanique ; mais je suis étonné de n'y pas trouver l'acide camphorique, l'acide trichloracétique, l'adonis et ses préparations (teinture, extrait), l'adonidine, l'azotite de sodium, le collargol, la cryogénine, le fluorure d'ammonium, le kho-sam, l'ichthyol, la gutta-percha laminée, la gaze hydrophile (puisqu'on a inscrit le coton hydrophile) la kératine, le protargol, la thyroïdine, l'urotropine, le véronal, le vin iodotannique (non phosphaté), la liqueur ammoniacale anisée si souvent prescrite surtout dans nos provinces de l'Est, la solution de trinitrine au centième, etc. Chacun pourrait allonger cette liste suivant ses préférences personnelles et les résultats de son observation.

◆◆

Parmi les préparations opothérapiques les extraits organiques injectables, seuls, mentionnés dans la loi du 25 avril 1895, sont aussi seuls inscrits au Codex ; n'est-ce pas une prime à l'importation étrangère des poudres, pastilles, comprimés d'organes ou d'extraits d'organes ?

Pour les sérums, vaccins, toxines, on a donné des indications sur leur titre, leurs propriétés ; mais puisque les pharmaciens n'en sont également que les dépositaires, pourquoi n'y avoir pas fait figurer le vaccin jennérien animal ?

Modifications. Reste la plus grosse question, celle où le médecin a le plus à retenir, celle des modifications apportées à la formule, au mode de préparation et au titre des médicaments inscrits dans la pharmacopée de 1884 ou dans son Supplément et maintenues dans la nouvelle édition. Elles ont porté sur 136 préparations. Presque toutes sont intéressantes, mais beaucoup, ne concernant que des procédés de préparations, ne s'adressant qu'à des médicaments peu actifs ou ne modifiant pas sensiblement l'activité du produit, intéressent tout spécialement ou uniquement le pharmacien, et je n'ai pas à m'en occuper. Il importera en général peu au médecin que, dans certaines préparations huileuses, l'huile d'œillette, plus siccative cependant, ait remplacé l'huile d'olive, ou celle-ci, l'huile d'amande douce ; que la vaseline ait dans quelques pommades supplanté l'axonge benzoïnée, que le vin de Malaga soit redevenu le vin officinal alors qu'en 1884 le vin de Grenache l'avait emporté sur lui, etc. Il apprendra avec satisfaction, mais rien de plus, que les tablettes de Vichy renfermeront dorénavant 10 centigrammes de bicarbonate de soude au lieu du chiffre dérisoire de 25 milligrammes. Il retiendra que le bain de sublimé sera désormais coloré au carmin. Il saura que le soluté au millième de chlorure mercurique, l'ancienne liqueur de van Swieten, ne renferme plus d'alcool, ce qui permettra aux dermatologistes de ne plus inscrire la mention « sans alcool » ; que les suppositoires pèseront 3 grammes au lieu de 4.

Les changements introduits dans le titre officinal de la diastase et de la pepsine qui de 50 passe à 100, de la pancréatine qui de 60 monte à 125, lui fourniront des ferments plus actifs sans qu'il ait lieu d'en modifier la posologie jusqu'ici usitée ; de même pour l'élixir de pepsine. L'huile de foie de morue créosotée ne contiendra plus que 1 gramme pour 100 de créosote au lieu de 1 gr. 50, ce qui correspondra mieux au dosage de 20 centigrammes par cuillerée à soupe qu'indiquait le Supplément de 1905.

Voici, par contre, des modifications qui changeront la posologie, et qui portent sur des médicaments actifs, dits héroïques.

La plupart d'entre elles ont été consenties pour se conformer aux décisions de la convention de Bruxelles.

Ont leur *activité augmentée* et devront être employés à doses plus faibles :

L'*acide cyanhydrique dissous*, soluté officinal[1] d'acide cyanhydrique, qui devient deux fois plus actif, son titre ayant été porté à 2 p. 100 au lieu de 1 p. 100 fixé par le Codex de 1884. Les doses à prescrire devront être par conséquent de moitié plus faible soit 5 à 10 centigrammes (I à II gouttes) *pro dosi* et 25 à 50 centigrammes (V à X gouttes) *pro die.*

L'*eau distillée de laurier-cerise*, qui sera dorénavant titrée de telle sorte qu'elle renferme 10 centigr. p. 100 d'acide cyanhydrique au lieu de 5. Devenant deux fois plus active, elle ne devra plus être donnée qu'à raison de 1 à 2 grammes par dose et 5 à 10 grammes par vingt-quatre heures.

C'est là une modification importante dont le médecin tiendra compte dans sa pratique et qu'il fera connaître aux familles où souvent l'eau de laurier-cerise est employée sans prescription médicale et relativement *larga manu.*

La *teinture d'iode* qui dans l'ancien Codex était préparée à 1/13 avec l'alcool à 98°, le sera dorénavant à 1/10 avec l'alcool à 95° ; au lieu de 0 gr. 077 milligrammes au gramme, la nouvelle teinture contiendra 0 gr. 10 centigrammes d'iode. On pourra en donner jusqu'à XV gouttes par dose de LX gouttes par jour ; pour l'usage externe, en badigeonnages, elle exigera une plus grande surveillance, surtout chez les sujets à téguments sensibles.

A se rappeler aussi que l'*eau phéniquée officinale* renferme dorénavant 2 p. 100 de phénol au lieu de 1 ou 2 p. 1000 dans l'ancien Codex.

Enfin les modifications introduites dans le groupe des *extraits* entraînent également une posologie nouvelle pour les plus importants d'entre eux.

L'*extrait d'aconit* officinal est dorénavant l'extrait alcoolique de racine, l'extrait aqueux de feuilles ayant été supprimé ; il est préparé avec l'alcool à 70°, doit être titré de façon à ne pas renfermer plus de 1 p. 100 d'alcaloïdes totaux et aura ainsi une activité plus égale. Comme posologie 0 g. 01 à 0 gr. 03 par dose ; 0 gr. 05 à 0 gr. 10 par vingt-quatre heures.

Les *extraits officinaux de belladone et de jusquiame* sont les extraits alcooliques de feuilles sèches. On a supprimé l'extrait aqueux de feuilles fraîches avec le suc et l'extrait alcoolique de semences de belladone, ainsi que l'extrait aqueux avec le suc de feuilles fraîches et l'extrait alcoolique de semences de jusquiame.

Pour l'extrait de belladone, la posologie à adopter sera 0 gr. 01 à 0 gr. 03 par dose, 0 gr. 05 à 0 gr. 10 par jour ; pour l'extrait de jusquiame, 0 gr. 03 à 0 gr. 10 par dose, 0 gr. 15 à 0 gr. 30 par jour.

Dorénavant, l'*emplâtre d'extrait de belladone* devra renfermer 25 p. 100 d'extrait alcoolique de feuilles au lieu de 75 p. 100 d'extrait alcoolique de semences ; la *pommade belladonée* renfermant un dixième de son poids d'extrait alcoolique de feuilles sera plus active que l'ancienne, qui correspondait à deux quinzièmes d'extrait aqueux de suc.

L'*extrait officinal de ciguë* est l'extrait alcoolique de fruits ; l'extrait aqueux de suc de feuilles fraîches a disparu ; doses maxima pour l'usage interne 0 gr. 05 par dose et 0 gr. 20 par vingt-quatre heures.

L'*extrait de digitale* est l'extrait alcoolique de feuilles sèches, par suite de la suppression de l'extrait aqueux de feuilles sèches.

On le prescrira à la dose maxima de 0 gr. 05 par dose et de 0 gr. 20 par jour.

Il faudra se rappeler que jusqu'ici, quand on préparait la même substance avec un extrait aqueux et un extrait alcoolique et que le médecin ne désignait pas celui qu'il entendait prescrire, le pharmacien devait toujours délivrer l'extrait aqueux ; dorénavant les extraits aqueux ayant disparu et les extraits alcooliques restant seuls officinaux, ce sont ceux-là qui seront délivrés et comme ils sont plus actifs que les premiers, le médecin devra en tenir compte dans ses prescriptions.

L'*extrait de noix vomique* dont la préparation a été complètement modifiée, sera désormais titré et aura une teneur alcaloïdique de 16 p. 100. Sa posologie ne sera pas sensiblement modifiée : dose maxima *pro dosi* 0 gr. 04 *pro die* 0 gr. 10, mais on

pourra compter sur un produit d'activité plus constante.

Seront d'une *activité moindre* et pourront être prescrits à doses plus élevées :

La *liqueur de Fowler*, soluté d'arsénite de potasse, qui, tout en gardant son titre de un centième d'acide arsénieux, voit, par suite d'une modification de sa formule (addition de 12 grammes p. 100 d'alcool à 90°) ,le nombre de gouttes au gramme passer de XXIII à XXXIV ; d'où XX gouttes représentent, avec la nouvelle formule, environ 6 milligrammes d'acide arsénieux au lieu de 9 milligrammes pour l'ancienne ; d'ou encore : dose maxima XV gouttes *pro dosi* et L gouttes *pro die*.

Les *teintures de drogues héroïques* qui dans le Codex de 1884 étaient préparées au cinquième et avec l'alcool à 60°, le sont maintenant au dixième avec l'alcool à 70° et la plupart avec des drogues titrées. Il en résulte que leur activité est plus constante, mais environ de moitié plus faible et que le nombre de gouttes au gramme passe de 53 à 57. La posologie peut être établie ainsi :

Teinture d'aconit (racine et non plus feuilles) devant renfermer à 0 gr. 50 d'alcaloïdes totaux pour 1,000 grammes : 0 gr. 20 à 0 gr. 50 ou X à XXV gouttes par dose, 1 gr. 50 ou LXXX gouttes par jour.

Teinture de belladone (feuilles) : 0 gr. 50 à 1 gramme ou XX et LV gouttes par dose et jusqu'à 4 grammes par jour.

Teinture de colchique (semence) : 0, 50 centigr. à 1 gr. 50 centigr. ou XXV à LXXX gouttes par dose, et jusqu'à 6 grammes par jour.

Teinture de digitale : 0,50 centigr. à 1 gr. 50 ou XXV à LXXX gouttes par dose et jusqu'à 5 grammes par jour.

Teinture de jusquiame : 0,50 centigr. à 1 gramme ou XX à LV gouttes et jusqu'à 4 grammes par jour.

Teinture de lobélie : 0,50 centigr. à 1 gr. 50 ou XXV à LXXX gouttes par dose, et jusqu'à 5 grammes par jour.

Teinture de noix vomique, qui doit être préparée avec l'extrait de noix vomique sec, de telle sorte qu'elle répond à une teinture de poudre au dixième et contienne 0,25 d'alcaloïdes totaux pour 100 ; 0,50 centigr. à 1 gramme ou XX à LV gouttes par dose et jusqu'à 5 grammes par jour.

Teinture d'opium, également préparée avec l'extrait d'opium, équivalant à une teinture de poudre au dixième, avec une teneur en morphine de 1 p. 100 ; doses maxima : deux grammes par dose et 6 grammes par vingt-quatre heures.

Teinture de strophantus : 0 gr. 05 à 0 gr. 15 centigrammes ou III à VIII gouttes par dose, 0 gr. 60 centigr. ou XXXV gouttes, dose maxima par vingt-quatre heures.

La *teinture de fèves de Saint-Ignace composée* (gouttes amères de Baumé), par les modifications introduites dans sa formule (100 grammes de fèves de Saint-Ignace pour 500 grammes d'alcool à 70°. au lieu de 500 grammes de fèves pour 1000 grammes d'alcool à 60°) devient deux fois et demi moins active et pourra être prescrite à doses au moins doubles, soit 0 gr. 10 à 0 gr. 25 centigr. ou V à XII gouttes par dose et jusqu'à 1 gr. 75 centigr. ou XC gouttes par jour.

Dans la formule de l'*Elixir parégorique*, la poudre d'opium remplace son poids d'extrait d'opium, et la préparation devient ainsi moitié moins active. Dix grammes d'élixir correspondent à 5 centigrammes de poudre, 25 milligrammes d'extrait d'opium, 5 milligrammes de morphine ; et XX gouttes, à raison de LIII gouttes au gramme. à moins de deux dixièmes de milligramme de morphine et d'un milligramme d'extrait d'opium !

Enfin, le *Laudanum de Sydenham* a subi de profonds changements. On y a diminué la poudre d'opium dans la proportion de 5 à 4, remplacé la cannelle et le girofle par leurs essences et substitué au vin l'alcool à 30°. Dorénavant, un gramme de la préparation correspondra à XLIII gouttes au lieu de XXXIII, à 10 centigrammes de poudre, 5 centigrammes d'extrait d'opium et 1 centigramme de morphine. En conséquence, les doses en poids pourront être augmentées d'un quart, en volume de moitié. De la sorte, on a obtenu une densité plus constante du produit, un dosage plus rigoureux en volume, un titre plus décimal, mais il faut bien dire que l'antique laudanum de Sydenham est devenu méconnaissable ; il n'y a plus qu'une teinture safranée d'opium, *tinctura opii crocata*.

Malgré quelques difficultés passagères, tous les médecins applaudiront à l'adoption des conventions relatives à l'unification de la formule des médicaments héroïques, première étape vers cet idéal : une pharmacopée internationale universelle.

(*Extrait de la Province Médicale*)

PRATIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE
DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

XVII

G. 3. — Périnéorraphie n'intéressant pas le sphincter de l'anus.

Honoraire : 25, 30 ou 40 francs.

Sous les réserves faites à propos du curetage utérin et avec la conviction que les auteurs du tarif ont voulu être très complets, nous parlerons de cette opération dont les indications seront loin d'être fréquentes.

A la suite d'un accouchement ayant nécessité ou non l'emploi du forceps, le périnée a manqué et une déchirure s'est produite, conservant cependant intact le sphincter de l'anus.

Il faut restaurer et restaurer sans retard.

C'est une faute énorme que commettent trop souvent les sages-femmes et, disons-le aussi, les médecins de ne point faire les sutures qui restaureraient la vulve de la femme qu'ils viennent d'accoucher.

Les sages-femmes ont l'habitude de faire serrer les jambes, qu'elles attachent même, et de mettre une serviette autour du ventre pour « l'empêcher de rester gros ».

La puissance du mot est telle que toutes les accouchées acceptent la chose et réclament la serviette, qui ne demeure pas en place, et tantôt remontée, et tantôt descendue, ne sert absolument à rien.

Les jambes ont beau être tenues rapprochées, il faudra bien faire des mouvements soit pour satisfaire aux besoins naturels, soit pour les injections.

En somme, on laisse à la bonne nature, le soin de cicatriser la plaie vaginale.

Or, dans les premières heures qui suivent l'accouchement, on peut très bien opérer sans chloroforme. La région est encore suffisamment traumatisée pour que la sensibilité en soit obtuse et la patiente, heureuse de ne plus souffrir, se prête d'ordinaire volontiers à cette petite retouche.

On mettra donc la femme dans la position classique, de préférence sur une table et bien au jour. Les jambes seront confiées à deux aides ou reposeront sur les porte-cuisses d'une table d'opération. On fera prudemment une bonne irrigation qui détergera la plaie et en fera reconnaître les limites.

C'est noir, bleu, et en général très vilain.

A l'aide de valve on inspectera le vagin.

Si des lambeaux pendent, vraisemblablement destinés au sphacèle, on les supprimera d'un coup de ciseaux.

Certains conseillent le catgut...

A mon avis il faut s'en servir le moins possible.

On peut cependant amorcer la réunion par deux ou trois points, mais c'est le crin qui vaut le mieux. Un gros crin, solide et long.

Il faut aussi une aiguille à grande courbure. Celles que les marchands désignent sous le nom d'aiguilles de Péan, sont très pratiques.

Si on craint de prendre le rectum dans la suture, on peut introduire l'index gauche dans le fondement, après l'avoir recouvert d'une petit protecteur en caoutchouc ou l'avoir bien imprégné de savon ou de vaseline.

L'aiguille pique en pleine fesse assez loin, la malade sent et crie un peu ; c'est en effet la seule impression vraiment douloureuse qu'elle peut avoir. L'aiguille chemine en décrivant son cercle et remontant plus haut que l'angle de la déchirure, elle fait de l'autre côté la même route et sort en un point qui correspond à celui d'entrée.

On passe le fil en ayant soin de le bien charger dans l'œil de l'aiguille et une ou deux pinces en repèrent les extrémités.

Ce premier fil est le fil inférieur.

Un autre, puis un troisième achèveront d'ordinaire la suture. Avec un tampon monté, on détergera une dernière fois la plaie, et on liera. Serrez lentement ; pas trop, mais assez pour qu'il n'y ait pas de point mort.

Vos fils sont liés, laissez les longs. Quand on coupe court, ils piquent la peau et l'opérée s'en plaint.

Le mari, qui vous regarde, voit avec satisfaction que grâce à vous, tout va reprendre l'aspect antérieur et vraiment cette petite opération donne satisfaction, quand on y apporte un peu de soin.

Comme vous avez vos valves, profitez-en pour bien voir comment s'affrontent les lèvres de la plaie du côté du vagin.

C'est là que vous pouvez faire un petit surjet mais si vous voulez une bonne coaptation, employez encore le crin ; deux ou trois points séparés.

Les choses resteront-elles comme vous venez de les restaurer ? Parfois oui, mais le plus souvent, non.

Il y aura au moins un fil qui coupera, celui du haut.

Mais cependant nous n'aurez jamais à regretter votre peine, ni l'accouchée, ni le mari non plus.

Si on songe à ces vagins énormes, béants et éversés, on ne peut que se dire qu'il est de notre devoir de parer aux multiples infirmités que causent ces déchirures, dont la pire est la fâcheuse descente, terreur des mères de famille !

Pansement à la gaze iodoformée, renouvelé aussi souvent qu'il sera nécessaire et ce sera fréquent.

Injection et toilette comme d'habitude.

Les fils seront enlevés dès qu'ils ne serviront plus à rien. S'ils tiennent, laissons-les ; mais, comme ils coupent toujours vous les retirerez au bout de 5 à 6 jours.

En somme, opération toujours à tenter, donnant au moment où on la fait, beaucoup d'espérance, dont le tiers seulement sera maintenu et cela sans que vous puissiez le moins du monde en être rendu responsable.

J'ai dit au commencement de cet article que dans les heures qui suivent l'accouchement, on pouvait se passer de chloroforme.

On le peut toujours si l'accouchée est énergique. Mais si on est appelé au bout de deux ou trois jours, que faire ?

Sans hésiter, il faut encore opérer ; les tentatives que vous ferez à ce moment-là vaudront mieux que l'opération plastique à faire plus tard, qui tiendra au lit notre opérée pendant quinze jours.

Donnez donc du chloroforme. A la curette, aux ciseaux, avivez les bords de la plaie. A l'eau oxygénée nettoyez toutes les infractuosités. A l'eau bouillie salée, lavez et détergez avec un tampon monté. Tout saigne, tout est vif et vivant. Achevez l'opération comme plus haut.

Les fils couperont moins et votre résultat final sera peut-être plus satisfaisant, car vous avez opéré à un moment où l'œdème des tissus avait notablement diminué.

Mais il a fallu le chloroforme, et malgré tout la plaie peut être infectée. Ce sont les raisons qui font préférer l'intervention dans les heures qui suivent l'accouchement.

Ai-je à parler de la périnéorraphie faite longtemps après l'accouchement ?

En bonne logique, oui.

Si on prend les faits comme ils ont pu se produire, on conçoit un accouchement causé par un accident du travail et une déchirure consécutive.

Celle-ci a été réparée de suite. C'est le cas que nous venons de traiter, mais si la restauration n'a pas été faite, pour une cause quelconque, l'intéressée peut demander à ce qu'on remédie à ce qu'elle considère, à juste titre, comme une infirmité.

Cette fois, il faut du chloroforme, deux aides aux jambes ; les valves présentent bien la région à opérer. On a pris, nous n'y revenons pas, toutes les précautions de propreté d'usage.

Cependant un conseil en passant.

Il a trait au lavement dont on a la rage de gratifier les malades le matin même de l'opération.

C'est classique, ce maudit lavement, mais c'est bien incommode. Il est rare que l'opérée ait tout rendu et alors sous le chloroforme, avec les efforts, vous voyez çà d'ici !... Si vous avez un beau gilet, il changera de couleur.

Ne manquez pas de mettre sur votre ordonnance : pas de lavement.

Avec trois pinces de Kocher, limitez les côtés du triangle que vous allez enlever, faites large et bonne mesure.

Au bistouri, tracez sur la muqueuse les côtés du triangle et pendant que votre aide vous tend les pinces, amorcez votre dissection. Il faut une bonne pince à disséquer, avec des griffes. La plaie saigne. Un coup de tampon. Vous n'irez pas vite.

Il faut surtout ne pas s'énerver. Tâchez d'avoir un bon aide qui comprenne ce que vous voulez. Il en fera autant que vous.

Certains opérateurs opèrent sous l'eau avec une grande et grosse valve à irrigation continue ; chacun peut suivre sa préférence, il n'est pas de règle pour ces détails-là.

Quand le triangle est enlevé, vérifiez l'hémostase. Quelques fils de catgut sur ce qui saigne et terminez comme précédemment. Trois fils, quatre au plus, suffisent.

Vous aurez là un bon résultat : gaze iodoformée ; une seule injection par jour et si on peut attendre deux ou trois jours sans en faire, cela vaudra mieux.

Enlevez les fils dès qu'ils coupent.

La périnéorraphie, avec réfection de la paroi du rectum, est prévue à un autre article.

Nous y reviendrons ; il serait plus logique d'achever ce sujet, mais l'ordre adopté depuis le début et qui consiste à suivre le tarif Dubief nous fait une obligation de poursuivre.

Nous avons eu en vue la réfection du périnée à la suite d'un accouchement, mais il peut arriver qu'une chute ou toute autre circonstance amène une déchirure de cette région. Il va sans dire que les indications que nous avons données trouveront là leur emploi.

(*A suivre.*) Dr L. Levassort.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

Le traitement des ulcérations vénériennes par les irrigations chaudes.

Ce mode de traitement, très simple en lui-même, semble mieux que tout autre permettre de déterger en quelques jours des ulcérations vénériennes rebelles et malignes, d'arrêter dans leur développement des processus serpigineux et phagédéniques.

Welander, le premier, recommanda les irrigations chaudes dans le traitement des chancres. Il laissait irriguer les ulcérations pendant deux jours avec de l'eau chaude, qu'il maintenait à la température de 41° au moyen d'un thermostat ; il obtenait ainsi des résultats remarquables pour un grand nombre de chancres mous. Mais ce procédé n'est pas commode à mettre en pratique ; il réclame une attention soutenue, des appareils compliqués et chers, et par suite ne peut guère être employé que dans les hôpitaux ; aussi est-il tombé en désuétude.

Le Dr Zinsser (*Munch. Med. Woch.*, 1908, n° 18) utilisa tout d'abord les irrigations chaudes pour des chancres graves et gangréneux, qui s'étendaient rapidement en produisant des troubles de nécrose profonde sur de vastes territoires, tels le pénis tout entier ou les corps caverneux, et qui s'accompagnaient d'une abondante sécrétion purulente, de lymphangite et d'hyperthermie ; les excellents résultats qu'il obtint l'engagèrent à étendre sa méthode aux autres ulcérations vénériennes.

Voici comment il procède : 3, 4 ou 5 fois par jour, il dirige sur l'ulcération un jet puissant d'une solution aussi chaude que possible de permanganate de potasse à 1 p. 4000. L'emploi du permanganate de potasse n'est pas indispensable ; néanmoins ce médicament se recommande pour son action légèrement antiseptique et désodorisante. A chaque séance, il utilise d'ordinaire 4 à 5 litres de solution, avec une pression de 2 ou 3 mètres, et un jet de 2 centimètres de calibre environ. Il est important d'explorer avec le jet tous les recoins de la tumeur.

La température doit être, avons-nous dit, aussi élevée que possible : la plupart des patients supportent d'ailleurs dès le début 45 ou 46° sans trop grandes douleurs. Plus tard on peut, en règle générale, dépasser facilement 50°. Après l'irrigation, le fond de l'ulcère est soigneusement asséché avec de la gaze, puis finement saupoudré à l'iodoforme ; on y applique soigneusement un tampon de gaze iodoformée, que l'on imbibe d'alcool camphré et d'eau distillée à parties égales ; par-dessus le tout on met des cataplasmes de farine de lin chauds que l'on renouvelle fréquemment.

Pour les chancres graves et gangréneux, cette pratique est répétée toutes les 2 ou 3 heures. Quelques patients adroits peuvent la réaliser eux-mêmes, quand on la leur a fait voir, une première fois. Naturellement, si le chancre est caché, s'il y a un phimosis inflammatoire, il faut avant tout mettre l'ulcération à découvert par une incision du prépuce.

Au bout de 12 à 24 heures déjà, l'aspect des lésions a complètement changé. Les masses pulpeuses et nécrotiques ont été éliminées ; l'odeur nauséabonde a disparu ; la sécrétion est très diminuée ; la température redevient normale ; l'état moral du malade s'est considérablement amélioré. Quelques jours après, apparaissent sur les bords de l'ulcère des granulations fraîches et rosées.

C'est pour les chancres gangréneux foudroyants que les irrigations chaudes manifestent leurs effets les plus frappants. Dans des cas où, dès le deuxième jour, tout le gland jusqu'au tissu périuréthral était envahi, où plus d'un tiers du corps caverneux était nécrosé, on voit le processus envahissant s'arrêter dès l'emploi du traitement par les irrigations et la chaleur.

La même remarque s'applique à la forme plus insidieuse du chancre phagédénique, qui ne gagne pas tant en profondeur, mais limite presque exclusivement son action destructive à la peau. Tout médecin qui a traité pareils chancres décorticants sait combien ce processus envahissant, presqu'impossible à arrêter, l'a rempli de désespoir, lui et son malade. Malgré des cautérisations, malgré le curettage et l'incision de la peau qui recouvre les pertuis minés, malgré l'iodoforme et les autres antiseptiques, il constate chaque jour les progrès de la fonte gangréneuse, jusqu'à ce que, après des semaines d'un traitement laborieux, l'exsudat diphtérique ou muqueux fasse place à des granulations saines. C'est surtout après la perforation spontanée ou après l'incision des bubons que l'on voit de ces surfaces phagédéniques s'étendre par une sorte de fusion de la peau sur la région abdominale jusqu'à l'ombilic, ou gagner presque la partie moyenne de la cuisse.

Quelques jours de traitement par la chaleur suffisent en général pour arrêter le processus rebelle. Naturellement, il faut pour cela explorer soigneusement tous les trajets de mine sous la peau, et les inciser. Après l'irrigation, renouvelée 2 ou 3 fois par jour, on applique la poudre d'iodoforme, la gaze iodoformée, et les cataplasmes chauds, ainsi qu'il a été dit plus haut.

Cependant, pour des chancres mous et par trop étendus, on peut négliger le traitement par les irrigations, souvent peu commode, quoiqu'il active en règle générale la guérison. Néanmoins on doit se méfier des applications de poudres, trop souvent employées, et trop souvent encore recommandées dans les ouvrages classiques. L'iodoforme exerce certainement une action spécifique sur le chancre mou, mais, employé en applications trop épaisses, il empêche facilement l'écoulement des sécrétions, ce qui occasionne souvent les complications buboniques. Les applications pulvérulentes des succédanés de l'iodoforme sont encore plus néfastes, car leur action ne s'exerce pas en profondeur, surtout s'ils sont mis sur une surface ulcéreuse, couverte de pus et non détergée ; enfin, plus que l'iodoforme, ils amènent de la rétention. La chose est vraie surtout pour le dermatol, souvent employé sur les chancres, quoiqu'inefficace et plutôt nuisible.

Les mêmes considérations s'appliquent aux caustiques. ; le crayon, le nitrate d'argent ne déterge pas la plaie ulcéreuse ; il détermine seulement la formation d'une croûte, le processus fait des progrès, et le pus s'accumule. Les caustiques les meilleurs semblent être les solutions concentrées de chlorure de zinc, car elles pénètrent profondément dans les tissus et détruisent tout ce qui est malade ; la perte de substance qu'elles déterminent n'est pas considérable ; enfin le traitement humide par le sulfate de cuivre à 1 pour 100 peut être également conseillé. Mais tous les caustiques ont le désagrément de déterminer des infiltrats, qui, pendant un certain temps, peuvent cacher une sclérose.

Le plus souvent on peut se passer des caustiques, grâce à des pansements humides très fréquemment renouvelés, c'est-à-dire renouvelés toutes les 2 ou 3 heures. Zinsser conseille le mélange suivant :

Sulfate de cuivre..........	1
Glycérine................	10
Eau distillée..............	100

Il est bon de changer de temps en temps, et d'employer par exemple l'eau chlorée ou le chlorure de zinc à 1 %.

Quand l'ulcère siège sous le prépuce, il est très facile de fixer le tampon d'ouate, que l'on humidifie *légèrement*, afin qu'il soit absorbant. Dans les autres cas, il faut appliquer un pansement avec imperméable.

Pour éviter ces accidents toxiques produits par le lysol, on a proposé de n'employer en injections intra-utérines que des solutions très diluées: mais cependant au-dessous d'un certain titre celles-ci ne possèdent plus qu'une force désinfectante inappréciable ; il en est ainsi pour celles qui sont au-dessous de 1/3 pour cent, dans les expériences de laboratoire où le contact avec les germes est assez prolongé, mais les conditions ne sont plus les mêmes pendant le court contact qui s'établit au moment d'une injection entre la solution et une paroi utérine puerpérale. D'autre part, il n'est pas démontré que ces dilutions faibles ne sont pas aussi facilement résorbées que les autres, par conséquent aussi dangereuses qu'elles.

Il serait plus rationnel d'abandonner complètement le lysol chez les accouchées. S'agit-il d'une hémorrhagie utérine à arrêter, de sécrétions à évacuer de la cavité utérine, l'eau bouillie, ou l'eau saline stérilisée sera largement suffisante, même dans les cas infectés.

Les dilutions très étendues de lysol ne servent à rien, des dilutions très concentrées peuvent amener des troubles graves.

En présence d'une intoxication par le lysol consécutive à une injection intra-utérine, il conviendra, comme dans tout empoisonnement, d'évacuer le plus tôt possible le poison, et de lutter contre l'affaiblissement possible du cœur. Il faudra immédiatement faire des injections sous-cutanées de solution saline physiologique, puis prescrire des diurétiques légers.

Quand il existera des symptômes de néphrite grave, la ligne de conduite restera la même, et les infusions salines par la voie sous-cutanée se recommanderont tout particulièrement.

Le pronostic de ces accidents toxiques semble très sérieux chez les femmes qui viennent d'accoucher. Même si les phénomènes d'intoxication finissent par disparaître, on peut observer comme reliquats des troubles persistants de la santé générale.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

La responsabilité du chirurgien.

Extrait du discours d'ouverture de M. le Professeur FORGUES (*de Montpellier*) *président du Congrès de Chirurgie d'octobre* 1908.

« Vérité dans la science et conscience dans l'art. »
(Devise de la SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.)

« Sois tel envers autruy que tu voudrais qu'on fust à ton endroit. »
AMBROISE PARÉ.

Messieurs et honorés collègues,

C'est le privilège de la présidence, dont je dois l'honneur à vos bienveillants suffrages, et c'est un traditionnel prélude à vos travaux que de réserver la première heure de cette semaine d'études techniques à l'examen d'une de ces questions générales qui, par leur objet et leur caractère, ne trouvent point place dans les débats ordinaires de nos sociétés chirurgicales, questions d'actualité, inspirées de l'intérêt commun de notre état, ou se rapportant aux conditions essentielles de son progrès. Traitées à cette tribune, ces questions y prennent une signification et une portée qu'elles reçoivent de votre approbation et de votre autorité ; ici, c'est l'assemblée générale des chirurgiens français, et l'importance de ce groupement national fait la valeur des conclusions qui partent de cette enceinte. Bien plus, dans une haute pensée de collaboration scientifique, que les frontières ne bornent pas, vous élargissez vos cadres ; de l'étranger, nous arrivent, chaque année, de croissantes adhésions ; et cette entente cordiale de chirurgiens de tous pays et de toutes écoles, confère à vos travaux une force et une influence d'opinions internationales.

Au premier rang, parmi ces sujets d'ordre général, visant l'intérêt et la dignité de notre corps, se place la question de la responsabilité du chirurgien.

***

...Un chirurgien peut-il être déclaré responsable des faits de sa pratique ? — Quels sont les principes de droit et les textes légaux applicables au chirurgien en faute ou présumé tel et sur lesquels peut se fonder une action civile ou même une poursuite correctionnelle ? — Quels sont les cas d'espèce, les plus catégoriques ou les mieux étudiés, propres à fixer l'état actuel de cette jurisprudence ?

Tels sont, en trois chapitres que le temps me force à condenser, les points que je me propose d'étudier devant vous. — En l'état actuel de l'opinion, ce sont notions indispensables ; aucun de nous, quelles que soient sa valeur scientifique, la conscience de sa pratique, la solidité de son expérience, n'est à l'abri de pareilles attaques et de leurs poursuites juridiques. Dans un libelle injurieux et injuste, on a dit au public : défends ta peau contre ton médecin. Par réciprocité et par mesure de dignité professionnelle, nous avons le droit de défendre contre les accusations non motivées l'honorabilité de notre état, contre la malveillance ingrate la probité de ses services, contre toute mesure restrictive le libre développement de son action, s'exerçant selon la science et la conscience.

Nous ne prétendons pas, en faveur de notre état, à un privilège d'immunité, à une position d'exception hors de tout contrôle légal. Nous

sommes comptables de nos fautes lourdes, des manquements graves aux règles positives de notre art et aux obligations fondamentales de notre profession. Et, même, l'évolution contemporaine de la chirurgie a rendu plus étroite cette responsabilité, qui croit en raison directe du champ d'action de notre art et de sa précision.

Dans un discours sur l'évolution moderne de la chirurgie, prononcé devant la Société médicale de Londres, Pearce Gould disait : « Il est aussi vain pour un chirurgien de vouloir rejeter le fardeau de la responsabilité qu'il est vain pour un homme d'essayer de se séparer de son ombre. » Nous ne récusons pas ce devoir ; mais nous avons le droit d'en écarter l'injuste aggravation. — Malgré toutes garanties d'asepsie, toute sûreté de technique, toute attention dans les soins post-opératoires, nous avons encore à compter avec des désastres que nous ne pouvons ni prévoir, ni prévenir.

...Donc, notre responsabilité doit être limitée. — Quelle serait, en effet, l'insécurité de notre état et la diminution de sa zone d'action si la loi nous laissait à la merci des dénonciations impulsives de la foule ou de ses revendications intéressées ! Cette opinion publique est mobile autant qu'incompétente ; et, vraiment, il ne faut pas lui accorder l'infaillibilité qu'on nous refuse. Prompte à inculper le chirurgien, sans réflexions et sans preuves, elle a, pour le rebouteur, une réserve de confiance que nul dommage grave ne réussit à entamer ; que de fois nous avons vainement tenté d'engager dans des poursuites, très motivées, contre des empiriques, des malheureux que l'ignorance d'un rhabilleur avait rendus infirmes ou incurables ! — Et quelles erreurs de justice distributive dans la gratitude du public ; si les pires procédés nous viennent parfois à l'occasion des malades que nous avons soignés avec le plus de zèle, il arrive, par contre, que ce sont des clients, dont le traitement a été vraiment fautif, qui nous montrent le plus de reconnaissance. Entre bien des exemples, en voici deux , que sir James Paget conte, avec humour, dans ses Cliniques. Un de ses opérés, après une circoncision septique, eut un sphacèle des téguments de la verge, du scrotum et de l'aine ; il ne mourut pas, mais peu s'en fallut ; guéri, il vint remercier son chirurgien, en lui disant : « Oh ! Monsieur ! sans cette incision que vous m'avez faite, je serais mort. » Chez un autre, atteint de hernie étranglée, un chirurgien des hôpitaux de Londres incisa droit dans l'intestin ; un anus contre-nature s'établit et le malade guérit à grand'peine. « Son impression, dit Paget, fut que, par cette incision dans son intestin, il avait échappé à quelque calamité épouvantable et il fit cadeau au chirurgien d'une très belle tabatière en or. »

***

J'aborde le point juridique de la question. Une première remarque s'impose : la responsabilité médicale n'est visée *spécialement* par aucune de nos lois. Soit pour l'action civile, soit pour la répression pénale — car notre responsabilité a cette double face — ce sont des dispositions *générales*, laissant au juge toute latitude, qui sont applicables aux médecins.

Au point de vue civil, la base de la responsabilité du chirurgien repose sur ce principe du droit commun que tout homme doit réparer, autant que possible, le dommage arrivé par sa faute. En voici les textes légaux, inscrits dans le Code civil : Article 1382 : *Tout fait quelconque de l'homme qui cause à autrui un dommage oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer.* Article 1383 : *Chacun est responsable du dommage qu'il a causé, non seulement par son fait, mais encore par sa négligence ou par son imprudence.*

Voici maintenant les textes sur lesquels peuvent se fonder des poursuites correctionnelles intentées contre un chirurgien. Ce sont les articles 319 et 320 du Code pénal. Article 319 : *Quiconque, par maladresse, imprudence, négligence ou inobservation des règlements, aura commis involontairement un homicide ou en aura été involontairement la cause, sera puni d'un emprisonnement de trois mois à deux ans et d'une amende de 50 à 600 francs.* Article 320 : *S'il n'est résulté du défaut d'adresse ou de précautions que des blessures ou coups, l'emprisonnement ne sera que de six jours à deux mois et l'amende que de 16 à 100 francs.*

Donc, d'une part, un dommage imputable à notre faute nous expose à la réparation civile et à un recours en indemnité ; d'autre part, une faute lourde, d'imprudence ou d'impéritie, assimilable à une blessure ou à un homicide involontaires, constitue le fait punissable, passible de répression pénale. Voilà la double action civile et correctionnelle admise, contre nous, par la jurisprudence.

Mais, soit en droit civil, soit en droit pénal, ce qui fait la difficulté, la gravité d'application de ces textes généraux, c'est leur imprécision même, c'est l'incertitude d'appréciation de la faute chirurgicale. — Car, où commence cette faute et par quels griefs se définit-elle ? La loi n'a pas formulé, et ne pouvait pas formuler, sur ce point, des précisions absolues.

Avec des textes légaux aussi vagues, susceptibles d'une application aussi étendue, un double péril est à redouter pour nous. D'une part, il suffit d'une présomption, d'un conseil malfaisant ou intéressé, de l'appréciation erronée d'un résultat, disposition fréquente chez les gens qui se targuent de quelques notions médicales, de l'imprudente parole d'un confrère, du désir de remplacer des honoraires à payer, par des dommages-intérêts à recevoir, pour engager, de la part de la personne lésée, ou de ses représentants, une action civile. Parfois, c'est un bruit de presse ou de ville, un accident grossi ou dénaturé par l'opinion, qui ont été le point de départ d'une poursuite pénale. — Voici l'appareil judiciaire mis en mouvement. Sans doute, si l'inculpation n'est pas motivée, l'affaire s'arrêtera. Mais, même avec cette solution favorable, combien préjudiciable sera le dommage matériel et moral subi par le chirurgien inculpé ! Si l'on veut un exemple de ces tribulations d'un praticien, qu'on lise l'étude publiée par notre collègue Jaumes sur une action intentée contre son médecin par un blessé atteint de fracture de jambe : pour un petit raccourcissement d'un centimètre, après une fracture oblique du tibia, résultat qu'aucun de nous n'oserait garantir, on verra comment cette chicane ne s'est terminée qu'au bout de trois ans, après deux laborieux rapports d'expertises, avec des incidents désobligeants, par un arrêt de la Cour d'appel renvoyant dos à dos le plaignant et le médecin.

Mais, ce que cet arrêt ne répare point, ce sont les épreuves morales successives de notre confrère, son désarroi devant l'inculpation, sa diminution professionnelle.

D'autre part, la loi laisse au juge, en l'absence de textes spéciaux et dans une matière qui n'a pas la simplicité des affaires ordinaires, un plein pouvoir pour qualifier la faute, pour tarifer sa gravité, pour apprécier si l'acte qui lui est dénoncé prend les caractères de l'ignorance, de l'impéritie ou de l'imprudence. Sans doute, le

magistrat ne prononce qu'avec circonspection, en s'entourant des garanties d'une expertise scrupuleuse et compétente, en faisant la part de l'inévitable erreur humaine. Mais, cependant, son jugement est faillible ; il peut parfois subir l'entraînement de l'opinion publique, s'en tenir à une insuffisante expertise, ou dépasser les conclusions de l'expert, prendre position dans une controverse scientifique et marquer, à notre endroit, un excès de sévérité. Cette disposition, que Brouardel lui-même a signalée, s'est manifestée en quelques affaires récentes : telle l'affaire Laporte qui nous montre bien, comme l'a dit Me Henri Robert, « où doit s'arrêter le droit d'investigation de la justice et où commence ce domaine exclusif de la science, ce lieu d'asile sacré et inviolable où le magistrat ne doit pas pénétrer. »

Un document, d'importance majeure, fixe ici la doctrine : magistrats et médecins ont tout avantage à s'y tenir. C'est le réquisitoire prononcé en 1835 par le procureur général Dupin, devant la Cour de cassation, à l'occasion de l'affaire célèbre de M. Thouret-Noroy, inculpé d'avoir lésé l'artère humérale dans une saignée et d'avoir ainsi provoqué la production d'un anévrisme qui, plus tard, nécessita l'amputation.

Cette argumentation de Dupin est un modèle de rigueur logique et de forme précise. Et nous, médecins, nous ne saurions donner, de notre responsabilité, une plus exacte ni plus honorable formule. « Dans les questions de ce genre, disait Dupin, il ne s'agit pas de savoir si tel traitement a été ordonné à propos ou mal à propos, s'il devait avoir des effets salutaires ou nuisibles, si un autre n'aurait pas été préférable, si une telle opération était ou non indispensable, s'il y a eu imprudence ou non à la tenter, adresse ou maladresse à l'exécuter, si avec tel ou tel instrument, d'après tel ou tel procédé, elle n'aurait pas mieux réussi. Ce sont là des questions scientifiques à débattre entre docteurs et qui ne peuvent pas constituer des cas de responsabilité civile, ni tomber sous l'examen des tribunaux. Mais du moment que les faits reprochés aux médecins sortent de la classe de ceux qui, par leur nature, sont exclusivement réservés aux doutes et aux discussions de la science, du moment qu'ils se compliquent de *négligence*, de *légèreté* ou d'*ignorance* des choses qu'on doit nécessairement savoir, la responsabilité de droit commun est encourue et la compétence de la justice est ouverte. » — Voilà la situation nette où nous sommes placés depuis l'arrêt de 1835 ; notre droit et notre garantie sont de garder ce terrain, réservé, hors de l'appréciation du tribunal, aux questions médicales pures, aux discussions de doctrines et aux controverses de thérapeutique.

***

En matière de responsabilité médicale, *le fait domine le droit*. C'est-à-dire que *la question dépend des circonstances*. C'est le devoir de l'expert de tenir un compte judicieux de toutes les conditions dans lesquelles s'est produite la faute professionnelle, des difficultés où s'est trouvé le médecin incriminé et des contingences de la clinique et de la pratique qui ne rentrent pas toujours dans les formules absolues des livres. C'est aux tribunaux de faire l'application aux cas particuliers des principes généraux de la loi, avec modération, avec discernement, en laissant à la science, selon le mot de Dupin, toute la latitude dont elle a besoin.

Par conséquent, c'est, comme on dit au palais, *une question d'espèces*, et il est instructif d'examiner quelles sont, pour les diverses éventualités de notre art, les principales décisions de la jurisprudence.

J'examinerai successivement les inculpations concernant : 1° le droit d'opérer en général ; 2° les accidents d'anesthésie ; 3° les manquements graves à l'antisepsie et à l'asepsie ; 4° les résultats fautifs du traitement des fractures et luxations ; 5° les fautes techniques.

Un chirurgien a-t-il le droit d'opérer un malade sans son consentement ou sans le consentement de ceux qui le représentent ? — En thèse générale de droit, non ; et c'est une précaution que nous ne devons pas omettre, par garantie contre les chicanes ultérieures.

Notre responsabilité peut-elle être engagée, et sous quels griefs, à l'occasion d'un accident d'anesthésie ? — La question s'est ouverte, il y a plus de cinquante ans, devant le Tribunal correctionnel de la Seine, par l'affaire Breton ; un homme de trente-quatre ans, porteur d'une loupe à la joue, réclame l'anesthésie pour cette minime intervention ; dès les premières bouffées il est foudroyé par une syncope ; le jugement correctionnel condamne l'opérateur et l'anesthésiste, docteur, ancien interne, médaille d'or, à 50 francs d'amende. — Or, voici le considérant fondamental de ce jugement, qui risquait, par son précédent, d'arrêter net le progrès de l'anesthésie : le chloroforme, agent dangereux, ne devait être employé que dans les opérations les plus graves, celles où la force de la douleur est de nature à vaincre la force physique du malade et où l'immobilité est une condition essentielle du succès. — Ce jugement restrictif fut frappé d'appel et, devant la Cour, Velpeau, avec l'autorité de sa position et la courageuse vigueur de sa logique, fit entendre la protestation nécessaire: « Vous tenez en vos mains, déclara-t-il, l'avenir de la chirurgie ; la question intéresse le public plus que le médecin. Si vous condamnez le chirurgien qui a employé le chloroforme, aucun de nous ne consentira désormais à en user. C'est à vous de maintenir l'abolition de la douleur ou de la réinventer. » — Et l'effet de ces fortes paroles fut tel que, lorsque l'avocat se leva pour sa plaidoirie, le président l'interrompit en disant : *La cause est entendue* ; nos deux confrères furent acquittés.

La jurisprudence s'est donc promptement établie, en France, sur ce point. Et, en Angleterre, dès l'origine de l'anesthésie, en 1848, c'est-à-dire cinq ans avant l'arrêt de la Cour d'appel de la Seine, à propos d'un des premiers cas de mort par chloroforme, le jury s'était prononcé dans le même sens : le médecin, à moins de faute grossière, n'est pas responsable des effets des anesthésiques ; toute autre doctrine restreindrait l'emploi d'une des conquêtes les plus bienfaisantes pour l'humanité. C'est un périlleux paradoxe que la formule de Sédillot : « Le chloroforme pur et bien administré ne tue jamais ». Certes, les progrès de la technique, l'emploi du chlorure d'éthyle pour la première phase de l'anesthésie, l'usage des appareils à vapeurs titrées, la substitution de l'éther au chloroforme, ont considérablement diminué le danger de la syncope primitive ; mais qui de nous oserait garantir que ce danger n'existe plus ?

Or, voici que, pour la première fois depuis plus d'un demi-siècle, un magistrat a rompu avec cette sage jurisprudence. En 1905, le tribunal de Château-Thierry, par un jugement sensationnel, condamnait un de nos confrères à 8000 francs de dommages, à l'occasion de la mort, par syncope chloroformique, d'un ouvrier atteint d'une lésion de l'épaule, dont l'explora-

tion avait motivé l'anesthésie. Le considérant essentiel de ce jugement est le suivant : « Le devoir du médecin, avant une anesthésie, est de prévenir le patient de tous les dangers médiats ou immédiats pour sa vie que peut lui faire courir l'administration du chloroforme et de lui représenter, quand son affection est compatible avec l'existence, qu'il peut parfaitement vivre, et même longtemps, dans l'état où il se trouve. » Heureusement, la Cour d'Amiens a remis les choses au point : considérant que le danger d'une mort subite réside surtout dans l'impressionnabilité du patient, que cette impressionnabilité serait augmentée si on le prévenait de tous les périls de l'anesthésie, que le devoir du médecin est, au contraire de rassurer le malade, elle a réformé ce jugement.

Nous voilà donc ramenés à la première jurisprudence, qui réduit au minimum notre responsabilité en matière d'anesthésie et dont, en l'état de la science, les juges ne devraient pas se départir.

L'inobservation des règles de l'antisepsie et de l'asepsie peut-elle engager judiciairement la responsabilité d'un chirurgien ? — Si, à la période de discussions doctrinales, l'observation de ces règles n'offrait point un caractère obligatoire, elle constitue actuellement un devoir formel ; logiquement il s'ensuit qu'un chirurgien serait coupable qui, par négligence ou ignorance de ces précautions, mettrait la vie des malades en péril. — Dès le 3 juillet 1884, en Allemagne, un jugement prononçait une condamnation à quatorze jours de prison contre un médecin inculpé de n'avoir point employé le traitement antiseptique, dans un cas de plaie pénétrante du thorax, et d'avoir perdu son malade par septicémie ! Et, cependant, si le principe est incontestable, son application juridique stricte comporte des difficultés d'appréciation et des excès de sévérité pour certains cas : telles les éventualités d'infections préexistantes ou inévitables, comme dans les interventions sur d'anciens foyers septiques ; les prédispositions à l'infection créées par le diabète ou les états constitutionnels. En chirurgie rurale, on ne saurait décréter obligatoires l'étuve à 140° ou l'autoclave ; et c'est déjà beaucoup que d'avoir le flambage ou le bouillissage qui ne répondent pas aux conditions de l'asepsie absolue. Un catgut peut tuer une de nos laparotomisées ; mais nous ne sommes pas personnellement responsables de l'asepsie de ce catgut.

C'est en se fondant sur ces lacunes, encore possibles, de notre asepsie, que, lors du procès tristement célèbre de Seydel, il y a dix ans, von Bermann vint prendre la défense de son collègue. Le professeur Seydel avait été accusé, par ses assistants, d'avoir causé la mort d'un malade en l'opérant alors qu'il portait au doigt un furoncle encore mal guéri. Sur cette dénonciation, une enquête fut ouverte par le ministre ! Seydel, affolé, n'en attendit pas les résultats et se tua.

C'est à l'occasion des fractures et des luxations que la responsabilité du chirurgien a été mise le plus souvent en cause. — Et cela s'explique par l'apparence de la lésion et par le reproche permanent de l'invalidité.

Une série de cas, les plus graves, concerne la gangrène consécutive à l'application d'un appareil trop serré, trop longtemps laissé en place.

Mais ce qui alimente surtout les procès en dommages, ce sont les réclamations que provoquent les cals défectueux. Or, c'est ici que la responsabilité réelle du chirurgien a besoin d'être appréciée, par l'expert et par le juge, avec un sens judicieux des difficultés pratiques. Quel que soit l'appareil employé, il y a des fragments dont nous ne pouvons garantir la coaptation parfaite; la radiographie, confirmant ce que l'étude des pièces nous enseignait autrefois, nous a, sur ce point, enlevé nos illusions surtout en matière de fractures du fémur. Et, comme l'a formulé Pierre Delbet, « il faut qu'on le sache, il faut qu'on le dise, ne fût-ce que pour nous mettre à l'abri des revendications injustifiées des malades. »

Un procès considérable, le plus important qui se soit jamais engagé en cette matière, vient de se plaider outre-Manche ; il a duré plus de trois ans, passant de la cour de Cardiff à celle de Londres ; il a suscité les témoignages des plus hautes autorités chirurgicales, coûté plus de 100.000 francs de frais, couverts d'ailleurs par une souscription médicale, et provoqué dans toutes les sociétés médicales d'Angleterre un intense intérêt ; chez nous, Championnière, avec un très honorable sentiment de solidarité internationale, l'a porté devant la Société de chirurgie. Or, tout ce mouvement judiciaire a été soulevé à l'occasion d'une simple fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus, compliquée de luxation de l'épaule, et guérie avec persistance de quelques douleurs et d'une certaine gêne des mouvements du bras. Pour ce résultat, le blessé réclamait 100.000 francs de dommages-intérêts à son médecin et à son chirurgien, MM. Skyrme et Lynn Thomas, de Cardiff. Il invoquait les griefs suivants : la fracture avait été traitée sans appareil inamovible ; les fragments osseux n'avaient pas été juxtaposés ; la radiographie immédiate avait été omise. C'est en se fondant sur la règle périmée de l'immobilisation dans les fractures articulaires, c'est sur l'autorité des livres classiques, parfois retardataires, et, chose piquante, c'est sur la citation d'une publication ancienne de Trèves que ce chirurgien, d'ailleurs, est venu lui-même combattre en séance, en déclarant qu'à l'heure actuelle il ne maintiendrait plus un semblable précepte, que les juges, malgré l'intervention des plus grands chirurgiens de Londres, ont condamné les deux médecins à 8.000 francs de dommages. Contre cet arrêt, le corps médical anglais a unanimement protesté.

Une erreur opératoire, une faute technique engagent-elles, et avec quelles sanctions, la responsabilité du chirurgien ? Après avoir dépouillé, dans le Dalloz et les recueils de jurisprudence, toutes les affaires publiées, nous arrivons à cette conclusion : que la presque totalité des plaintes de cet ordre se sont terminées par une solution favorable à l'opérateur.

Et cette appréciation bienveillante et large de nos tribunaux, qui ne paraît point se rencontrer au même degré dans les jugements d'Outre-Rhin, est bien motivée par les conclusions que formule un arrêt de la Cour de Besançon : « Les tribunaux ne peuvent apprécier l'opportunité, l'exactitude plus ou moins parfaite d'une opération chirurgicale, la valeur d'un procédé comparé aux résultats d'un autre procédé, parce qu'ils ne sauraient être convertis en conseils médicaux supérieurs distribuant le blâme avec la peine ; leur action ne commence que là où, pour tout homme de bon sens, et indépendamment des théories sujettes à discussion, il y a eu faute lourde, négligence, impéritie ou ignorance des choses que tout homme de l'art doit savoir ».

Or, jusqu'à présent, et hormis quelques blâmables exceptions, il faut dire, à l'honneur de notre corporation, que les médecins, malgré le droit illimité de leur diplôme, ont la probité, quand il s'agit d'une partie dont une vie humaine est l'enjeu, de mesurer leurs entreprises à la valeur de leur compétence et de leurs ressources. C'est cette sagesse qui est la plus sûre garantie contre

toute inculpation de faute opératoire par instruction insuffisante ou par inexpérience ; et les livres qui présentent avec trop de simplicité le schéma des opérations risquent d'entraîner à des aventures le jeune praticien qu'une préparation progressive n'a point formé à la technique.

Car, même pour les chirurgiens de tempérament et de longue pratique, « quel est celui, comme le dit Beaude, à qui il n'est pas arrivé un cas malheureux, c'est-à-dire un de ces cas où l'homme aurait été taxé d'ignorance et de maladresse s'il n'avait pas été couvert par le manteau d'un grande réputation ? » — La chirurgie moderne impose à l'opérateur des dépenses d'énergie nerveuse, de volonté et de vigueur décisive, que nos prédécesseurs n'ont pas connues. Les cas de chirurgie abdominale sont inégaux, et leurs difficultés, parfois imprévues,ne comportent pas une technique de constante perfection. Il est fait grand bruit dans le public de ces oublis de pinces ou de compresses : avant l'emploi du plan incliné, dans des cas de volumineuses tumeurs et d'anses intestinales mal maintenues, l'erreur a été commise par les laparotomistes les plus réputés.

Le noble conseil de Percy est à méditer : « Malheur au médecin, dit-il, qui ne publie que des triomphes ! Un homme de bien doit aussi avouer ses revers ; et même, bien que la chose soit difficile pour notre amour-propre, il faudrait, pour l'instruction des autres et l'acquit de sa conscience, confesser hautement ses torts et imiter la franchise de Turenne qui, interrogé comment il avait perdu la bataille de Réthel, répondit : « Par ma faute », mais qui ajouta que « ceux qui n'ont pas commis de fautes aux armées n'y ont pas fait beaucoup de campagnes ». A la fin de sa carrière, Dupuytren portait sur lui-même ce jugement : « Je me suis trompé,mais je me suis moins trompé que les autres ». Plus nous avançons dans la pratique de notre art, plus nous mesurons ses difficultés et ses bornes. Billroth, sollicité d'opérer Pirogoff, atteint d'un cancer du maxillaire supérieur, refusa en disant : « Je ne suis plus le courageux et téméraire opérateur que vous connaissiez à Zurich ». Plus que tous autres, les maîtres sont tenus à l'obligation de cette sincérité, parce que leurs formules, mises en circulation dans la masse, sont exposées à d'abusives applications.

Cette notion des erreurs commises par les meilleurs opérateurs est, comme l'a dit Tourdes, «une protection pour les praticiens placés dans les conditions les plus obscures et un moyen d'obtenir justice égale ». Elle doit être présente à la pensée de l'expert et inspirer son examen des circonstances atténuantes de la faute.

En réclamant pour notre responsabilité ses limites logiques et ses garanties équitables, ce n'est pas seulement, par un esprit de corps que le public suspecte, l'intérêt de notre état que nous défendons, c'est surtout le libre progrès de notre art que nous voulons maintenir. Si, sur nos décisions, prises et exécutées en toute conscience, pèsent le contrôle hostile des esprits et la menace de la surveillance légale, forcément, dans les cas difficiles, à la limite de l'opérabilité, le chirurgien sera conduit à pratiquer cette abstention que Me Henri Robert, dans l'affaire Laporte, a bien définie la théorie du *laisser-mourir*. Or, nous enseignons, au contraire, que tant que persiste une chance rationnelle de succès, notre devoir est de la courir, conformément au vieux précepte de Hufeland : « Quand le malade est en danger, risque tout pour le sauver, même ta réputation».

Notre art n'aurait point atteint son haut degré de développement si ces entraves légales avaient paralysé les coups d'audace, les initiatives nécessaires, les infractions louables aux préceptes classiques. Comme l'a dit Anatole France: « Celui-là est méprisable qui ne sait, au besoin, sortir des règles communes ». C'est un devoir pour nous, ainsi que l'a dit Kirmisson, de chercher des voies nouvelles. Et combien il serait préjudiciable de condamner ces tentatives dès leurs résultats initiaux ! Astley Cooper échoua dans sa première ligature de la carotide primitive ; cela ne l'empêcha point de la tenter une seconde fois et d'y réussir. Dupuytren eut un insuccès dans sa première opération d'anus contre nature ; mais, convaincu que cet échec tenait à des causes étrangères à l'intervention ellemême, il recommença et enrichit la pratique d'un moyen nouveau de guérison. Voyez-vous le magnifique essor de la chirurgie gastrique arrêté net par la mort du premier opéré de Péan ? Combien de milliers de femmes eussent été condamnées à succomber si les tribunaux avaient consacré, par la sanction légale, le *veto* opératoire dont l'Académie de médecine, il y a à peine un demi-siècle, frappait l'ovariotomie ! Et la prostatectomie transvésicale n'est-elle point un exemple actuel de ces innovations, hardies et hors des règles, qui, d'un coup inattendu, bouleversent un chapitre de thérapeutique ?

Donc, Messieurs et honorés Collègues, nous ne méconnaissons pas nos devoirs et leur charge. Mais aussi, nous mesurons la valeur de nos services, leur importance sociale, et, forts de notre conscience, nous prétendons n'en assumer que les justes et nécessaires responsabilités.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

SOU MÉDICAL

Procès verbal de la séance du 8 *octobre* 1908.

Présents : MM. Maurat, Jeanne, Vimont, Diverneresse, Levassort, de Grissac, Dumesny.

Le docteur F..., de Paris, vient exposer les conditions dans lesquelles il s'est présenté devant l'expert désigné par le juge de paix chargé de fixer les conditions de l'établissement de sa note d'honoraires.

Soins pour une tuberculose chirurgicale traitée par le sérum de Marmoreck.

Le traitement a été accepté par la famille et par deux confrères.Le prix des interventions fut fixé d'avance. La Cie a réglé le premier mois de traitement, et contesté ensuite la note du Dr F..

L'expert a conclu en n'admettant pas le cumul du prix de la visite avec le prix des injections de sérum. Le juge de paix a entériné le rapport de l'expert et condamné la Cie en tous les dépens.

Le Conseil décide de prendre à sa charge les frais d'appel du jugement du juge de paix ; une somme de 250 fr. est provisoirement mise à la disposition du confrère.

La correspondance comprend :

1° Une lettre du Dr Et. G.., L. R. au B. — Le confrère soumet à la vérification du « Sou » deux notes d'honoraires accidents du travail. Il signale le fait que le juge de paix de son canton

a toujours taxé les certificats 5 fr. disant : « Ce certificat comporte : une consultation ; un examen ; un rapport ; donc c'est une vacation ».

Il serait à désirer que tous les juges de paix aient une semblable manière de voir et cela dans l'intérêt des confrères.

Dans ce cas il s'agit d'un accident survenu au fils d'un fermier assuré.

Ce n'est pas un accident du travail assujetti à la loi de 1898. Les conventions entre votre client et son assureur ne vous sont pas opposables. C'est le tarif local qui doit être appliqué. C'est ce que vous avez fait et nous ne pouvons qu'approuver votre manière de faire.

2° Lettre du Dr L., à Ch. — Puis-je compter sur l'appui du « Sou » pour le recouvrement d'une note d'honoraires (490 fr.) Le client récalcitrant prétend que j'ai soigné ses enfants pour des maladies qu'ils n'avaient pas et déclare ne me rien devoir ?

Le Conseil est d'avis que l'affaire constitue actuellement un simple recouvrement ; il ne prendra de décision qu'après l'avis de son avocat-conseil.

Lettre du Dr D. P. — Je prévois une difficulté pour le règlement d'une note d'honoraires. J'aurai certainement besoin des conseils de Me Gatineau. J'adhère donc à votre Société. Bien entendu je ne demanderai rien à la caisse pour cette fois. Je me décide à me joindre à vous, il y a longtemps que j'en avais formé le projet.

— C'est entendu, vous êtes des nôtres. Mais aux conditions que vous posez vous-même et qui sont statutaires.

Lettre du Dr M. à St-D. de G. — Communique une lettre du Président du Syndicat médical de la M.., demandant au « Sou » de rembourser au Syndicat les frais engagés dans l'affaire du Dr M. contre M. X... pharmacien, pour exercice illégal de la médecine ; une somme de 421 fr. 95 a été avancée par le Syndicat.

Le conseil constate que la caisse de garantie du « Sou médical » ne couvre pas le confrère pour la condamnation qu'il a subie pour exercice illégal de la pharmacie qui est un délit dont il ne peut légalement l'indemniser. En ce qui concerne l'affaire d'exercice illégal de la médecine, toute décision est renvoyée à une réunion ultérieure.

Le Dr M., de B.— La femme d'un client, au moment de quitter le pays, me devant 250 francs, m'écrit m'informant qu'elle pourrait me payer. Je les ai perdus de vue pendant 3 ans et enfin on me signale leur présence à T. V. Je les fais assigner et devant le juge ils déclarent tout d'abord ne me rien devoir : la lettre de cette femme leur étant opposée, cette dernière déclare n'avoir jamais écrit. L'affaire est renvoyée devant le tribunal civil pour authentification de la lettre. Me voilà un gros procès sur les bras et je demande l'avis de Me Gatineau et l'appui pécuniaire du Sou.

Le Conseil est d'avis qu'il s'agit là d'un simple recouvrement ; il ne prendra une décision en ce qui concerne son appui pécuniaire qu'après avis de son avocat-conseil.

Le Dr N... de P..., poursuivi par le Dr R. en 50.000 fr. de dommages-intérêts demande l'appui du « Sou. »

Le Conseil décide d'accorder l'appui pécuniaire du « Sou » de la façon la plus large et d'accord avec les autres caisses professionnelles similaires auxquelles le Dr N. est affilié.

Le Dr B., de C. — Donne des renseignements sur un procès en recouvrement d'honoraires; son client menace de lui réclamer reconventionnellement 3.000 fr. de dommages-intérêts.

Le Conseil estime qu'il ne s'agit actuellement que d'une affaire de recouvrement litigieux ordinaire ; si le client mettait à exécution sa menace de demande de dommages-intérêts, la caisse du « Sou » viendrait alors à l'aide de son adhérent.

CHRONIQUE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

L'Instruction des médecins, en fait d'accidents du travail, à l'étranger.

C'est là une question très importante, qui est digne du plus grand intérêt. Les conditions actuelles ne nous permettent plus de négliger notre instruction en fait d'accidents du travail. En France, malheureusement, l'enseignement universitaire ne s'en est point encore occupé, et chaque médecin est obligé de faire son éducation spéciale pour son propre compte, je dirai même, souvent à ses dépens. Il n'en est pas de même à l'Etranger.

La ville de *Milan* a créé une série d'instituts cliniques pour le perfectionnement des médecins : une section spéciale a été réservée aux « *Maladies professionnelles* », et c'est tout récemment que le professeur Devoto vient d'y faire sa leçon magistrale d'ouverture. Après avoir insisté sur la nécessité de cet enseignement, sur son but essentiellement humanitaire et scientifique, il a exposé rapidement l'histoire de l'hygiène et de la pathologie du travail. L'étude des maladies professionnelles, a-t-il dit, s'impose d'autant plus que jusqu'à présent la médecine n'y avait attaché qu'un intérêt plutôt tiède. Le travail est le point de culmination des manifestations humaines, et cependant le développement et la transformation industriels de l'activité vitale, l'installation des ateliers, les habitudes, la force de résistance physiologique et constitutionnelle de l'ouvrier n'avaient point encore fait l'objet d'études suivies et fondamentales.

En étudiant cliniquement les maladies des travailleurs, on fait en quelque sorte acte de justice réparatrice, on paie une dette. Cette étude emprunte à la physiologie et à la pathologie, mais elle est surtout du ressort de l'hygiène. C'est là un champ encore inexploré, et il faut savoir combien il est important de pouvoir reconnaître les formes atypiques, les formes du début de la pathologie professionnelle ; celles-ci sont bien loin du schématisme artificiel pour celui qui n'est habitué à considérer que les formes classiques et appartenant à la période d'état. Il est nécessaire d'arriver à découvrir et à comprendre les phases obscures de la période latente, qui précèdent l'apparition de la maladie sous sa physionomie claire.

L'organisation de cette nouvelle clinique de Milan sera faite suivant une méthode scientifique et clinique ; les médecins des faubourgs industriels de la ville en seront les délégués, les membres correspondants, les fournisseurs en cas, en observations et en problèmes à étudier. Cette collaboration permettra de fournir aux auditeurs de la clinique un matériel d'études riche et varié.

L'Institut de Milan, et les autres instituts que l'on créera en se basant sur les mêmes principes, seront l'école des futurs inspecteurs médicaux du travail, ainsi que des médecins de fabriques et d'établissements industriels. De plus, l'Institut de Milan veut aussi faire œuvre en quelque sorte d'activité préventive : des consultations fonctionneront pour déterminer l'aptitude aux différentes professions. Enfin il fera l'éducation des classes ouvrières par des confé-

rences populaires sur les règles qu'il faut observer en hygiène et en médecine.

Cet Institut ne devra pas oublier qu'il est le fils du peuple et de son travail, car il est redevable de son existence au peuple et à la science. Il sera un cœur pulsatile qui attirera dans ses jets larges et droits, les médecins et les industriels, les bourgeois et les travailleurs, les porteurs de lumière et de force, d'idées et de programmes d'études.

—

A *Munich*, le cours de perfectionnement pour les médecins qui se fait chaque année au mois de mai et de juin, comprend cette année, pour la première fois, dans son programme, des exercices pratiques pour l'examen d'accidentés du travail ; ces exercices auront lieu au siège du tribunal d'arbitrage.

On ne fait d'ailleurs que suivre l'exemple de Berlin, où l'on utilise également les débats judiciaires des tribunaux d'arbitrage en fait d'accidents du travail pour servir aux cours de perfectionnement des médecins.

—

Enfin, à *Vienne*, une clinique d'accidentés va être ouverte à l'automne prochain, à l'hôpital général. Le service de cette clinique sera assuré par les chefs des deux cliniques chirurgicales de l'Université.

On y rassemblera toutes les personnes victimes d'un accident, qui jusqu'alors étaient traitées dans les différents hôpitaux de la Ville. De la sorte, les étudiants en médecine trouveront un matériel d'études très important ; celui-ci servira d'ailleurs à leur faire des leçons sur les premiers soins à donner, les bandages et appareils le traitement consécutif, les examens, les expertises, etc.

TRIBUNE DES CORRESPONDANTS

La fièvre typhoïde. — L'encombrement et la fatigue.

Sans avoir fait aucun travail de démonstration, sans avoir pu relever aucun fait probant, — je suis de ceux qui *croient* qu'un homme fatigué et transporté brusquement dans un milieu encombré transforme ses coli-bacilles saprophytes en bacilles d'Eberth pathogènes.

Ce matin, 29 septembre 1908, je suis appelé auprès d'un grand beau gars, qui vient de faire les manœuvres du Centre comme réserviste. Il est atteint de typhoïdette, de para-typhoïdette même ; fièvre continue depuis le 25, fatigue, diarrhée spontanée, rate un peu douloureuse mais pas le moindre τυφος. C'est assez l'habitude des cas isolés.

Je suis persuadé que nombre de confrères militaires, pour les garnisons, et nombre de confrères civils, pour les libérés, observent en ce moment des cas semblables

Par la voie du *Concours Médical* je demande à mes confrères civils de noter et grouper leurs observations *actuelles* prises soit sur des réservistes, soit sur des soldats de la classe revenant de ces manœuvres du Centre où les hommes ont été fatigués et, surtout, un peu entassés : les effectifs ont été (pour la première fois peut-être) portés sur le pied de guerre.

J. C.

Laboratoire de bactériologie de Reims.

Monsieur et très honoré confrère.

Permettez-moi de lever toutes vos hésitations et de vous engager vivement à adresser votre note au *Concours Médical*. Si nous pouvions avoir une réponse à l'appel ainsi formulé, il y aurait un gros intérêt à la suivre de près, à la commenter, l'expliquer. C'est peut-être à l'absence de documents de ce genre que l'on a si grand mal, en médecine, à essayer les théories même les plus rationnelles. Notre système d'observation personnelle — quelque étendue qu'elle soit — est trop limitée pour tirer un réel profit ; de la collaboration de tous naîtrait la lumière, j'en suis persuadé, ou tout au moins un peu plus de jour et de clarté.

Donc, très vivement, mon cher confrère, je vous engage à mettre vos projets à exécution.

Croyez-moi votre bien dévoué.

(*Signature illisib'e.*)

Unicistes ou dualistes !

Le *Concours* veut-il enquêter sur les faits ?

Merci d'avance.

Dr CAMESCASSE.

REPORTAGE MÉDICAL

Le concours d'internat des hôpitaux de Paris aura lieu le lundi 21 décembre 1908 à midi précis.

On s'inscrit à l'Administration centrale, 3, Av. Victoria, bureau du personnel médical, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés de 11 h. à 6 h., depuis le lundi 2 novembre jusqu'au lundi 30 du même mois inclusivement.

Faculté et Hôpitaux.

— Un laboratoire de technique histologique est ouvert, salle Ranvier à partir du 15 octobre 1908, sous la direction de M. Mulon agrégé et préparateur. Les élèves y accompliront des travaux pratiques histologiques complémentaires des 1re et 2e année et pourront s'y familiariser avec les méthodes de recherches générales et particulières.. Le droit à verser est de 50 francs par trimestre. On s'inscrit au secrétariat de la Faculté, les mardis, jeudis, samedis (guichet n° 3).

M le Dr Achille Boyer, assistant de chirurgie orthopédique à l'hôpital St-Michel fera une série de dix conférences pratiques d'orthopédie avec le concours des Drs Zacchiri et Barret.

Ces conférences auront lieu les lundis, mercredis et vendredis à 8 h. 1/2 du soir, à partir du lundi 9 novembre. Droit à verser, 50 francs. Pour s'inscrire ; s'adresser, 112, rue de Vaugirard, tous les jours.

— M. Ombrédanne, agrégé, chargé de cours commencera le cours de pathologie chirurgicale le mercredi 4 novembre 1908, à 3 h., au grand amphithéâtre de la Faculté et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure. Programme des cours : maladies chirurgicales du thorax et de l'abdomen.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les Docteurs de Lardès, de Damazan (Lot-et-Garonne) ; Jourdan, de Cavaillon (Vaucluse) ; Helme, du Pouzin (Ardèche) ; Carbonnell, de Rimont (Ariège) ; Prat, de la Chourlie (Cantal) ; Villebrun, de Saint-Chinian (Hérault) ; Durand, d'Arcueil (Seine), Ancel, d'Epinal (Vosges) ; Buet, de Nantes, Hébert, d'Envermeu (Seine-Inférieure) ; Grollier, de Chaponost (Rhône) et Mondot, d'Oran ; membres du « Concours Médical ».

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON 3, place Saint-André.

Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trentième année N° 43 Dimanche 25 OCTOBRE 1908

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

PATRONAGE MÉDICAL

Assemblée générale extraordinaire du 12 octobre 1908

Le bureau est constitué sous la présidence de M. le Dr GASSOT, président de la Société. L'Assemblée désigne comme assesseurs MM. les Docteurs JACQUOT et VANDEPUTTE, et M. le Dr CÉZILLY, comme secrétaire de la séance

Le bureau constate, d'après la liste de présence, que 2681 parts sont représentées. Comme 4377 parts sont actuellement émises, dont la moitié est de 2189, l'Assemblée générale réunit bien plus que le quorum exigé par la loi et les statuts pour délibérer sur les questions portées à l'ordre du jour et se trouve valablement constituée, les convocations ayant été faites conformément à l'article 21 des statuts par une insertion publiée dans le journal *Le Concours médical* le 27 septembre 1908, et en outre par lettres particulières adressées à tous les membres du « Patronage ».

M. le PRÉSIDENT rappelle que la fusion entre le « Patronage médical » et la « Prévoyance Médicale » qui fait l'objet de la présente Assemblée est actuellement souhaitée par la plus grande partie des membres de cette première société. Le recrutement du « Patronage » s'est en effet trouvé arrêté par le veto que lui opposait la « Prévoyance », Société plus ancienne et plus puissante tant par le nombre de ses adhérents que par le chiffre de ses bénéfices. De nombreux adhérents de notre Société, se voyant opposer ce veto, ont demandé le remboursement de leurs parts pour avoir le droit d'entrer à la « Prévoyance ». Le refus statutaire qui leur a été opposé par le Conseil a créé des mécontentements. La situation du « Patronage » est devenue telle qu'une évolution radicale s'impose pour sauvegarder en temps utile les intérêts des sociétaires. La dernière Assemblée générale a donné mandat au Comité de Direction de chercher un arrangement avec la « Prévoyance ». Des pourparlers qui ont été ouverts depuis entre les dirigeants des deux Sociétés sont sorties les conventions dont copie a été adressée à tous nos adhérents et que nous vous demandons aujourd'hui d'approuver, parce qu'elles sont, dès aujourd'hui, acceptées par le Conseil de la « Prévoyance ».

Mais la circulaire qui présentait et expliquait ces conventions a dû être faite rapidement pour permettre l'application de la fusion projetée à partir du 1er janvier 1909 ; elle est malheureusement trop peu explicite et a suscité un nombre si considérable de malentendus et de demandes d'explications que nous ne pouvons tenir pour valables les options faites d'après le questionnaire qui l'a terminée.

Voici donc quelle serait, d'après ces conventions, la situation des membres du Patronage suivant 8 catégories dans l'une desquelles cha-

cun d'eux trouvera certainement le cas qui le concerne :

I° **Membres faisant partie de la Prévoyance.**

A. Membres **ne voulant pas que** leurs noms soient communiqués à la Prévoyance.

Leurs titres leur sont immédiatement remboursés et tout est fini pour eux. Ils ne font pas partie du Patronage.

B. Membres **consentant** à ce que leurs noms soient communiqués à la Prévoyance.

Leurs titres, moins un, leur sont remboursés au fur et à mesure des disponibilités, et ils conservent jusqu'au 1er janvier 1924 les avantages que le Patronage peut leur assurer :

Indemnité de 300 fr. à la veuve jusqu'à ce qu'ils aient six années de participation à la Prévoyance.

Pension à partir de 50 ans jusqu'en 1924, c'est-à-dire tant que vivra le Patronage, ou jusqu'au jour où ils sont pensionnés par la Prévoyance.

II° **Membres ne faisant pas partie de la Prévoyance.**

C. Membres n'exerçant pas ou n'exerçant plus la médecine.

Leurs titres sont immédiatement remboursés et tout est fini pour eux.

D. Membres **ne voulant pas que** leurs noms soient communiqués à la Prévoyance.

Leurs titres leur sont immédiatement remboursés et tout est fini pour eux.

E. Membres **ne pouvant pas** entrer à la Prévoyance par suite de dispositions statutaires (1).

Leurs titres leur sont remboursés au fur et à mesure des disponibilités, mais ils conservent jusqu'au 1er janvier 1924 les avantages que le Patronage peut leur assurer :

Indemnité de 300 fr. à la veuve ;

Pension à 50 ans et après dix années de participation.

F. Membres **ne voulant pas entrer** à la Prévoyance, mais consentant à ce que leurs noms soient communiqués.

Même situation que la catégorie E.

G. Membres consentant à entrer à la Prévoyance et ne possédant qu'un seul titre.

Ils doivent échanger ce titre contre un titre de la Prévoyance en remettant ce titre et en versant une soulte qui est actuellement de 13 francs.

Ils conservent, pendant six ans, le droit à l'indemnité de 300 fr. pour la veuve.

Et, jusqu'au 1er janvier 1924, le droit à la pension s'ils ont 50 ans d'âge et dix années de participation. Il leur sera délivré un certificat constatant ces droits.

H. Membres consentant à entrer à la Prévoyance et possédant plusieurs titres.

Même situation que la catégorie G. avec cette différence que leurs autres titres leur sont immédiatement remboursés sauf un, qui restera remboursable au fur et à mesure des disponibilités.

La discussion est ouverte.

M. DE FORNEL DE BURIGNAC constate qu'il est retraité de la « Prévoyance », qu'il n'a, par conséquent plus rien à attendre du « Patronage » auquel il conservera cependant ses bons offices, et en conclut qu'il ne lui reste plus qu'à se faire rembourser la totalité de ses titres. L'Assemblée adopte sa manière de voir.

M. LE PRÉSIDENT.— M. DE FORNEL vient de faire son option en connaissance de cause. Un registre spécial est ouvert au siège social afin de consigner, avant le 1er novembre prochain, la décision prise par chacun des membres du « Patronage » en conformité avec sa situation. Cette option pourra se faire par lettre adressée au siège social et transcrite sur le registre *ad hoc*.

Après une discussion à laquelle prennent part Messieurs les Drs Jacquot, Maurat, Delpeut, Dore, Vandeputte, David, Gauthier, de Lauradour, etc., etc., l'Assemblée semble bien pénétrée de cette idée que la fusion entre les deux Sociétés est la solution désirable et de choix à la condition que les droits des sociétaires du Patronage soient maintenus jusqu'à la disparition de cette Société après liquidation lente et régulière.

Il résulte également de cette discussion que les membres du Patronage auront le devoir, dans leur intérêt et pour assurer le chiffre de retraites, de continuer à accorder leur bienveillance aux produits du Patronage sans nuire au service de la Prévoyance et ceci à titre de réciprocité.

Il en résulte encore que le but à atteindre, pour ceux des sociétaires qui restent au Patronage et pour faciliter la liquidation, est de réduire pour chacun d'eux le nombre de titres en leur possession à l'unité qui suffit à assurer leurs droits et pour ceux qui n'ont qu'un seul titre à le faire remplacer par un certificat leur maintenant tous les droits qu'ils possèdent au Patronage, après que le titre échangé avec soulte leur aura préparé leurs droits futurs à la Prévoyance. En effet, les années de participation au Patronage ne pouvaient compter que pour les promesses faites par lui, et ne peuvent entrer en ligne de compte pour les droits à la Prévoyance.

Plusieurs confrères demandent quels sont les avantages qu'ils recueilleront à la Prévoyance : il leur est répondu que ces avantages sont inscrits dans les statuts de la Prévoyance que nous n'avons pas à discuter ici et qui leur seront envoyés sur demande par cette Société.

M. DORE et quelques autres confrères observent que les conventions n'accordent aux membres du « Patronage » pour entrer à la « Prévoyance » aucune autre facilité, ni aucun autre avantage que ceux qui appartiennent au premier venu qui y entrerait isolément. Tout en reconnaissant le mérite du Comité dans la négociation de la fusion, il pense que l'apport d'un recrutement collectif aussi important aurait dû permettre des conditions spécialement avantageuses. Par exemple on aurait dû tenir compte à la « Prévoyance » du temps passé dans le « Patronage ».

LE PRÉSIDENT répond que la Prévoyance, société mutuelle, ne peut avoir deux catégories de membres et que toutefois certains avantages ont été obtenus qui ne sont pas à dédaigner tels que :

1° *Retraite* aux veuves et secours aux orphelins, au bout de six ans, au lieu d'une indemnité de 300 fr., *une fois donnée*.

2° Elévation du taux de la retraite du Patronage par suite de la disparition d'un certain nombre de sociétaires âgés antérieurement inscrits à la Prévoyance et qu'il n'y aura pas lieu de pensionner au Patronage.

3° Appui légitimement escompté des confrères de la Prévoyance en faveur des produits du Patronage, à titre de réciprocité.

4° Liquidation rendue plus facile par la mise à notre disposition s'il y a lieu de fonds prêtés à un intérêt minime.

M. ANGELBY est d'avis que, puisqu'il est admis que le « Patronage » ne peut plus se recruter utilement, ce qui compromet son avenir, le traité qui a été conclu est le meilleur qu'il était possible de faire

(1) Les statuts de la Prévoyance seront envoyés à tous ceux qui en feront la demande.

M. DELPEUT. — Les titres non remboursés continueront-ils à toucher 7 % d'intérêt !

M. LE PRÉSIDENT. — Oui, aussi nous efforçons-nous d'en diminuer le nombre, pour laisser plus d'argent disponible pour les retraites.

M. GAUTHIER. — Devrons-nous continuer à prescrire les produits du « Patronage » ?

M. LE PRÉSIDENT. — Oui, certainement. C'est le seul moyen d'allouer une retraite convenable aux membres du « Patronage » en attendant celle de la « Prévoyance ». Nous aurons d'ailleurs soin de le recommander dans une circulaire ultérieure.

M. LAURADOUR.— Lors de la liquidation finale du Patronage, que deviendra le boni s'il en existe ?

M. LE PRÉSIDENT. — Il sera versé à la « Prévoyance » en rémunération des charges qu'elle assumera, notamment celle d'avancer, s'il y a lieu, des fonds à 2 1/2 % au « Patronage » pour rembourser les parts exigibles. D'ailleurs, la somme à verser en fin de liquidation ne sera jamais considérable, car on donnera aux membres tout ce à quoi ils auront droit.

Un confrère demande combien de membres du « Patronage » font déjà partie de la « Prévoyance ».

M. LE PRÉSIDENT, — Nous l'ignorons, mais il y en a certainement beaucoup.

Un autre membre de l'Assemblée demande quel intérêt les membres faisant déjà partie de la « Prévoyance » ont à ne pas être nommés ?

M. LE PRÉSIDENT. — C'est là une affaire toute personnelle. Il peut se faire qu'un membre de la « Prévoyance » ait souscrit au « Patronage », malgré la défense signifiée par la première de ces Sociétés, par exemple.

M. CORBY. — Que deviendront les produits créés avec l'appui du « Patronage » ?

M. LE PRÉSIDENT.— Ils restent liés au « Patronage et ils rechercheront, en outre, l'appui de la « Prévoyance » par des traités avec celle-ci.

M. LE PRÉSIDENT donne lecture de la convention générale, qui est ainsi conçue :

CONVENTION GÉNÉRALE

I. *La fusion du* Patronage Médical *dans la* Prévoyance Médicale *est décidée et s'opèrera à la date du* 1er janvier 1909.

II. *En conséquence, le* Patronage Médical *s'interdit dès maintenant de recruter de nouveaux membres et de passer aucun traité nouveau.*

III. *Les membres du* Patronage *deviennent de droit, membres de la* Prévoyance médicale *dans les conditions statutaires fixées par cette société.*

IV. *Ceux des membres du* Patronage *qui, statutairement ne pourraient faire partie de la* Prévoyance *ou qui refuseraient d'y adhérer auront le droit d'exiger immédiatement le remboursement de leurs titres.*

Au cas où les réserves du Patronage *ne permettraient pas d'effectuer ce remboursement, la* Prévoyance *mettra à sa disposition les sommes nécessaires à titre de prêt ; ce prêt aurait lieu dans les conditions les moins onéreuses et les plus favorables, le Conseil de la* Prévoyance *ayant le plus vif désir de contribuer pour sa part à la fusion projetée.*

V. *La liquidation définitive du* Patronage Médical *est ajournée à l'époque où ses membres pourront avoir acquis à la* Prévoyance *la plénitude de leurs droits (au plus tard,* 1er *janvier* 1924). *Elle s'opèrera par les soins du Conseil d'administration du* Patronage Médical.

VI. *Pendant la période transitoire qui s'écoulera jusqu'à sa liquidation, le* Patronage Médical *formera au sein de la* Prévoyance *un compte spécial qui sera chargé de tenir vis-à-vis des membres du* Patronage *les engagements que celui-ci avait contractés envers eux.*

VII. *Ce compte spécial sera géré par le Conseil d'administration du* Patronage *sous la direction et par délégation du Conseil d'administration de la* Prévoyance.

VIII. *Des conventions ultérieures règleront les détails d'application des principes posés par le présent accord.*

Cette convention mise aux voix est adoptée à mains levées, à l'unanimité.

M. LE PRÉSIDENT donne lecture de la première convention spéciale, ainsi conçue :

Convention spéciale réglant la ratification de la convention générale et l'inscription à la Prévoyance des membres du Patronage.

I. — *Les membres du* Patronage *seront, dans le plus bref délai possible, convoqués en Assemblée générale extraordinaire pour ratifier la convention adoptée par les Conseils d'administration des deux Sociétés.*

II. — *Dès la ratification de la convention par l'Assemblée générale, les membres du* Patronage *seron , par lettre personnelle, informés du fait et mis en demeure de déclarer s'ils consentent à entrer à la* Prévoyance Médicale.

Un délai de quinze jours leur sera accordé pour leur réponse ; faute de réponse à l'expiration de ce délai, ils seront mis en demeure par lettre recommandée de fournir les renseignements nécessaires pour que leur admission soit proposée au Conseil de la Prévoyance.

III. — *L'absence de réponse à cette lettre recommandée dans le délai de quinze jours sera considérée comme un refus d'adhérer à la* Prévoyance *et entraînera le remboursement du titre du* Patronage *au prix d'émission.*

IV. — *Les titres de la* Prévoyance *leur seront délivrés au fur et à mesure des possibilités contre la remise du titre du* Patronage *et le versement d'une soulte représentant la différence entre la valeur des deux titres* (1).

V. — *L'échange ne pourra porter que sur un seul titre.*

VI. — *Les membres qui ont fait l'échange des titres dans les conditions stipulées aux paragraphes précédents ne touchent plus au* Patronage *les dividendes annuels mais conservent les autres droits que leur assurait le* Patronage.

VII. — *Les membres du* Patronage *peuvent faire cet échange de titres à telle époque qu'il leur plaira jusqu'à sa liquidation définitive, mais il est avantageux pour eux de le faire dans le plus bref délai possible en raison de la plus-value que ne manqueront pas d'acquérir les titres de la* Prévoyance.

VIII. — *Les membres du* Patronage *qui ne consentiraient pas à la communication de leurs noms, qui refuseraient d'adhérer à la* Prévoyance *ou qui, statutairement ne pourraient y entrer pourront exiger le remboursement de leur titre au prix d'émission sans aucune autre indemnité.*

Cette convention, mise aux voix est adoptée, à mains levées à l'unanimité.

Lecture est ensuite donnée par M. LE PRÉSIDENT de la 2e convention spéciale, qui est ainsi conçue :

(1) Cette différence est de 13 francs.

Convention spéciale réglant l'administration du Patronage en tant que compte spécial au sein de la Prévoyance.

I. — *Le Conseil d'administration du* Patronage, *chargé, par délégation du Conseil de la* Prévoyance *d'administrer le compte spécial que constituera le* Patronage *au sein de la* Prévoyance, *continuera à administrer conformément aux statuts du* Patronage *et statuera souverainement sur toutes les questions, mais ce dans les limites de la convention intervenue entre les deux Sociétés.*

Tout acte contraire aux termes de la dite convention serait de plein droit nul et de nul effet.

II. — *Le Conseil dressera la situation des membres et de la caisse telle qu'elle se comportera au moment où le* Patronage *commencera à constituer un compte spécial au sein de la* Prévoyance.

Avant le premier mars de chaque année, il présentera au Conseil de la Prévoyance *un rapport sur les modifications survenues à cette situation et sur l'exercice écoulé.*

III. — *Pour la résiliation des traités et la continuation des traités en cours, le Conseil du* Patronage *agira d'accord avec le Conseil de la* Prévoyance *de manière à éviter toute concurrence avec les produits de la* Prévoyance.

IV. — *Par exception, le Conseil du* Patronage *conservera son traité avec la* Société de la Reine de Vals *jusqu'à la liquidation définitive du* Patronage. *A cette époque, le traité pourra se continuer avec le* Concours Médical, *sans que la* Prévoyance *puisse faire aucune opposition aux arrangements qui seraient pris.*

V. — *Les ressources du* Patronage *sont constituées :*

1° *Par les sommes que fera ressortir à son actif la situation de la caisse dressée comme il est dit au paragraphe 2.*

2° *Les produits annuels des traités qu'il conservera.*

3° *Les intérêts des titres de la* Prévoyance, *revenant aux membres du* Patronage *et non échangés.*

VI. — *Pour les produits du* Patronage *qui seraient adoptés par la* Prévoyance, *il y aura lieu d'établir d'un commun accord la répartition des bénéfices provenant de ces produits entre le* Patronage *et la* Prévoyance.

VII. — *Les circulaires communiquées aux membres du* Patronage *devront toujours être rédigées d'un commun accord avec les deux Conseils d'administration des deux Sociétés.*

VIII. — *Le Conseil du* Patronage *se réunira lorsqu'il le jugera convenable, au siège de la* Prévoyance médicale; *un membre du Conseil pourra assister aux délibérations avec voix consultative.*

IX. — *Les sommes avancées par la* Prévoyance *pour le remboursement anticipé des titres du* Patronage *le seraient au taux de 2 1/2 %; le remboursement du capital prêté ne sera exigible qu'à la liquidation définitive et avant la répartition de la soulte mentionnée au § 3 de la convention qui suit.*

Sur interpellation, M. le Président explique la situation spéciale de la *Société de la Reine de Vals*. La Source de la Reine et le *Concours Médical* sont liés depuis la fondation de ce dernier et on peut dire que les deux créations ont prospéré côte à côte. Lors de la constitution du « Patronage », la *Reine* et le *Concours* lui ont fait un cadeau très important en lui consentant d'un commun accord un traité avantageux. Il est naturel que, le « Patronage » venant à disparaître, la *Reine* et le *Concours* reprennent leurs droits et leurs avantages comme par le passé.

Après ces explications, la seconde convention spéciale, mise aux voix, est adoptée, à mains levées, à l'unanimité.

Puis M. le Président donne lecture de la troisième et dernière convention spéciale, ainsi conçue :

Convention spéciale concernant les réserves et la liquidation.

I. — *Les sommes non absorbées par les charges annuelles du* Patronage *viendront s'ajouter à l'avoir existant pour constituer les réserves du* Patronage.

Ces réserves, au jour de la liquidation définitive, serviront à rembourser les titres du Patronage *qui ne seraient pas encore amortis.*

II. — *Les membres du* Patronage *ont la faculté de demander le remboursement de leurs titres par anticipation.*

Le remboursement sera consenti immédiatement ou ajourné selon les disponibilités de la réserve spéciale.

III. — *Une fois tous les titres du* Patronage *remboursés au taux d'émission (soit de 50 francs) la soulte versée par les membres du* Patronage *en échange de leurs titres pourra, si les ressources le permettent, leur être remboursée au taux uniforme de treize francs. (Valeur de la soulte au moment de la convention).*

IV. — *La liquidation terminée, les sommes disponibles seront versées à la* Prévoyance.

V. — *En aucun cas, le Conseil de la* Prévoyance *n'aura à intervenir dans les opérations de la liquidation du* Patronage, *mais un compte de cette liquidation sera remis au Conseil de la* Prévoyance *par les membres du Conseil du* Patronage *dont les pouvoirs prendront fin.*

VI. — *Le* Patronage *n'ayant plus qu'une existence virtuelle et ne constituant qu'un compte spécial au sein de la* Prévoyance, *il n'y aura pas lieu de soumettre les comptes de liquidation du* Patronage *à une Assemblée générale des membres de ce dernier.*

L'approbation, si elle est nécessaire, sera donnée par l'Assemblée générale des membres de la Prévoyance.

—

Au cas où des difficultés surviendraient dans l'exécution de ces conventions, les parties contractantes s'engagent à soumettre tous litiges à un arbitrage.

Les arbitres, au nombre de quatre, seraient choisis deux pour chaque Société parmi les médecins; la Société de Prévoyance Médicale, *parmi ses retraités, et le* Patronage *parmi les membres du Conseil d'administration de l'*Union des Syndicats ; *les quatre arbitres réunis désigneraient un cinquième arbitre choisi également dans le Corps Médical.*

Les décisions des arbitres seront exécutoires sans appel.

M. Angelby fait observer qu'il est inexact de dire que le « Patronage » n'aura plus qu'une existence virtuelle ; une Société en liquidation existe toujours ; il serait plus exact de dire : « existence de liquidation ». De même, en ce qui concerne les pouvoirs de l'Assemblée générale du « Patronage », elle les tient de la loi et la convention ne peut les lui enlever tant que durera la liquidation. D'ailleurs, l'Assemblée générale de la « Prévoyance » n'aurait pas qualité pour approuver les comptes du « Patronage ».

M. le Président pense que cette partie de la

convention pourra être modifiée d'accord avec la « Prévoyance », que cette question, d'ailleurs secondaire, ne soulèvera aucune difficulté.

Il met aux voix la 3e et dernière convention spéciale, qui est adoptée, à mains levées, à l'unanimité, avec les réserves faites par M. ANGELBY.

Puis l'ensemble des conventions est adopté à mains levées à l'unanimité.

Il est ensuite fait observer qu'il est inutile de mettre aux voix la dissolution et la liquidation du « Patronage », l'adoption des conventions ci-dessus les comportant de plein droit.

M. MAURAT. — Les statuts disent que la liquidation doit être faite par le Comité de Direction; cependant, les administrateurs du « Patronage » sont tout disposés à céder leur place si l'assemblée générale désire nommer d'autres liquidateurs.

L'Assemblée est unanime à continuer au Comité de direction la confiance qu'elle lui a témoignée jusqu'à ce jour.

Conformément à l'article 30 des statuts, l'Assemblée générale nomme commissaire spécial de surveillance à la liquidation, M. le Dr ANGELBY, qui accepte et remercie l'Assemblée de la marque de confiance qu'elle vient de lui donner.

M. LE PRÉSIDENT lève ensuite la séance, après avoir promis au nom des administrateurs liquidateurs que tout le possible sera fait dans l'intérêt des membres du « Patronage Médical ».

LA SEMAINE MÉDICALE

Traitement des brûlures d'après le Dr Just Lucas-Championnière.

Nous avons déjà préconisé, dans de nombreuses occasions, le traitement des brûlures par les pansements à la solution d'acide picrique selon la formule :

Acide picrique	5 gr.
Alcool à 60	45 gr.
Eau distillée	950 gr.

Cette solution, appliquée en compresses toutes les 24 heures *sans* revêtement imperméable, sans taffetas gommé, donne d'excellents résultats au point de vue de l'analgésie et de la cicatrisation régulière.

M. Just-Championnière préfère les pommades aux essences ; voici comment il expose leur emploi dans une leçon clinique reproduite par *La Clinique Infantile* » :

« Pour que ces pommades soient utiles et réellement protectrices, il faut que l'excipient soit bien stérilisé. Il est nécessaire que le dispositif du récipient empêche la chute des poussières de l'air dans la pommade. On peut employer pour la confection de ces pommades les graisses ordinaires en les stérilisant bien. Je recommande la vaseline, la paraffine, et surtout le rétinol.

Voici les formules que je conseille :

Vaseline pure ou rétinol	100 gr.
Essence de thym }	ââ 15 gouttes.
Essence de géranium }	
Essence de verveine }	
Essence d'organ }	
Naphtolate de soude	0 gr. 30 ctgr.

Avec le naphtolate de soude, il m'a semblé que la pommade est plus active. Bien fréquemment pourtant, je n'en ai pas employé et je ne vois pas grand inconvénient à s'en tenir aux essences qui m'ont toujours paru en pareil cas avoir la puissance antiseptique suffisante.

Dans les cas dans lesquels je n'ai pu utiliser la pommade aux essences parce que les pharmaciens n'en avaient pas dans leur officine, j'ai employé la pommade suivante que j'ai déjà citée plusieurs fois.

Vaseline pure	100 gr.
Acide borique finement pulvérisé	10 gr.
Baume du Pérou	1 gr.

Je ferai remarquer que cette pommade a une action antiseptique suffisante par le baume du Pérou, et que l'acide borique remplit cette fonction utile de favoriser la réparation épidermique tout en étant un antiseptique faible.

Je répète que ces deux topiques m'ont donné des résultats si parfaits que pendant nombre d'années leur usage a été absolument courant dans mon service. Il m'est arrivé de les employer dans des cas dans lesquels le *traitement* antérieur par des topiques divers avait été désastreux malgré les soins très régulièrement et très rationnellement donnés. J'ai eu, l'occasion, à l'époque de l'incendie du Bazar de la Charité, de sauver littéralement la vie à deux dames qui étaient mourantes au moment où j'ai été appelé à leur donner des conseils et mourantes de l'application intempestive de topiques toxiques. En outre, elles souffraient cruellement.

Malgré ces douleurs, je ne conseille pas d'incorporer de substances calmantes ou anesthésiantes aux topiques. L'absorption par les surfaces de brûlure est trop menaçante pour qu'il n'y ait pas inconvénient à commettre cette imprudence et, en pareil cas, je préfère de beaucoup faire au besoin une ou plusieurs injections de morphine. Avec les topiques que j'indique, c'est du reste une éventualité très rare.

Comment, dans ces conditions se fait le pansement d'une brûlure ?

Avec les précautions ordinaires, la périphérie de la partie brûlée est lavée à l'eau phéniquée forte et chaude.

Les phlyctènes sont vidées.

La surface épidermique est touchée avec un tampon imprégné d'eau phéniquée, *sans déchirer l'épiderme.*

Un linge plus large que la surface brûlée est enduit de la pommade et appliquée sur la surface brûlée.

Le linge le plus commode est le linge troué des hôpitaux.

Si on n'en a pas à sa disposition, il faut pratiquer un certain nombre d'orifices dans le linge employé, pour que nulle part ne s'accumulent des liquides sous ce linge.

Par dessus un autre linge stérilisé et une bande modérément serrée.

Entre la bande et les linges appliqués sur la plaie on peut mettre de l'ouate. On protège ainsi la région contre les chocs. Il faut seulement noter que la ouate doit être changée souvent. La ouate est, en effet, la substance qui favorise le plus rapidement l'infection des liquides qui l'imprègnent.»

Traitement de la goutte.

Les médicaments habituellement employés contre la goutte sont le bicarbonate et le benzoate de soude, la lithine, le salicylate de soude, la pipérazine, l'urotropine, la citarine, l'acide

thyminique ; malheureusement, si ces subtances dissolvent bien l'acide urique *in vitro*, leur action *in anima vili* paraît plus problématique et même douteuse.

Dans un article publié par le *Progrès Médical*, M. *le Dr P. Carnot* paraît penser que le meilleur mode de traitement de la goutte consiste à utiliser les ferments qui jouent un rôle dans la désintégration graduelle des corps azotés et plus spécialement les extraits d'organes qui contiennent ces ferments.

La première application de ce principe a été faite il y a quelques années par MM. Gilbert et Carnot, qui ont montré l'action de l'opothérapie hépatique dans la goutte. Pour expliquer le fait, ils ont invoqué l'action uréogénique du foie. Il semble, en effet, que la formation de l'acide urique endogène soit liée en partie à une insuffisance uréogénique, et que l'acide urique se forme principalement lorsque le métabolisme des corps azotés n'est pas poussé jusqu'au terme urée.

D'après M. Ch. Richet, le foie possède un ferment qui fabrique de l'urée aux dépens des corps amidés ; il existe aussi, dans le foie et dans différents autres tissus, un grand nombre de ferments des nucléines, de l'acide urique et de l'urée. Un de ces ferments, la *nucléase*, libère les amino-purines de la molécule de l'acide nucléinique et fait apparaître la guanine, l'adénine et d'autres bases ; on la trouve dans le foie, la rate, le pancréas, le thymus et le rein ; elle n'agit qu'en milieu faiblement acide.

Un autre ferment, la *désamidase*, agit sur les produits de l'hydrolyse précédente ; elle libère de l'ammoniaque et donne des corps simplifiés, des oxypurines (xanthine, hypoxanthine) ; on la trouve dans le foie, la rate, le poumon, le tube digestif, le pancréas, le placenta. Ce ferment n'est peut-être pas simple et est-il un mélange de *guanase*, d'*adénase*, etc.

Un autre ferment, qui est endocellulaire et oxydant, la *xanthine-oxydase*, transforme l'hydroxanthine en xanthine et celle-ci en acide urique, lorsque la réaction se passe en présence de l'oxygène ; c'est lui qui fait que les extraits de foie ou de rate transforment les oxypurines en acide urique. On trouve ce ferment dans les muscles, dans le tube intestinal, le rein et le poumon. Il est précipité des extraits d'organe par l'alcool et le sulfate d'ammoniaque.

Le *ferment uricolytique*, qui est le plus intéressant au point de vue du traitement de la goutte, a été isolé par Schittenhelm du rein, du foie, des muscles et des leucocytes ; il détruit l'acide urique et donne à sa place du glycocolle, de l'allantoïne et de l'urée.

Comme on ignore absolument la nature de ces divers ferments, on ne peut considérer que comme provisoire la nomenclature précédente, assez touffue, des ferments uropoiétiques et uricolytiques. Le fait capital à retenir est qu'ils existent simultanément dans les extraits d'organes tels que le foie ; on peut donc chercher à utiliser thérapeutiquement ces extraits.

L'opothérapie hépatique dans la goutte utiliserait les endoferments qui président à la dégradation des nucléines, à la destruction de l'acide urique et à la formation de l'urée. Il est vraisemblablement plus facile d'empêcher la formation de l'acide urique et d'en favoriser la destruction que de chercher à dissoudre des dépôts uriques lorsqu'ils sont constitués.

Le Fluène

($C^{14} H^{14} N^4 O^7$)

On sait les effets diurétiques puissants que permet d'obtenir la théobromine ; ils sont tels que jusqu'à présent elle pourrait passer pour le meilleur et le plus fidèle parmi les diurétiques. Cependant son emploi n'était pas sans présenter parfois des inconvénients. A la dose de 3 à 4 grammes elle a fréquemment déterminé des nausées et des vomissements, des vertiges et de la céphalalgie.

Ces inconvénients ont été attribués, non sans raison, à la presque insolubilité de la théobromine (1/1400).

On a tenté d'y remédier par addition d'autres substances et c'est ainsi qu'on a obtenu : la *diurétine*, mélange de théobromine sodique et de salicylate de soude ; l'*uroglérine* ou le sodium est remplacé par du lithium ; l'*agurine*, acétate double de théobromine et de soude.

Certes, la solubilité de ces produits est incomparablement plus grande que celle de la théobromine, mais leur causticité et la facilité avec laquelle ils se décomposent sous l'influence de l'acide carbonique contenu dans l'air fait restreindre leur emploi.

Actuellement, il existe un nouveau dérivé non alcalin de la théobromine de formule ($C^{14} H^{14} N^4 O^7$) auquel a été donné le non de Fluène.

Le Fluène, isolé et décrit par le Dr Brissemoret, possède des propriétés diurétiques analogues à celles de la théobromine sans en présenter les inconvénients, ainsi que le témoignent les observations nombreuses et concluantes recueillies à l'hospice de Nanterre.

L'administration de 1 à 3 grammes de Fluène a toujours augmenté de 500 à 1500 cc. le volume des urines émises dans la journée.

Ajoutons enfin que le produit est très facilement accepté par les malades, car il est présenté sous forme de granulé titré, soluble dans l'eau ou le lait, dont une cuillerée à café représente un gramme de Fluène.

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

Clinique d'Accouchements Tarnier : M. le Pr Bar.

La version dans la présentation du sommet et de la face.

La version par manœuvres internes peut se faire dans trois circonstances : dans la présentation du sommet, dans la présentation de la face et dans la présentation de l'épaule. Dans chacun de ces cas, la manœuvre est la même, mais les conditions sont différentes. Je vais étudier, aujourd'hui, la version dans la présentation du sommet et de la face, me réservant de vous parler ultérieurement de la version dans la présentation de l'épaule.

Disons-le tout d'abord, la version, dans la présentation du sommet ou de la face, se présente avec des indications toutes relatives, jamais absolues. Tandis que, pour l'épaule, cette opération s'impose habituellement comme une néces-

sité, pour le sommet et la face, elle constitue une intervention simplement avantageuse, répondant à certaines indications particulières : elle constitue, par exemple, un moyen de précipiter l'accouchement (en substituant le siège au sommet), lorsqu'on se trouve en face d'une insertion vicieuse du placenta, ou un moyen de faire passer la tête plus vite, lorsqu'il y a léger rétrécissement du bassin.

Les indications de la version, dans le sommet et la face, sont donc relatives. Avant de l'entreprendre, par conséquent (puisqu'elle n'est pas indispensable), il faudra peser ses avantages et ses inconvénients.

Cela dit, comment exécuter la version, au cas de présentation du sommet ? Le but à atteindre est d'aller chercher les pieds et d'amener le siège au détroit supérieur.

Quelle main introduire ? Celle qui atteindra les pieds le plus facilement. C'est la main qui regarde, par sa face palmaire, le plan abdominal de l'enfant, la main gauche dans les O. I. G., la main droite dans les O. I. D., la main *homonyme* de la présentation.

Vous donnerez à la main une attitude spéciale, le pouce rapproché contre les doigts et effacé, de façon à la rendre aussi petite que possible.

La femme sera, de préférence, endormie, l'anesthésie facilitant l'introduction de la main et retardant peut-être un peu les contractions utérines. Elle sera dans l'attitude que je vous montre ici, couchée sur le dos. Il y a quelquefois avantage à élever le siège, surtout chez les femmes multipares ou bossues, chez lesquelles le ventre bombe en avant. Pour ma part, je fais placer volontiers sous le siège, 4, 5 ou 6 paires de draps.

La main, vaselinée sur sa face dorsale, sera présentée à la vulve et introduite. La version ne doit pas être une opération de force, de violence, mais une opération de rapidité, de surprise, sous peine d'être arrêtée par une contraction utérine. Les anciens accoucheurs opéraient très vite. Lorsque, au moment de commencer, il se produit une contraction, attendez. Dès que la contraction cesse, introduisez la main et arrivez sur la tête. Ici, deux manières de faire. Si vous êtes sûr de vous, déplacez la tête, en la repoussant en haut et en avant. Passez ensuite. Si vous n'êtes pas très maître de vous, au contraire, ne vous attardez pas à ce détail : promptement, passez sur la face et vous tombez sur une partie fœtale qui est certainement une main. Il faut pousser plus loin, très loin même. Les débutants ont toujours peur d'aller trop loin. La main introduite, vous avez reconnu au passage la face antérieure du thorax, l'abdomen ; vous avez senti le cordon et très rapidement vous êtes arrivé au fond de l'utérus. Vous rencontrez parfois un pied, parfois deux pieds. Souvent, vous n'atteignez qu'un genou. Tirez-le et soyez tranquille : le premier genou qui se présente est toujours le genou antérieur.

Je me résume. Introduisez la main franchement, déplacez ou non la tête. Allez vite au fond de l'utérus. Vous arrivez sur un genou, que vous allez saisir en l'accrochant avec le doigt. On fait alors un double mouvement. La main libre, appliquée sur le fond de l'utérus, aura appuyé sur le siège et aura présenté le genou au doigt. Puis, cette main se détache et vient en bas appuyer sur la tête pour la repousser en haut en même temps que l'on va tirer sur le genou. Cette manœuvre est facilitée si, au préalable, vous avez déjà déplacé la tête comme je l'indiquais, il y a un instant. Vous attirez donc finalement le genou et le pied à la vulve.

La version s'exécute rapidement. On peut dire que c'est la plus brillante des opérations obstétricales, la plus facile, celle qui donne le mieux l'impression de sécurité. Oui, mais elle offre quelquefois des difficultés ; elles sont de trois ordres.

On peut, en introduisant la main, rencontrer une contraction.

On peut ne pas atteindre le pied. On se rend compte que le segment inférieur est étroitement appliqué contre la tête et on est dans l'impossibilité de passer.

On peut ne pas arriver à faire facilement le déplacement de la tête et du siège. On a atteint le genou, on tire, et la tête ne se mobilise pas, ne remonte pas.

Première difficulté : la contraction utérine. — Je viens de définir la version une opération de surprise. Les bons opérateurs l'exécutent d'une façon très rapide. Si on a affaire à un utérus qui se contracte, on laisse finir la contraction ou on retire la main si elle n'est pas très avancée. Une fois la contraction terminée, on reprend l'opération. La situation ne devient embarrassante que si l'on veut continuer quand même.

Deuxième difficulté. — Vous avez une tête au détroit supérieur, un utérus qui se contracte depuis longtemps ; vous introduisez la main et quand vous avez pénétré dans l'orifice externe, vous sentez déjà que cet orifice externe est un peu bridé. Vous allez plus loin et au lieu de trouver un segment inférieur qui se laisse distendre, vous le sentez appliqué contre la tête. Continuant votre route, vous arrivez au-dessus de la tête et à ce moment vous vous rendez compte qu'il y a contraction partielle de l'utérus, qui double la résistance. La main, tenue bien de champ, s'insinue entre l'anneau de Bandl et la partie fœtale. Vous repoussez un peu l'anneau et vous passez encore. Introduisant le doigt entre l'anneau de Bandl et le fœtus, vous triompherez de la résistance de cet anneau.

Troisième difficulté. — Celle-là est la suite de la précédente. Les versions faciles sont faciles jusqu'au bout. Les versions difficiles le sont de même. Vous venez de triompher de la deuxième difficulté. Vous avez un genou, vous tirez, il ne vient pas. L'anneau de Bandl, qui a permis à la main de passer, ne le permet pas à la tête.

Dans la version, il faut amener le pied à la vulve et le siège au détroit supérieur. Lorsque vous avez des difficultés à amener le siège, c'est que l'anneau de Bandl ne le laisse pas descendre. Comment faire ? On a proposé deux méthodes. Dans la première, on déplie le pied, on l'abaisse, on le saisit. Ce n'est pas toujours commode. On peut saisir le pied de la manière suivante. On prend un lac et deux pinces. On porte le lac au-dessus du pied, on tourne les pinces pour enrouler le lac : le pied est accroché. On procède alors à la *double manœuvre*. On a un pied saisi, la pince dans une main ; l'autre main, dans le vagin, appuie sur la tête pendant que l'on tire sur le pied. On a, à un moment donné, l'impression que la tête a cédé et passé au-dessus de l'anneau de Bandl.

Telles sont les trois difficultés rencontrées : la contraction de l'utérus, la résistance de l'anneau de Bandl à l'entrée, la résistance de l'anneau au passage du siège et de la tête. Rappelez-vous que, dans la présentation du sommet, la version est une sorte d'opération de choix. On s'y adresse, dans la majorité des cas, pensant que la tête passera mieux dernière que première. Et voilà les difficultés auxquelles on se heurte ! Sont-elles si importantes qu'elles compromettent l'intervention ? J'ai fait beaucoup de versions ; j'ai même défendu cette opération. Effectivement, lorsqu'elle est facile, c'est l'opération idéale. Mais, lorsqu'elle se présente avec des difficultés, on est

à peu près sûr d'en rencontrer jusqu'au bout : l'anneau de Bandl intervenant, la version devient mauvaise et donne habituellement un enfant mort. Les manœuvres qui ont pour but de triompher des difficultés, la double manœuvre, sont intéressantes parce qu'elles permettent de se tirer d'affaire dans une opération mal engagée ; toutefois, si vous êtes bon accoucheur, si vous sentez l'anneau de Bandl se contracter, ne persévérez pas, hormis certains cas spéciaux... Ceci revient à dire que, dans la présentation du sommet, vous ne vous déciderez à faire la version que si elle vous paraît facile, dans un bassin peu rétréci, avec une poche des eaux que vous romprez vous-même, avec un fœtus pas trop gros, une tête flottante au-dessus du détroit supérieur, un utérus complaisant. Hors ces cas, sentez ce que dit l'anneau de Bandl.

J'arrive à la version dans la présentation de la face. Les règles en sont les mêmes que celles du sommet. Vous introduisez la main dont la face palmaire regarde l'abdomen, la gauche dans les M. I. D., la main *antonyme* par conséquent. Vous cherchez le pied ou le genou, vous abaissez le siège et vous faites passer la tête. Je vous disais, à propos de la présentation du sommet, qu'il faut introduire la main profondément. Ici, l'introduction doit se faire plus loin encore. Rien n'est plus long qu'un fœtus fléchi, si ce n'est un fœtus défléchi. Dans la présentation de la face, les pieds regardent le fond de l'utérus. La main doit aller extrêmement loin, repousser la tête, arriver sur le bras, sur la jambe.

Les difficultés sont importantes. Sans parler des contractions accidentelles de l'utérus, vous serez en présence d'un anneau de Bandl, toujours rétracté dans le cas de présentation de la face. C'est dans la face que l'on fait la double manœuvre la plus difficile. Vous avez aussi à lutter contre l'hyperextension du fœtus : dans l'immense majorité des cas, une telle version est très difficile et rarement favorable pour l'enfant. Il faut en être extrêmement sobre, et ne la tenter qu'avec un travail rapide et une tête mobile, à peine fixée. Ces conditions étant rares, la version podalique par manœuvres internes est rarement indiquée dans la présentation de la face. Le plus souvent, vous vous trouverez mieux de laisser aller le travail.

Leçon recueillie par le Dr P. LACROIX.

PRATIQUE MÉDICALE

Sur un signe des affections chroniques du pharynx.

Par le Dr DE CHAMPEAUX, de Lorient.

Il est un signe des affections chroniques du pharynx sur lequel l'attention des médecins n'a pas été suffisamment attirée.

L'examen direct du pharynx chez les gens sujets aux maux de gorge ne révèle souvent que des amygdales à peine saillantes, quelques granulations disséminées çà et là, aspect qui n'explique pas les poussées aiguës auxquels sont sujets ces individus.

Par suite du contact de l'abaisse-langue avec la base de l'organe, il se produit parfois chez les gens impressionnables un réflexe : le sujet est pris d'un *haut-le-cœur* comme s'il allait vomir, et le médecin observateur s'écarte brusquement pour ne pas recevoir un produit quelconque rejeté par le malade.

Souvent même ce mouvement nauséeux se produit chez les gens à pharynx facilement irritable (comme les nerveux, certains fumeurs), en dehors du contact de l'abaisse-langue ; au moment où celui-ci est présenté devant la bouche ouverte, la langue se cabre et vient s'appliquer contre la voûte palatine, on ne voit plus rien et le médecin est obligé de recourir à certains artifices pour empêcher le réflexe de se produire, tels que : cocaïnisation des parties (qui augmente souvent le spasme au lieu de le diminuer), examen sans abaisse-langue en faisant prononcer la lettre A, usage de bromure de potassium quelques jours avant l'examen, etc.

Dans les états aigus, avec irritation vive des parties, en outre de l'hyperémie déjà existante, l'état nauséeux se produit de lui-même au moindre examen avec ou sans instrument, de sorte qu'il est facile de se rendre compte de l'état de l'organe malade.

Mais, chez les gens atteints d'affections chroniques, après l'examen ordinaire en état de calme, c'est-à-dire en dehors de toute poussée aiguë, provoquez ce mouvement de nausée, résistez au mouvement involontaire qui vous pousse parfois à vous mettre de côté, enfoncez même, s'il le faut, plus profondément dans l'arrière-gorge votre abaisse-langue, et aussitôt les détails du pharynx vous apparaîtront avec une netteté bien plus grande : les piliers en se contractant feront une saillie énorme ; les amygdales sortiront de leur loge pour peu qu'elles soient hypertrophiées ; les granulations apparaîtront plus distinctes ; d'autres que l'on ne voyait pas se manifesteront, le lacis veineux se développera ; vous aurez réalisé l'état aigu pour un moment et vous aurez la clef de phénomènes dont vous cherchiez en vain la raison.

Je propose de donner à ce mouvement nauséeux provoqué le nom de *signe de la nausée*, vu qu'il est facile de le faire produire à tout sujet en lui disant de se comporter comme s'il avait envie de vomir. Ce signe fournit des renseignements importants dans les affections chroniques du pharynx.

CHIRURGIE D'URGENCE

La cantine du chirurgien.

Un certain nombre de confrères m'ont écrit, d'autres se sont adressés au *Concours* pour avoir des renseignements sur ce que nous avons appelé *la Boîte d'urgence.*

Cette boîte d'urgence fait partie du matériel d'urgence, et, puisque la question intéresse une assez grande quantité de confrères, nous demandons la permission de revenir là-dessus.

Rien n'est plus facile que d'être toujours prêt à partir ou en mesure d'opérer, il suffit pour cela d'un peu de méthode et de minutie.

On peut improviser partout une table d'opération. Un volet, une persienne placée sur deux supports, seront un lit d'opération très suffisant, mais cependant il y a mieux.

Certes, on aura plus de facilité avec un volet ou une persienne que si on utilise une table de salle à manger. Il faut mettre le plan de la planche opératoire à sa hauteur sous peine de sortir brisé d'une intervention de quelque durée. Sur une table de salle à manger, ou sur une table ordinaire, on aura à se baisser beaucoup, d'où l'inconvénient que je signale.

J'ai fait, jadis, construire une table, qui a été depuis imitée, copiée et réinventée par beaucoup.

Cette table, que fabriquait la Maison Adnet,

Correspondance hebdomadaire
(*Suite*).

Il sera possible pour vous d'établir que c'est à lui que vous avez fait confiance et vous pourrez prouver par témoignage et présomption, qu'il y a eu engagement de sa part surtout si, la somme due étant inférieure à 150 francs, vous pouvez établir que c'est lui qui est venu vous chercher.

Dans tous les cas une jurisprudence presque constante s'est établie par laquelle le tiers qui fait appel au médecin pour donner des soins à une personne à la guérison de laquelle il porte intérêt s'engage par ce fait même à faire rémunérer ce médecin de ses peines et soins. (Cour de cassation, 4 décembre 1872, confirmant un jugement du tribunal de Narbonne, et un arrêt de la Cour de Montpellier. PATUREAU et GUERRIER : *Jurisprudence médicale* p. 157). Vous demanderez au juge de vous autoriser à faire la preuve. Elle ne peut vous être refusée si la somme est inférieure à 150 fr. Et même si elle est supérieure, vous avez droit à faire cette preuve, car il a été admis et par un jugement du tribunal de la Seine et par un arrêt de la Cour que la créance médicale rentre dans l'excep-

Suite page X.

ne revenait pas bien cher et avec deux housses qui contenaient, l'une le pied, l'autre la table, on arrivait au poids de 30 kilos, ce qui, pour le transport en chemin de fer a son petit avantage.

Cette table de bonne hauteur permet de donner au malade toutes les positions, position gynécologique, et plan incliné.

Deux porte-cuisses facilitent les interventions vaginales. Dans une housse, j'ai toujours, roulée sur un rouleau de bois, une toile cirée, dite drap d'hôpital et, de la sorte, quand j'arrive au domicile du client, je n'ai à demander qu'une couverture de laine ou de coton ou un couvre-pieds. J'ajoute toujours qu'il n'y aura rien de sali et cela grâce à ma toile cirée.

Ma table est montée en trois minutes, au plus.

La couverture en plusieurs doubles est placée dessus.

La toile cirée ensuite, et sur le tout un drap.

Un seau ou un bassin quelconque (cuvette ou bain de pied), complète mon installation.

Deux tables ordinaires prises dans la maison sont nécessaires ; l'une plus grande, qui servira aux cuvettes et l'autre aux instruments.

Recouvrez-les de linges blancs, serviettes, nappes ou draps ; plus il y a de blanc et mieux cela vaut.

Afin de ne pas faire de dégâts inutiles, prenez soin de mettre sur les tables quelques papiers ; s'il tombe de l'eau ou d'autre liquide, il vaut mieux ne rien gâcher.

Ces détails semblent peu importants, soyez sûrs qu'ils seront remarqués et qu'on vous en saura gré.

J'arrive maintenant à ce que j'ai appelé la boîte d'urgence.

Ici, encore, il ne sert de rien de faire des discours.

Je vais me borner à dire ce que je fais et comment je fais, chacun appréciera et s'il juge bon, fera les critiques et changements qu'il estimera nécessaires.

On peut faire faire sa boîte d'urgence à la dimension qu'on veut, mais avec un sac de 60 à 65 centimètres de long, à double compartiment, on a déjà une grandeur suffisante. Le type parfait, c'est la cantine d'officier ; c'est résistant, pas trop lourd, pas trop grand, à mon avis c'est le modèle le meilleur.

On y fera disposer des cases ou bien on affichera dans le couvercle un tableau de tout ce que doit contenir la cantine. Avec des casiers, on n'oubliera rien, avec des tableaux on peut parfois manquer.

On y mettra :

Au moins *deux tabliers* et *deux blouses* ; c'est le minimum.

J'ai fait faire des tabliers sans poches. La poche ne sert à rien. J'ai des blouses très courtes et de tissu très léger. C'est afin de ménager la place et le poids.

Deux brosses à ongles. On trouve partout ces brosses dites de cuisine à deux ou trois sous dans les bazars.

Il faudra les marquer pour savoir celle qui est pour l'opérateur, et celle qui est pour l'opéré. Dans le cas où il y aurait à préparer une région infectée, ou une surface cruentée, ou seulement une peau présentant des fistules avec du pus, on peut nettoyer avec un tampon de fibre de bois qui brosse très bien.

C'est sans valeur ; les colis du Louvre ou du Bon Marché, en apportent dans nos ménages en quantité suffisante ; lorsque le lavage est fait, on jette le paquet de fibre ou on le brûle.

Savon. — J'emploie le savon blanc de Marseille, il mousse bien, ne fendille pas la peau et ne sent rien. Les savons qu'on trouve dans les ménages sont parfumés de tant de façons qu'il en résulte un mélange de musc, de foin coupé, de lilas ou de patchouli du plus détestable effet.

On aura pour le savon une boîte à savon qui devra toujours être pourvue de la quantité nécessaire.

Cuvettes. — J'en mets six, en émaillé. Cuvettes rondes très ordinaires, qui s'emboîtent l'une dans l'autre. Une sert au permanganate, une au bisulfate, une à l'eau bouillie, une autre à faire le change de l'eau bouillie et les deux autres servent suivant le matériel qu'on trouve chez l'habitant, à se laver les mains ou ne servent à rien.

Plateaux. — En émaillé aussi, entrant l'un dans l'autre, j'en emporte trois habituellement. Pour éviter qu'ils ne s'écaillent, je les sépare par des petites compresses de tissu éponge.

Les plateaux, ainsi que les cuvettes, sont chaque fois flambés en arrivant chez l'opéré. Mais avant d'être remis dans les cantines, ils sont nettoyés à l'eau très chaude (cristaux de soude et savon noir), puis rincés.

Un plateau sert aux *ciseaux*, *bistouris*, *sondes* cannelées, aiguilles.

Un autre, aux pinces hémostatiques, kocher, écarteurs de Farabeuf, pinces à anneaux, etc.

Le troisième, aux valves, longuettes, érignes, champs, rugines.

Rien de plus facile que d'ajouter un ou deux de ces plateaux suivant les cas.

On peut également mettre sur une table une compresse de toile et y disposer des instruments si on manquait de place.

Solution et liquides :

Une bouteille d'alcool à 90°.....	200	grammes
Ether........................	200	—
Eau oxygénée.................	200	—
Solution saturée de bisulfite de soude avec 10 gouttes d'acide chlorhydrique (dose pour un litre 1/2)..................	200	—
Permanganate de potasse 5 paquets de....................	5	—
Chlorure de sodium 5 paquets de (dose pour un litre).	7	—

Glycérine créosotée à 5 %.

Voilà à peu près l'indispensable ; on peut y ajouter de la teinture d'iode, une solution de chlorure de zinc, du bicarbonate de soude et du borate de soude, pour faire bouillir les instruments.

Pour éviter la casse, on peut utiliser des étuis en bois pour mettre les bouteilles ou de simples étuis en carton. J'emploie des bandes papier ondulé, que je mets de côté quand les maisons de spécialités me font un envoi.

Dans un étui spécial, je mets un rasoir, qui doit toujours bien couper.

Une pince à langue.

Un tire-bouchon.

Un cure-ongles et des allumettes.

Ces détails peuvent paraître puérils, mais ceux qui ont un peu d'expérience sauront reconnaître que moins on a à demander et mieux cela vaut.

Il sera bon d'avoir une douzaine au moins d'épingles de nourrice.

Comme bandes, ayez une ou mieux deux bandes genre Velpeau. Les bandes de crêpe Tuto, de la Maison Corbière et Lindeux, sont très bonnes, mais on ne peut malheureusement pas encore les trouver partout. Comme dimension prenez une largeur moyenne, 6 à 7 centimètres au plus. Deux ou trois bandes de gaze molle, de 12 à 15 centimètres de largeur et de 10 mètres de long.

Vous pouvez tout faire avec cela.

Un paquet ou deux de coton hydrophile, et vous avez le nécessaire pour un pansement.

En cas de laparotomie, songez au bandage de corps en flanelle.

Si vous n'avez pas l'habitude de mettre votre seringue de Pravaz dans votre poche, mettez-en une dans votre cantine ; seringue en verre, bien entendu, et deux aiguilles de platine iridié, une courte, une longue.

Il va vous rester à vous munir du matériel servant aux ligatures.

Catgut n° 2. Catgut n° 1 ; de chaque deux flacons. On peut, à peu près, tout faire avec ces deux numéros.

Deux tubes de crins. Gros et moyens.

Si, par hasard, vous avez à faire une suture d'intestin, la soie vous rendrait service, il faut la prendre très fine. Au besoin on la double.

Dans une boîte ou un étui, mettez des aiguilles à suture, droites, courbes et de toutes dimensions, il ne faut jamais être pris au dépourvu.

Un tube d'agrafes de Michel permet également de faire une suture rapide.

J'ajoute trois ou quatre drains, petits, moyens, gros et d'une bonne longueur.

Au besoin une longueur de drain sert à faire l'hémostase sur une portion de membre.

N'omettez pas d'avoir au moins trois flacons de chloroforme. Un accident peut arriver. Un flacon peut tomber, se casser ; un confrère qui vous aide, peut n'avoir pas une très grande habitude et gâcher la moitié d'un flacon, sinon plus. Trois flacons ne sont pas de trop pour ne rien avoir à craindre.

Je rappelle ce que j'ai dit, au sujet des liens. Trois bandes faites de tissu de coton servant aux mèches de lampe à pétrole vous faciliteront la contention des hommes les plus vigoureux. Fixez les mains, fixez les jambes. Vous apprécierez ce conseil et reconnaîtrez qu'avec ces mèches on est tranquille.

Comme en cas pour un pansement humide, ayez un mètre de taffetas gommé chiffon, et dans des boîtes vos tampons stérilisés.

Les boîtes carrées sont d'un maniement plus facile que les bocaux ou les boîtes rondes. Mais on prend ce qu'on a.

24 compresses de gaze, non cousues, grandes, autant de moyennes, trois ou quatre champs de toile et si vous n'êtes pas gâcheur, vous pouvez faire avec cela, mais ce sera juste dans certains cas.

J'ai pour principe de faire, quand je le puis, une prescription qui est confiée au pharmacien. Mais, quand même, j'apporte mon matériel, car une circonstance indépendante des volontés peut retarder la livraison et c'est ici le cas ou jamais de dire qu'abondance de bien ne saurait nuire.

Je ne parle pas d'appareil plâtré, il faut avoir le nécessaire, mais de préférence à part.

Voici donc ce que j'ai appelé la cantine d'urgence. Il y manque les instruments, car on ne peut les indiquer à l'avance et ils varient suivant chaque opération.

Ceux qui veulent être pratiques et ne rien laisser au hasard feront bien de noter sur un carnet les instruments qui conviennent à chaque opération, il n'y aura, en agissant ainsi, aucune crainte d'oubli.

Stérilisation et transport d'instruments peuvent se faire séparément.

Si vous avez de l'aide, infirmiers, infirmières, ou assistants, la pièce où vous devez opérer sera prête à l'avance et tout sera disposé suivant vos habitudes, à votre arrivée vous n'aurez qu'à installer vos instruments dans les plateaux.

Soyez maniaques, minutieux, méticuleux, c'est une qualité pour un opérateur ; sous votre manie, vous cachez la régularité qui est indispensable. Tout doit reprendre sa place dans votre cantine, tout doit se retrouver.

De retour au logis, comblez les vides de façon à être toujours en état de partir. Votre mobilisation ne doit demander que le temps de choisir vos instruments.

J'espère que ces détails suffiront à ceux de mes confrères que la question intéresse ; s'il persistait quelques obscurités où s'ils désiraient un complément d'indication quelconque, je me ferais un plaisir de le leur donner.

Dr Ch. LEVASSORT.

HYDROLOGIE THERMALE

Les Etats anémiques à Châtel-Guyon

Nous nous proposons d'étudier, quoique sommairement, il est vrai, le *traitement balnéothérapique de la majorité des anémies secondaires d'origine gastro-intestinale à Châtel-Guyon.*

Quoi qu'on traite à Châtel-Guyon de préférence les malades atteints d'entéropathies, on y observe aussi assez fréquemment les gastropathies les plus diverses, car nous connaissons toute une catégorie d'*entéropathies gastrogènes,* dont la lésion gastrique causale peut être plus ou moins voilée ou même guérie.

Nous disposons donc d'une série d'observations qui nous autorisent à proclamer l'utilité d'une cure thermale contre l'anémie à Châtel-Guyon, surtout lorsque cette anémie est d'origine gastro-intestinale.

Le malade profitera de l'hydrologie de Châtel-Guyon, soit par une *thérapeutique pathogénique* visant la maladie causale, soit par une *médication symptomatologique* de l'anémie secondaire, conséquence plus ou moins directe de cette maladie causale.

Sous la dénomination d'anémie, on ne comprenait au début, que des états morbides avec absence de sang ; ainsi, on parlait et on parle encore de l'anémie cérébrale : aujourd'hui sous la dénomination d'*anémie* figurent des modifications très variables du sang : diminution de la quantité totale, variations quantitatives, organoleptiques et quantitatives des éléments figurés et du plasma sanguin et enfin certaines altérations chimiques.

Les *anémies primaires* (leucémie, pseudoleucémie, anémie pernicieuse progressive, etc.) peuvent être traitées avec plus de succès dans d'autres stations thermales (La Bourboule, par ex.), qu'à Châtel-Guyon.

Les formes d'anémies les plus fréquentes et les plus justiciables de cette station sont les suivantes :

a) Anémies survenues après des hémorragies abondantes, ou mêmes insignifiantes répétées : hémorroïdes, entérorragies, gastrorragies, métrorragies, entéro-colite muco-membraneuse.

b) Anémies par des intoxications chroniques, mauvaise hygiène collective ou mauvaise hygiène privée.

c) Anémies par des auto-intoxications chroniques, consécutives à une alimentation inappropriée : suralimentation, maladie du tube gastro-intestinal, fermentation et putréfaction intestinales, constipation, certains parasites intestinaux (ankylostome, bothriocéphale, par exemple).

d) L'anémie provient encore souvent d'une

nourriture pauvre en substances ferrugineuses (allaitement naturel ou artificiel trop prolongé, régime lacté exclusif, régime des farineux, etc.). Le lait et la farine extrafine, c'est-à dire privée de la cuticule des céréales, sont très pauvres en fer.

Arrêtons ici l'énumération des causes principales de l'anémie secondaire, et examinons maintenant l'*arsenal thérapeutique de Châtel-Guyon*. Dans cet arsenal figure une série d'agents physiothérapiques qui ne sont pas un monopole de Châtel-Guyon ; isolés, ou plus ou moins associés, ils existent aussi ailleurs (le climat, le régime diététique, l'hydrothérapie, etc.). Mais il y a un agent principal, qui est tout à fait local : c'est la balnéothérapie châtelguyonnaise. Celle-ci, très active par elle-même pour combattre les états anémiques, doit cependant être complétée par d'autres agents physiothérapiques, dits accessoires ; on obtient ainsi la *cumulation des effets curatifs*.

L'*anémie*, et plus encore la *chlorose*, sont principalement caractérisées par un appauvrissement d'hémoglobine dans les globules rouges du sang (oligochroménie). Nous savons que l'hémoglobine contient du fer qui devient, à la rigueur, le véhicule de l'oxygène et qui commande par conséquent tout le métabolisme inter et intracellulaire. Or, les *Sources de Châtel-Guyon contiennent du fer sous une forme très assimilable, en combinaison harmonieuse avec d'autres éléments pour la restauration du plasma sanguin* (chlorures, carbonates). Le plasma sanguin, lui aussi, souffre dans les anémies, comme nous l'avons expliqué plus haut. Bien que nos Sources n'aient pas une richesse remarquable en fer, la quantité contenue dans un litre est largement suffisante pour le bilan journalier de l'adulte (6 centigrammes). Le fer anorganique n'agit pas seulement comme *élément constitutif assimilé*, mais il agit encore en qualité de *stimulant des organes hématogènes* et *catalysateur des oxydases*, de ces *enzymes* curieuses qui, sans être oxydées elles-mêmes, provoquent des oxydations.

Un intestin malade avec une abondance de phagocytes en absorbe davantage qu'un intestin normal. C'est bien souvent le cas chez nos malades. L'absorption rectale de l'eau ferrugineuse peut être facilitée par des procédés retardateurs de l'expulsion du contenu intestinal du côlon (opium et lavement hydrominéral, en combinaison d'huile par notre *oléoclyseur*, dont la technique faible a été exposée ailleurs).

Dans ce procédé, l'huile éloigne le péristaltisme, favorise l'ascension de l'eau dans tout le trajet du gros intestin (ascension prouvée par la radioscopie et la biopsie chirurgicale) et permet ainsi son absorption totale.

Qu'il nous soit permis d'insister ici sur l'entraînement collectif du malade par un régime diététique rationnel à Châtel-Guyon, où les « tables de régime » sont partout adoptées. Le malade se soumet volontiers à ce régime, car il ne voudrait pas annuler ou amoindrir l'efficacité de la cure thermale, de même qu'un homœopathe ne prend pas de substances aromatiques, pour ne pas annihiler ses globules médicamenteux ou ses triturations et ses dilutions centésimales.

L'importance de la diététique rationnelle pour la thérapeutique anti-anémique sera mieux appréciée lorsqu'on se rappellera que la majorité des anémies secondaires proviennent du tube digestif, quelquefois même par un mécanisme très indirect, comme chez les coloniaux.

De nombreux examens hématologiques (hématométrie par les procédés de Sahli et Tallquist, la numération des hématies et des leucocytes d'après Zeiss-Thomas, le procédé commode de coloration de May-Grunwald, etc.) faits au début et à la fin de la cure thermale combinée et rationnelle, nous ont démontré l'efficacité indiscutable du traitement de Châtel-Guyon. *Le taux de l'hémoglobine* (l'élément sanguin le plus essentiel pour nos anémiques et nos chlorotiques) *s'était élevé de* 3 *à* 8 % *en moyenne par semaine* lorsque l'hématométrie donnait un taux bas (de 30 à 40 % par exemple). L'ascension de l'échelle hémoglobinique est déjà plus difficile à partir de 70 à 75 %. Néanmoins très exceptionnellement certains de nos malades sont arrivés à la fin de la cure au *coefficient normal d'hémoglobine*.

L'énumération détaillée de ces cas d'un mécanisme pharmaco-dynamique bien compliqué, appartient plutôt à une Société de Médecine interne.

Nous croyons pourtant avoir éclairé un peu l'*indication formelle de Châtel-Guyon dans la thérapeutique hydrominérale des états anémiques*. Cette station se prête donc comme lieu d'élection pour passer utilement des vacances thérapeutiques antianémiques. Les malades eux-mêmes s'en rendront compte en observant attentivement leur teint avant, pendant, mais surtout après le traitement balnéothérapique. Quand aux données mathématiques, par l'hématoscopie clinique, celle-ci peut être consultée à Châtel-Guyon avec la même facilité que dans les grands centres universitaires et scientifiques.

Docteur Kolbé, de Châtel-Guyon,
Ancien professeur à la Faculté de Médecine de Buenos-Ayres.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Le libre choix du médecin pour les assistés

Extrait des comptes rendus du Conseil général de la Loire

Séance du vendredi 18 *septembre* 1908

Le Docteur Laurent :

Messieurs ;

Je croirais manquer à mon devoir de médecin et de député républicain si je ne prenais aujourd'hui la parole en faveur de la liberté, pour l'indigent assisté, de choisir lui-même son médecin.

Un seul argument est invoqué contre l'usage de cette liberté, c'est que l'augmentation de frais qui en résulterait serait considérable, et qu'elle obérerait les finances départementales. Notre collègue, M. Desjoyaux, vient de vous démontrer que le libre choix n'augmente nullement les dépenses de l'assistance.

Le véritable motif, celui-là inavoué, parce qu'inavouable, c'est de mettre la main sur le corps médical et de faire du médecin un agent électoral, ou au moins d'enchaîner sa liberté politique.

Je suis convaincu que le Préfet actuel de la Loire, M. Huard, lorsqu'il aura à nommer un médecin de l'assistance, ne s'inspirera d'aucun sentiment de mesquine politique; mais avant lui, d'autres n'ont pas eu les mêmes scrupules ; et, du reste, si les préfets changent, les abus restent.

C'est pour cela que, contrairement aux conclusions de M. Morel, je suis d'avis de laisser, non à l'administration, mais à l'indigent, le droit de choisir son médecin.

Depuis un siècle, le peuple a lutté pour obtenir la liberté individuelle, la liberté de conscience, la liberté de la presse. la liberté de réunions, allez-vous lui refuser la liberté de confiance ?

Cette liberté est accordée au riche qui paye, aux blessés du travail (lois du 9 avril 1898 et du 31 mars 1905). Les mutualistes, dans un congrès récent, présidé par M. Loubet, se sont à une grosse majorité prononcés pour le paiement à la visite, avec la liberté du choix du médecin. Si quelques sociétés de secours mutuels semblent n'avoir pas encore cette liberté, elles s'en rapprochent cependant puisque le médecin ou les médecins de la société sont toujours choisis par les mutualistes eux-mêmes, à la majorité des voix.

Pourquoi vouloir faire une exception contre l'indigent, cet invalide, ce blessé de la société ?

Dernièrement, la Ligue des Droits de l'Homme et du Citoyen, présidée par M. de Pressensé, sur la proposition du docteur Sicard de Plauzoles, adoptait la résolution suivante :

« Le Comité Central de la Ligue des Droits de l'Homme, considérant que le libre choix du médecin par le malade ne saurait en aucun cas être supprimé ou limité, émet le vœu que les pouvoirs publics interviennent de la façon la plus énergique pour faire respecter par tous ce droit élémentaire ».

On a, il est vrai, cherché à objecter que cette liberté de choisir son médecin est refusée à deux catégories de malades : aux malades des hôpitaux et aux militaires.

Mais, Messieurs, outre que dans grand nombre de petites villes le service des hôpitaux est fait à tour de rôle par chacun des médecins de la localité, ce qui offre aux malades quelques chances d'avoir leur médecin habituel, il faut observer que partout, dans les grandes villes, les médecins des hôpitaux sont nommés au concours; que les hôpitaux sont desservis par plusieurs médecins ou chirurgiens ; que chaque service d'hôpital est en quelque sorte spécialisé : chirurgie, obstétrique, pédiatrie, ophtalmologie, médecine générale, etc. De sorte que les malades des hôpitaux y trouvent ce qu'ils viennent y chercher, c'est-à-dire le médecin de leur cas, si-*non le médecin* de leur choix.

Quant aux militaires, vous savez bien qu'en principe ce sont tous des hommes jeunes, vigoureux, bien portants et rarement malades ; que leur passage sous les drapeaux est de courte durée et qu'ils ne seraient, en somme, privés de la liberté de choisir leur médecin que pendant deux ans. De plus, le rôle du médecin militaire est surtout de veiller à l'hygiène du soldat, à sa discipline sanitaire ; son rôle est plutôt de prévenir que de guérir.

Mais, même au régiment, le soldat est habituellement examiné par deux médecins, le major et l'aide-major ; il a donc double garantie ; s'il est très malade il est envoyé à l'hôpital, où il est soigné par un troisième médecin.

Dans certain cas, des militaires, non reconnus par le médecin du régiment, ont pu faire appeler des médecins civils et ces consultations ont été autorisées, je pourrais presque dire recommandées, par le Sous-Secrétaire d'Etat à la Guerre, l'honorable M. Chéron.

Du reste, Messieurs, 53 départements permettent au malade indigent de choisir son médecin ; 84 départements dont la Loire, lui laissent le libre choix de son pharmacien.

Vous accorderez donc aux assistés de notre département cette liberté qui est réclamée par les malades et par l'unanimité du corps médical. Celui-ci l'a réclamée dans ses congrès des praticiens : à Paris en 1907 et à Lille en 1908. Les associations médicales, les syndicats médicaux, la demandent. A l'unanimité l'association des médecins de la Loire et de la Haute-Loire en a émis le vœu en 1907.

A la Chambre des Députés, une proposition de loi en ce sens a été déposée par M. le docteur Dubuisson, moi-même et de nombreux députés.

L'adoption de ce projet de loi donnerait aux malades, avec la liberté, une garantie d'examen plus complet, plus consciencieux ; elle augmenterait la dignité du malade vis-à-vis de lui-même, vis-à-vis du médecin.

On a libéré le malade des hôpitaux de la pression religieuse, on ne lui imposerait pas un confesseur contre son gré ; pourquoi lui imposer un médecin contre son gré ?

Le droit de l'homme à la liberté est tellement imprescriptible que le législateur a refusé de reconnaître les vœux perpétuels du prêtre, du religieux, comme attentatoires à la liberté individuelle ; et vous refuseriez au malade affaibli physiquement, cérébralement par la douleur, le droit de choisir son médecin ? Mais, ce serait pire que d'enlever à l'accusé le droit de choisir son avocat.

Vous savez bien que, pour le malade en général, et pour le chronique et le nerveux en particulier, il n'y a de guérison possible qu'avec la confiance en son médecin. Cette confiance est le premier élément, souvent le plus important de la guérison ; la lui enlever, c'est le condamner à mort. Voulez-vous maintenir la peine de mort au moment même où de toutes parts on en réclame la suppression ?

C'est aussi, Messieurs, l'intérêt de la Société de laisser le libre choix de son médecin au malade. Mieux soigné, ou croyant l'être (ce qui parfois revient au même) il guérit plus vite ; plus confiant, il réclame moins souvent l'hospitalisation, qui est fort coûteuse.

Cette liberté crée entre les médecins une concurrence heureuse, une émulation toujours nécessaire et utile, souvent indispensable à l'exercice de leur profession.

Elle facilite le service en cas d'épidémie, d'accident grave ou urgent ; et, par des secours plus rapidement donnés, en diminue à la fois et la gravité et les frais.

Elle facilite l'organisation des dispensaires pour tuberculeux, des consultations publiques pour les nourrissons, des gouttes de lait, etc. Elle permet une surveillance plus sérieuse, une protection plus efficace des enfants du premier âge, dont elle contribuera à faire diminuer la mortalité. Le département de la Loire, qui occupait jadis le 16e rang à ce point de vue, est descendu au 25e, ainsi que vous le signalait M. le Président du Conseil, par une dépêche en date du 26 juillet 1907. Je suis persuadé que l'absence de liberté dans le choix du médecin n'est pas étrangère à cette augmentation de la mortalité infantile dans la Loire.

Vous devriez également en être partisans, car

cette liberté libère les administrations : préfets, sous-préfets, maires, les hommes politiques : sénateurs, députés, conseillers généraux, des quémandeurs auxquels ils ne peuvent se soustraire. Vous savez tous que pour des raisons politiques ou autres, ils imposent parfois aux indigents des médecins qu'ils refuseraient pour eux-mêmes. La liberté leur rendrait leur indépendance.

Mais, Messieurs, c'est surtout dans l'intérêt du médecin que vous devriez faire cette réforme. Et quand je dis l'intérêt du médecin, ce n'est pas de son intérêt purement matériel que je veux parler, c'est surtout de son intérêt moral. Elle sauvegarde sa dignité, vis-à-vis du malade, en mettant face à face deux hommes libres : le médecin et le patient auquel il n'est plus imposé, mais par lequel il a été choisi librement, et vis-à-vis des pouvoirs publics, des hommes politiques, devant lesquels le véritable savant refuse de se courber.

Elle facilite les bons rapports des médecins entre eux, au lieu d'en faire des rivaux jaloux. Puisque vous accordez le libre choix du pharmacien, pourquoi refuseriez-vous le libre choix du médecin ? Pouvez-vous avoir deux poids et deux mesures ?

Qui donc, plus que le médecin, mérite, non cette faveur, mais cette preuve de confiance ?

Qui a plus fait que lui pour répandre partout les notions d'hygiène, de prévoyance ? Qui plus que lui a combattu l'erreur, la superstition ?

Sans le médecin, comment fonctionneraient vos œuvres de mutualité, d'assistance, vos expertises ?

Non seulement il est l'auxiliaire de la Justice lorsqu'elle hésite en face d'un décès suspect, d'un cas de responsabilité douteuse, mais vous faites constamment appel à sa science, à son zèle inépuisable, à son dévouement inlassable, pour vos enfants en nourrice ou dans les écoles, pour vos fonctionnaires, gendarmes, douaniers, forestiers, pour vos malades : des hôpitaux, de l'assistance ;

C'est à lui que vous vous adressez en cas d'épidémie ; toujours, vous trouvez le médecin à son poste la nuit ou le jour, qu'il s'agisse de l'enfant au berceau, de l'infirme sur son lit de misère, ou du vieillard sur son grabat, au poste d'honneur assigné par la société, mais librement accepté par lui.

C'est un véritable prêtre laïque, que ne rebutent ni la fatigue, ni la pauvreté ou la misère, ni le danger de la contagion. Il porte jour et nuit, par monts et par vaux, souvent la guérison, toujours le soulagement et la consolation.

A cet homme d'élite, qui a tant fait pour libérer le peuple de l'ignorance et de l'erreur, à ce fidèle serviteur de la démocratie vous ne ferez pas l'injure de le traiter comme un simple fonctionnaire, vous ne l'assimilerez pas à un vulgaire garde-champêtre.

Vous devez au médecin, vous devez aux indigents, vous vous devez à vous-mêmes de prouver à notre département, à la France entière, que le respect de la liberté individuelle vous est doublement sacré chez l'indigent.

N.D.L.R.— Pourquoi faut-il qu'après cet admirable plaidoyer, qui peut servir de modèle dans les Conseils généraux, il se soit trouvé, d'après les journaux locaux, un médecin, M. Merlin, et un pharmacien, M. Morel, pour combattre et faire échouer la proposition ? Ce bon M. Morel était pourtant avec MM. Limouzin-Laplanche, Vaudin, Jeanne et Diverneresse quand nous avons obtenu du Sénat la liberté de choix du médecin et du pharmacien dans la loi accidents.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

SOU MÉDICAL

Procès-verbal de la séance du 15 octobre 1908

Présents : MM. Maurat, Jeanne, Vimont, Diverneresse, Laisné, de Grissac et Dumesny.

La correspondance comprend :

Lettre du Dr P. de N.— Par ordre supérieur, venant de Paris, je viens d'être payé de mes honoraires dans une affaire médico-légale.

L'action du « Sou » a été la cause de cette heureuse issue, je m'empresse de venir vous remercier.

Lettre du Dr B. de C., tenant au courant de l'état de son procès en responsabilité médicale ; il aurait estropié, dit le payeur, un blessé, atteint de fracture. Une demande reconventionnelle en dommages et intérêts s'était produite en réponse à une réclamation d'honoraires.

Lettre du Dr P. à R. — Longue lettre exposant un cas de contestation d'honoraires. Les soins donnés, au moment où le confrère présente la note, le client répond : « Je vous remercie de vos bons soins, mais je suis assuré et je ne dois rien payer sans l'assentiment de mon assurance. Poursuivi devant la justice de paix, il s'immobilise dans le même système. Le juge fait citer l'assurance, celle-ci répond : « Je ne dois rien, je n'ai rien commandé », et elle produit un reçu de son assuré avec décharge totale. Comme le juge de paix n'admet pas cette théorie, la compagnie répond : « Si je suis responsable des frais médicaux, j'en conteste le montant ». Visites trop nombreuses, tarif exagéré, les produits pharmaceutiques et orthopédiques ont été prodigués.— Je viens demander et j'insiste pour obtenir l'appui moral et pécuniaire du « Sou médical ». Il me semble que voilà un recouvrement peu banal.

Le Conseil est d'avis que le « Sou » ne saurait intervenir jusqu'au jour où le juge de paix aura rendu un jugement. Si le jugement ne lui donne pas satisfaction, le conseil verrait alors s'il faut aller en appel. Ne pas oublier que les délais d'appel sont de 15 jours à dater du prononcé du jugement.

Une lettre du Dr B., de M. L., dans laquelle il expose comment, pour se défendre contre un pharmacien n'exécutant pas leurs ordonnances d'une façon sincère, substituant ses médicaments ou ne les délivrant pas aux doses prescrites, leur causant ainsi un préjudice, les médecins de M. L., après avoir pris conseil de Me Gatineau, ont fait saisir des médicaments aux mains de clients de façon à avoir la démonstration des faits délictueux pour les dénoncer au Parquet. Ils ont dû de ce fait, faire une dépense de 170 fr. 55, et viennent demander au « Sou » de vouloir bien leur rembourser une partie de cette somme, au prorata du nombre des confrères faisant partie du « Sou Médical », soit trois d'entre eux sur 5.

Le secrétaire général expose qu'il compte, comme président du Syndicat de V., proposer à

l'assemblée générale prochaine de prendre à la charge de la caisse syndicale, la moitié de cette somme, soit 85 fr. 15. Il propose de mettre à la disposition des confrères une somme de cinquante et un francs qui représente dans la répartition la part des membres de la Société. Le Conseil adopte la proposition du secrétaire général.

Lettre du Dr V., de L., demandant si la suspension du demi-salaire pour refus de la visite du médecin contrôleur par un accidenté du travail entraîne la suppression des frais médicaux et pharmaceutiques.

Me Gatineau a donné sur cette question la consultation suivante :

« La suspension de l'indemnité temporaire prononcée par le juge de paix en vertu du 6e § de l'article 4 de la loi de 1898-1905, pour refus, par l'ouvrier, de se prêter au contrôle du médecin patronal, ne peut servir de base à une fin de non recevoir en ce qui concerne la demande en paiement par le médecin traitant pour soins donnés à l'ouvrier postérieurement à son refus de recevoir la visite du médecin du patron.

« Certainement, le patron pourra prétendre que les soins étaient inutiles et que si l'ouvrier s'est refusé de se prêter au contrôle, c'était parce que sa blessure était guérie. Cette question de fait pourra donner lieu à une expertise ou à toute autre mesure d'instruction pour rechercher si les soins étaient ou non utiles. Le refus du contrôle patronal constituera un argument dont le patron ne manquera pas de faire état. Mais rien n'empêche que je juge ne condamne le patron à payer le médecin, s'il est jugé que le blessé n'était pas guéri et avait encore besoin de soins médicaux ».

Lettre du Dr D. P. — Contestation d'honoraires. Acc. du travail. Le confrère demande la vérification de sa note et explique les conditions dans lesquelles il a donné les soins.

Réponse. — Etablissez donc votre mémoire d'honoraires sur les imprimés spéciaux du *Concours*, qui répondent aux indications formulées au tarif Dubief. Aux observations, donnez tous les détails expliquant le pourquoi des interventions que vous avez eu à faire. C'est le moyen d'éviter des contestations.

Lettre du Dr P. B., à P. d'A.— Réclame sa note d'honoraires à un fermier pour soins donnés à une jeune femme blessée dans les conditions suivantes : Un cheval appartenant au dit fermier, en ruant, lui a fracturé le bras. Le fermier s'est engagé verbalement de le payer au tarif local d'abord, puis a signé un engagement écrit de payer au tarif local les soins médicaux.

Réponse.— Le conseil ne peut que vous approuver d'avoir fait signer un engagement par le patron pour les soins donnés à votre blessée. Vous avez en somme l'atout en mains, et vous n'avez aucune hésitation à poursuivre le débiteur. Votre exemple est à suivre et nos confrères devraient bien en prendre note.

Lettre du Dr B., de C., signalant un détournement de clientèle sans menaces par un patron.

Sur la proposition de M. Diverneresse, le Conseil décide qu'il sera tenu à l'avenir un registre sur lequel seront inscrites les affaires concernant les honoraires médicaux pour soins aux blessés du travail, avec mention des résultats obtenus.

M. Laisné, de Paris, signale au Conseil une affaire d'honoraires accident du travail qui constitue, d'après lui, une espèce éminemment favorable pour faire trancher diverses questions d'un grand intérêt, notamment celles de la tarification des honoraires d'expertise, de l'exigibilité d'une provision avant l'expertise et de la compensation des dépens dans le cas où les parties perdent respectivement sur quelques chefs.

M. Laisné fait au Conseil un fort intéressant exposé de ces diverses questions et lui annonce que son avocat doit avoir un rendez-vous avec Me Gatineau pour les examiner à fond.

Le Conseil approuve le principe de cette entrevue et donne à M. Laisné l'assurance que le « Sou » lui apportera son appui pécuniaire si l'avis de Me Gatineau est favorable.

M. Jeanne demande que ces questions soient exposées à la prochaine assemblée générale du « Sou ».

Le Conseil vote un crédit de 50 francs,qui sera mis à la disposition du Dr Boudin, d'Oyonnax, pour la publication dans un almanach local d'articles destinés à répandre dans le peuple l'idée du libre choix pour les blessés du travail, les mutualistes et les indigents.

Le Conseil vote un crédit de 152 fr. 45, destiné au paiement de photographies, copies de documents et dépenses diverses exposées par M. Diverneresse pour le compte du « Sou ».

Il décide, sur la proposition du Dr R.,de Saint-E., de mettre à l'étude l'établissement de carnets de certificats pour les accidents du travail, dont l'emploi aurait pour effet de détourner les médecins de l'usage des imprimés analogues qui leur sont remis par les compagnies d'assurances.

Au Syndicat médical d'Avranches

Avranches, le 15 octobre 1908,

Mon cher confrère,

Vous avez publié dans le numéro du 4 octobre du *Concours Médical* ma lettre de révocation de médecin de la douane basée sur mon attitude politique, je vous en remercie et suis heureux de vous annoncer que le Syndicat des médecins de l'arrondissement d'Avranches,réuni en assemblée extraordinaire le lundi 12 octobre, a voté l'ordre du jour suivant :

1° Le Syndicat médical de l'arrondissement d'Avranches ne saurait admettre qu'un médecin soit révoqué pour son attitude politique, surtout lorsqu'on ne cite aucun fait, aucun grief précis. (c'était le cas, l'administration des douanes m'avait déclaré qu'il lui était impossible de me fournir la moindre indication sur la cause de ma révocation).

2° En conséquence, il blâme la mesure prise récemment contre M. Aubrée.

3° Enfin, le Syndicat, partisan de l'abolition des monopoles sous toutes leurs formes, décide qu'aucun médecin syndiqué n'acceptera les fonctions de médecin de la douane à Genets et qu'à l'avenir aucun n'acceptera un monopole sans l'assentiment du Syndicat.

Il en résulte que les douaniers de la brigade de Genets sont actuellement sans médecin. Je souhaite que l'administration comprenne son devoir et laisse à chacun le libre choix de son médecin.

Daignez agréer, mon cher confrère, l'expression de mes meilleurs sentiments.

Dr R. Aubrée.

TRIBUNE DES CORRESPONDANTS

Oyonnax, le 16 octobre 1908.

Mon cher confrère.

Je vous envoie ci-inclus 8 abonnements au *Concours* et une adhésion au « Sou » pour 1909. J'ai recueilli tout cela à la réunion du Syndicat de Bourg.(Bon de poste de 20 fr. pour le « Sou »).

Je vous sais chargé de faire un rapport sur la réorganisation des correspondants ; je vous envoie par écrit les quelques réflexions que je vous avais soumises à Paris, en juillet.

1° Je crois qu'il serait utile de nommer les correspondants pour un à deux ans, avec mandat renouvelable suivant l'activité de chacun. Car il faut bien que nos confrères soient pénétrés de leurs fonctions qui ne sont pas postes d'honneur, mais bien de combat.

Il s'agit, en effet, de lutter contre l'imprévoyance doublée de l'indifférence et de la négligence si connues du corps médical.

Il faut littéralement forcer la main de beaucoup pour obtenir des adhésions, pour lesquelles, plus tard, ils viennent vous remercier. Mais pour cela faire, il faut avoir le feu sacré et aussi le sacré feu, car les plaisanteries bien françaises pleuvent sur le malheureux correspondant. Les plus polis l'appellent apôtre ; les autres commis-voyageur. Eh bien ! oui, il faut être un peu apôtre, puisqu'on veut faire le bien ; mais il faut aussi déployer la ruse, aidée du bagout du commis-voyageur pour faire signer les feuilles d'adhésion.

2° Pour que ce rôle fût bien rempli, il faudrait choisir des correspondants parmi ceux qui sont en relations fréquentes avec leurs confrères et qui ne craignent pas de leur parler ou de leur écrire. Il serait donc peut-être bon de choisir de préférence des secrétaires de syndicat ou d'Association locale.

3° Chaque correspondant devrait être obligé à appliquer un timbre humide, à son nom, sur toutes les feuilles des carnets d'adhésion que vous lui envoyez. De cette manière, vous savez à qui vous adresser, lorsqu'il faut des renseignements sur le candidat à l'Amicale ou autre, connaissant ainsi celui qui a provoqué l'adhésion. D'autre part, vous pouvez vous rendre compte de l'activité déployée par chacun ; car, je le répète, le poste de correspondant ne doit pas être considéré par le titulaire comme un simple honneur, mais comme un poste de confiance.

4° Recommandations à faire au correspondant :

1. Se procurer à la Préfecture la liste des médecins de son département, pour avoir un tableau de noms, en regard desquels il pourrait noter l'affiliation de chacun au Concours, au Syndicat, à l'Association et aux filiales. Cela lui sera d'une grande utilité pour sa propagande.

2. Avec ces renseignements, il lui sera facile de relancer chacun pour la ou les adhésions qui lui manquent et surtout d'insérer dans ses lettres les bulletins explicatifs pour les œuvres auxquelles le destinataire n'est pas encore adhérent, même si le confrère n'habite pas sa région.

3. De même, le correspondant doit avoir toujours, dans son carnet de poche, des bulletins d'adhésion, car souvent il aura à le faire signer de suite, alors que, s'il compte sur le confrère pour lui retourner le bulletin dûment rempli et signé, il peut attendre longtemps.

4. Les correspondants devront écrire à tout nouveau confrère qui viendra s'installer dans la région pour le mettre au courant des diverses sociétés médicales. Il devra également se tenir, à ce sujet, en rapport avec les secrétaires des syndicats et association du département, pour leur signaler les nouveaux venus et pour que tous ensemble, ils puissent faire des efforts communs en vue d'adhésions à recueillir.

5. Profiter de toutes les assemblées générales auxquelles il assistera pour apporter des carnets et faire signer, séance tenante, les adhésions de tous ceux qui le désireront, recueillir les cotisations de ces nouveaux pour le « Sou » et vous les envoyer ; car le lendemain ceux qui auront le plus formellement promis d'envoyer leurs papiers signés seront les premiers à n'y plus penser ou à remettre la chose au lendemain, c'est-à-dire aux calendes grecques.

6. Il devra alors pointer soigneusement sur la liste indiquée au n° 1, les adhésions qu'il aura obtenues et celles qui seraient douteuses. Chaque année, il pourrait faire contrôler cette liste par le secrétaire du Concours au point de vue de son exactitude.

7. Il devrait faire son possible pour aller chaque année à Paris, pour les Assemblées générales du Concours et des filiales. Il pourrait aussi lui être recommandé de venir au mois de mai pour l'Assemblée générale de l'Association, en se faisant nommer délégué par leur société locale, pour avoir droit au bon de demi-place pour le voyage. A ce moment, le Concours pourrait faire une petite réunion des correspondants présents. D'autre part, ayant nommé comme correspondants des secrétaires de syndicats ou d'associations, le Concours pourrait apprendre aux provinciaux que Paris ne dédaigne pas la province et je suis sûr que notre ami Noir aurait, par la suite, à enregistrer des adhésions de syndicats à l'Union.

8. Les correspondants devraient aussi répondre à toutes les circulaires qu'enverrait le Concours à l'occasion des Assemblées générales, s'enquérant ainsi si les correspondants désirent voir certaines questions figurer à l'ordre du jour, ou autres circulaires envoyées en cours d'année, pour réchauffer le zèle des tièdes.

5° Je redemande enfin deux choses : la première, des carnets d'adhésion à l'Amicale en plus de ceux que nous avons, qui ne servent que pour les demandes de renseignements. Ou bien encore mettre sur la même feuille les formules d'adhésion ou de demande de renseignements et l'on n'aurait qu'à barrer ce qui serait inutile.

En second lieu, remettre à chaque correspondant un petit livret de poche où seraient inscrits les tarifs de l'Amicale et des Retraites (analogue à celui des agents d'assurance sur la vie).

Voilà une bien longue lettre, n'est-ce pas ? Irez-vous jusqu'au bout ?

Veuillez me rappeler au bon souvenir de tous nos amis Jeanne, Noir, etc., et agréez mes bien cordiales salutations.

Dr Boudin.

CORRESPONDANCE

La révision de l'assistance médicale dans le Cher.

Bourges, 15 septembre 1908,

Mon cher Confrère,

Chargé, par l'Assemblée générale des médecins exerçant dans le Cher (syndiqués et non syndiqués) qui s'est réunie à Bourges le 6 octobre dernier, de vous faire connaître les décisions qui y ont été prises, j'ai l'honneur de vous en adresser pour votre estimable journal le compte rendu.

Permettez-moi, mon cher confrère, de vous mettre en quelques mots au courant de la situation. Depuis deux ans, le syndicat médical du Cher réclamait le libre choix du médecin et le service à la visite pour les assistés en remplacement du service à l'abonnement actuellement en vigueur.

Par trois fois, le Conseil général, consulté par l'Administration, a rejeté ou ajourné (par 9 voix contre 13) notre demande, en raison des *frais énormes* que

cette modification dans le service des assistés entraînerait pour le département.

Et cela au moment où ces bons conseillers généraux, si soucieux de ménager les finances du département, s'allouaient 15 fr. par journée de séance. Amère ironie ! !

Il est bon de vous dire que l'obstination de la majorité du conseil général a été surtout entretenue par : « l'Assurance que malgré les menaces du Syndicat on « trouverait toujours des médecins pour assurer le « service dans les conditions actuelles. » Paroles prononcées à la séance du 20 août 1908, par un conseiller général de la majorité. Ils se sont étrangement trompés, ces bons conseillers généraux, car les *défections* commencent déjà à se produire parmi ceux, peu nombreux, sur lesquels ils comptaient. Depuis le 6 octobre trois nouvelles adhésions sont venues grossir nos rangs ; et nous sommes, actuellement, 95 *confrères* prêts à lutter *sagement* mais *fermement* pour le triomphe de nos *légitimes revendications*.

Ce bel exemple de solidarité professionnelle mérite, je crois, d'être signalé à tous les confrères qui combattent pour les mêmes causes que nous. Et si, dans les départements où le remplacement du service des assistés à l'abonnement a été réclamé ces derniers temps, on avait montré une pareille union, nul doute que nos confrères eussent entièrement et rapidement triomphé.

Veuillez agréer, mon cher Confrère, l'assurance de ma considération la plus distinguée.

Dr AMIET.

P. S. — 110 médecins exercent dans le département du Cher.

Compte-rendu de la réunion du 6 octobre.

A la suite des refus successifs, par la majorité du Conseil Général de modifier le Service de l'Assistance Médicale Gratuite, une réunion de tous les Médecins du Cher ou exerçant dans le département a eu lieu à Bourges le 6 octobre 1908.

Soixante-douze médecins étaient présents à cette réunion : vingt avaient envoyé leur adhésion écrite.

Après échange de vues, les décisions suivantes ont été prises *à l'unanimité*. Les conventions entre l'Administration préfectorale et le Corps médical du Cher relatives au Service médical gratuit cesseront de plein droit à partir du 1er janvier 1909. Il ne sera donc pas répondu aux demandes ou aux lettres concernant ce service à partir de cette date. Pour tous les autres Services, les Médecins continueront à prêter leur concours à l'Administration dans les mêmes conditions que précédemment.

Afin d'éviter aux malades indigents les ennuis pouvant résulter de la situation difficile qui leur est créée par les votes de la majorité du Conseil général, les Médecins se tiendront à leur disposition dans les conditions suivantes :

1° Le malade sera libre de choisir son médecin comme tous les autres citoyens français ;

2° Il devra se munir d'un Bon *délivré* et *signé* par le maire de sa commune et le remettre au Médecin ;

3° Ce Bon portera : *visite, consultation* ou *voyage à domicile*, et, dans ce dernier cas, la distance kilométrique de la résidence du malade à celle du Médecin le plus rapproché ;

4° Ces Bons seront présentés et payés tous les trois mois ;

5° S'il y a lieu d'hospitaliser, le Médecin remettra au malade un simple mot constatant cette nécessité :

6° Les ordonnances seront libellées comme pour les malades payants.

Pour affirmer leur bonne volonté, les Médecins consentiront à soigner les indigents au tarif ci-après :

Visite et Consultation.... 1 franc.
Voyage, par kilomètre.... 0 fr. 75 (aller seulement).
Prix de la Visite en plus.
Tarif de nuit double.
Opérations au tarif du Conseil général.

Ce système est dans ses grandes lignes celui qui fonctionne, à la *satisfaction de tous*, dans les départements voisins et dans plus de soixante autres (1).

Si une mesure, considérée comme vexatoire ou arbitraire, était prise contre un Confrère, elle devra être rapportée avant que des pourparlers soient repris entre l'Administration et le Corps médical, relativement au Service de l'Assistance Médicale Gratuite.

P.-S. — Les 92 Médecins qui ont voté les décisions ci-dessus croient devoir rappeler l'article 1er de la loi du 15 juillet 1893 :

« ARTICLE PREMIER. — Tout Français malade privé de ressources reçoit *gratuitement* de la Commune, du Département ou de l'Etat, suivant son domicile de secours, l'assistance médicale à domicile ou, s'il y a impossibilité de le soigner utilement à domicile, dans un établissement hospitalier ».

Gare aux médecins inférieurs !

Monsieur le Rédacteur en chef,

Dans le compte rendu qu'un journal local, *Le Petit Méridional* (14 octobre 1908), donne de la dernière séance du Conseil général, je trouve le vœu suivant émis par deux honorables conseillers généraux.

« Vœu de MM. Lardat et Salducci, pour qu'il soit créé à Montpellier une Ecole professionnelle de petite chirurgie, de pharmacie et d'hygiène dans laquelle les personnes qui se destineraient à cette nouvelle et intéressante carrière puissent recevoir l'instruction théorique et pratique propre à former les auxiliaires indispensables aux médecins traitants. »

Cette école professionnelle de petite chirurgie ne me dit rien qui vaille. Elle va devenir, vous vous en doutez, une école officielle de rebouteurs, de guérisseurs à deux sous, de charlatans de tout acabit, tous également diplômés, plutôt qu'une véritable école d'infirmiers éclairés et consciencieux. Méfions-nous des faux savants.....

Grâce aux praticiens, les médecins supérieurs n'ont pu voir le jour ; grâce aux praticiens, il faut empêcher que naissent ces médecins inférieurs qui seraient pour nous plus dangereux que les autres parce qu'ils manqueraient de culture, de savoir, mais peut-être pas tout à fait de savoir-faire. Si on ne s'oppose à la création de cette espèce rudimentaire de confrères, s'ils naissent, s'ils se développent et se répandent, il ne restera aux médecins, déjà misérables, des campagnes qu'une issue, qu'une triste issue.... quitter notre pays et tenter sous des climats peut être moins rudes de se refaire une autre vie.... de médecin !

Que le *Concours médical* fasse entendre une protestation ! Sa voix est forte et elle porte bien ! Qu'elle vienne jusqu'aux oreilles de mes confrères du syndicat et qu'elle les engage, qu'elle les invite à protester contre cette fabrication illicite de médecins de bas étage.

Avec mes meilleurs sentiments.

Dr X...

Le libre choix et la politique au Conseil général du Nord.

Blérancourt, le 15 octobre 1908,

Mon cher Confrère,

Pendant que le *Corps médical* admire avec quelle vigueur et quelle ténacité le *Concours médical* mène campagne en faveur de ce principe si juste *du libre choix*, il se produit des défaillances inconcevables.

Je vous envoie une coupure de journal, qui montre de quelle façon un confrère a fait échouer, à la dernière

(1) N. D. L. R.— Oui, mais avec des prix plus élevés.

session du Conseil général du Nord, cette mesure tant attendue des malades et des médecins. Quelle drôle de mentalité tout de même que celle de ce docteur politicien qui sacrifie l'intérêt des malades à sa politique et qui serait heureux de voir crever de faim les confrères qui ne pensent pas comme lui ?

Mais le *Concours médical*, atteint dans ses œuvres vives, laissera-t-il passer sans la relever une aussi vilaine action ?

Si nous avions un Goulard dans chaque assemblée départementale nous pourrions renoncer à voir jamais aboutir aucune de nos justes revendications et les efforts du *Concours médical* seraient bien inutiles.

Je vous prie d'agréer, mon cher Confrère, l'expression de mes meilleurs sentiments confraternels.

Dr Fournier.

Nord. — Lors de la session d'avril, le conseil avait renvoyé à la session d'automne la discussion d'un vœu tendant au libre choix de l'assistance médicale gratuite et au relèvement des honoraires des médecins.

M. Sirot, membre de la commission chargée d'examiner ces vœux, déclare que ses collègues, n'ayant pu se mettre d'accord sur la question, ont décidé de s'en rapporter au conseil.

Le docteur Goulard, radical, propose de rejeter la proposition du libre choix jusqu'à la suppression des facultés catholiques.

— Vous voulez, dit M. Dansette, député libéral, priver les malades de soins dans le but de traquer les médecins sortant d'une école qui vous déplaît. Vous êtes des intolérants et des sectaires, et vous manquez de pitié. Tous les diplômes des docteurs se valent. Alors quelles sont les raisons qui vous poussent ? Sont-ce des raisons politiques ?

Le docteur Goulard. — Oui.

M. Dansette. — Nous supposions que la République était définitivement assise et que vous n'aviez plus rien à craindre. Vous craignez pour vous, pour vos intérêts particuliers. Vous voulez asservir les fonctionnaires tels que les instituteurs, les douaniers, les facteurs. Cela justifierait le syndicalisme révolutionnaire.

M. Edouard Delasalle, socialiste, déclare qu'il ne saurait être suspect de tendresse pour la Faculté catholique dont il désire ardemment la disparition. Mais il n'admet pas que, par une pirouette indigne du conseil, on écarte la discussion du libre choix que réclament non seulement les médecins, mais aussi les malades. L'orateur s'oppose à l'ajournement.

Par 26 voix contre 24, la proposition Goulard est adoptée. Les socialistes ont voté contre.

La question du relèvement des honoraires des médecins a été ajournée.

Les conflits professionnels.

Très honoré Confrère,

Errare humanum est....

J'ai lu avec un bien vif intérêt la communication tirée de la *Gazette médicale Belge* et parue dans le *Concours médical* du 11 octobre courant sous la signature du Dr L. Merveille : *Les Conflits professionnels.*

Membre du *Concours médical*, je ne suis pas un inconnu pour vous et je compte sur votre bienveillance pour donner l'hospitalité dans le prochain numéro du *Concours médical*, si possible, à la lettre ci-incluse que j'ai eu l'honneur d'adresser à notre confrère le Dr Guyochin, président de la *Famille médicale*, le 30 septembre dernier.

Vos lecteurs y trouveront peut-être profit, et vous me permettrez ainsi de reconnaître publiquement la justesse des réflexions du Dr Merveille.

Avec mes remerciements, recevez, très honoré Confrère, mes bien confraternelles salutations.

Dr Cancel.

Montpellier le 30 sept. 1908,

A Monsieur le Docteur Guyochin, *président de la Famille médicale*, rue de Londres, 29, Paris.

Monsieur le Président et très honoré Confrère,

Votre réponse du 24 septembre courant à la demande de retraite proportionnelle formulée par ma femme, le 18 août dernier, conformément à l'art. 15 de nos statuts me tombe aujourd'hui sous les yeux, et tout en vous confirmant cette demande de retraite proportionnelle parce que je suis à la charge de la mère de mes enfants, je vous prie de soumettre mes remerciements à Messieurs les membres du Conseil de surveillance pour l'intérêt qu'ils portent à ma future veuve et à mes futurs orphelins. Je m'explique :

Si ma demande avait été acceptée en 1907, je n'avais que 6 ans de sociétariat à 50 fr. par année de présence, ma retraite proportionnelle n'aurait été que de 300 fr.

Si la demande de ma femme avait été acceptée cette année 1908, je n'ai que 7 ans de sociétariat et la pension n'aurait été que de 350 fr.

Si la pension m'est accordée l'an prochain, 1909, sur la demande actuelle, j'aurai 8 années de sociétariat, ce qui mettra ma pension à 400 fr.

Si la Camarde qui m'a si souvent, dans ces derniers temps, frôlé de son aile, me donne le coup de grâce, ma veuve et mes orphelins auront droit, d'après vos statuts à 400 fr.

Mais si la Providence qui veille sur moi me permet de vivre encore 2 ou 3 ans, quoique incapable d'exercer la médecine, les charges que ma vie précaire font peser sur les épaules de ma femme seraient compensées par une augmentation de pension de 150 à 200 fr.

Voilà pourquoi, malgré tous les tourments de la situation présente, je vous remercie et vous prie de transmettre mes remerciements au Conseil de surveillance. Plusieurs confrères, dont je peux vous donner les noms, m'ont demandé des renseignements sur la *Famille médicale* ; j'ai répondu en engageant ces Confrères à adhérer à la Société. Je vous prie de me faire parvenir quelques exemplaires des statuts pour faire de la propagande autour de moi.

En attendant le plaisir de vous lire, veuillez agréer Monsieur le Président et très honoré Confrère, mes bien confraternelles salutations.

Dr Cancel.

Un simili Syndicat.

Cher Confrère,

Je saisis cette occasion pour vous donner un léger compte rendu sur le Syndicat ou plutôt sur la forme de Syndicat que nous avons créé à X...

Mais ironie ! Ce syndicat dont les statuts sont à peu près semblables à ceux de Versailles, que vous aviez eu l'obligeance de m'envoyer, est formé avec de nombreuses restrictions .

Peu de nos excellents Confrères ne veulent briser avec un passé plutôt peu rémunéré !

L'un fait de la politique. Il veut continuer à voir les membres des Sociétés diverses mutuelles ou scolaires à l'œil !

Un 2e, ex-interne des hôpitaux de Paris, veut continuer à soigner gratis les membres de la Société de gymnastique dont il est président et dont il s'est fait un tremplin...

Un 3e et 4e ne veulent pas augmenter les prix des visites pour les malades de plusieurs grosses sociétés de capitalistes qui tendent naturellement à diminuer toujours le salaire du médecin :

A part cela, conditions intra-médicales excessivement rigoureuses.

Donc, notre société s'est formée cahin-caha, en subissant toutes ces observations qui détruisent l'effort et annihilent les effets. Elle s'est formée, à l'ombre, car

la majorité conduite par les 4 sus-nommés ne veut pas livrer au public son existence ni le relevé des tarifs formulé mais qui n'est plus applicable après les réserves faites plus haut.

Nous n'étions que trois ou quatre pour fonder véritablement un véritable syndicat. C'est un pas fait, disent certains, *plutôt en arrière*. Ah !. l'*Invidia medicorum* et la *politica* !

Veuillez agréer l'assurance de mes meilleurs sentiments.

Dr Z...

P.-S. — Les restrictions faites à nos statuts de syndicat sont des restrictions verbales faites et formulées en séance plénière lors de l'examen définitif de l'Union professionnelle des Médecins d'X..., le terme syndicat a été jugé par la majorité comme un terme *trop combattif* et *agressif*.

REPORTAGE MÉDICAL

Ajournement de l'application du nouveau codex.

Rapport au Président de la République française.

Paris, le 12 octobre 1908.

Monsieur le Président,

Un décret du 17 juillet dernier, publié au *Journal officiel* du 8 août, en rendant la nouvelle pharmacopée française (édition de 1908) obligatoire à partir du 15 septembre, prescrivait aux praticiens de se pourvoir, à partir de cette date, de la nouvelle édition.

Au moment où le décret du 17 juillet a été rendu, la publication du nouveau codex présentait un caractère d'extrême urgence. L'édition de 1884 était épuisée depuis longtemps. L'intérêt des praticiens, l'intérêt public, exigeaient que la nouvelle pharmacopée parût sans retard. Elle était en préparation depuis plus de onze années.

Mais une question reste à examiner et à résoudre, celle du délai à accorder aux praticiens pour se conformer aux prescriptions de la nouvelle pharmacopée.

Pour les éditions de 1866 et de 1884, il n'avait pas été jugé utile de fixer de délai, les changements apportés par chacune de ces éditions étant peu nombreux.

Mais les conditions sont bien différentes aujourd'hui.

Il s'est produit, en effet, un fait tout nouveau qui a exercé une influence considérable sur la revision du codex de 1884 : Nous voulons parler de la conférence internationale tenue à Bruxelles en 1902. Les décisions de cette conférence ayant été acceptées par tous les gouvernements, la commission de rédaction du nouveau codex devait en tenir compte.

Or, en raison de ces décisions, la préparation et, par suite la composition d'un grand nombre de médicaments ont été modifiées, et c'est dans ces modifications que résiderait, pour les pharmaciens, la difficulté d'appliquer les nouvelles prescriptions, s'il ne leur était pas accordé de délai. Un délai est nécessaire, non seulement aux pharmaciens pour mettre leurs produits en harmonie avec les exigences nouvelles, mais encore aux médecins pour se rendre compte des changements apportés dans la posologie et modifier le libellé de leurs ordonnances.

C'est pourquoi nous avons l'honneur, monsieur le Président, de soumettre à votre approbation le projet de décret ci-joint, aux termes duquel un délai de huit mois, du 15 septembre 1908 au 15 mai 1909, est accordé aux intéressés pour se conformer aux prescriptions de la nouvelle pharmacopée française (édition de 1908).

La mesure répond aux vœux de tous les praticiens intéressés.

Décret. — Le Président de la République française,

Décrète :

Art. 1er. — Un délai de huit mois, du 15 septembre 1908 au 15 mai 1909, est accordé aux intéressés pour se conformer aux prescriptions de la nouvelle pharmacopée française (édition de 1908).

Art. 2. — Le président du conseil, ministre de l'intérieur, le ministre de l'agriculture et le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 17 octobre 1908.

A. Fallières.

Dîner des Anciens Médecins de la Marine. — Ce dîner aura lieu, suivant la tradition, le mardi 10 novembre 1908 à 7 h. 1/2 du soir au Cercle Militaire 49, avenue de l'Opéra, à Paris. Cotisation : 12 francs. Tenue de Ville.

Les anciens Médecins et Pharmaciens de la Marine, qui n'auraient pas reçu de lettres d'invitation, y sont admis sur la présentation de deux membres. Les officiers en activité sont admis de droit.

Envoyer l'adhésion, l'avant-veille au plus tard, au Dr Dedet, 25, rue Marignan, Paris.

Faculté et Hôpitaux.

—M. Bonnaire, agrégé, fera dans son service de Lariboisière, pendant le mois de novembre, un cours de pratique obstétricale aveo répétition des manœuvres obstétricales. pour les docteurs français et étrangers. Se faire inscrire à la maternité de Lariboisière jusqu'au 28 octobre.

—M. Marion, agrégé, reprendra le mardi 3 novembre, ses conférences sur les maladies des voies urinaires. Ces conférences auront lieu le mardi, jeudi, samedi, à Lariboisière, amphithéâtre Civiale à 9h. 1/2.

M. le Prof. Kirmisson commencera son cours de clinique chirurgicale infantile, le mardi 3 novembre 1908 à 10 h. du matin, et le continuera les vendredis et mardi suivants, à la même heure.

Le jeudi de 10 h. à midi : Consultations orthopédiques (conférences cliniques et examen des malades). MM. Auffret et Gasne, chefs de clinique, feront des conférences complémentaires sur la chirurgie infantile.

— M. le Prof. Gaucher commencera son cours de clinique des maladies cutanées et syphilitiques le mercredi 4 novembre à 10 h. à l'hôpital St Louis (amphithéâtre des cliniques et le continuera les dimanches et mercredis suivants, à la même heure. La leçon du mercredi 11 novembre sera consacrée au traitement du cancer de la peau par le radium.

— M. Lecène, agrégé, commencera des conférences de pathologie externe le jeudi 5 novembre 1908, à 6 h., au grand amphithéâtre de la Faculté, et les continuera les samedis, mardis et jeudis suivants à la même heure. Programme du cours : Pathologie générale chirurgicale et gynécologique.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les Docteurs Gignac, de Nouzon (Ardennes) et Marseille, de Sens (Yonne), membres du «Concours Médical ».

Le Directeur-Gérant : **Dr H. JEANNE.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trentième année | N° 44 | Dimanche 1er NOVEMBRE 1908

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

AVIS

Assemblées générales de "l'Union des Syndicats médicaux de France", du "Concours Médical", du "Sou Médical", de "l'Association Amicale" et de "la Caisse des Pensions de Retraite", 14 et 15 novembre 1908.

Les Assemblées générales annuelles de nos Sociétés auront lieu les **samedi 14 et dimanche 15 novembre 1908** dans l'ordre suivant :

1° Le **samedi 14**, *à 2 heures, Hôtel des Sociétés Savantes*, 28, rue Serpente, Assemblée générale de l'**Union des Syndicats médicaux de France**, sous la présidence de M. le Dr Gairal.

2° Le **dimanche 15 novembre**, *dans les salons du restaurant Marguery*, 36, boulevard Bonne-Nouvelle :

A 10 heures du matin : Réunion spéciale pour les correspondants du **Concours Médical**.

A 2 heures : Assemblées générales communes de l'**Association amicale maladie** et de la **Caisse des Pensions de Retraite.**

A 3 heures : Assemblées générales communes du **Concours Médical** et du **Sou Médical**.

Le Banquet, commun à toutes les Sociétés, aura lieu à 7 heures, chez Marguery.

La cotisation pour le banquet est fixée à 10 francs ; la Société du Concours prenant à sa charge le supplément des frais, qui dépassent 15 francs par convive.

Prière d'aviser de sa présence, autant que possible avant le 12 novembre, en vue des dispositions à prendre.

PROPOSITIONS DES MEMBRES DU « CONCOURS ».— Nous rappelons qu'il est nécessaire que les propositions formulées par les *membres du Concours*, en vue de l'Assemblée générale, parviennent dans le plus bref délai afin que le *Conseil de Direction* soit en mesure de procéder en temps utile à leur examen.

CORRESPONDANTS.— Le Conseil de Direction prie les Correspondants d'informer le plus tôt possible l'administration du *Concours* de leur désir d'assister aux Assemblées générales des 14 et 15, en faisant connaître le montant de leurs frais de voyage en chemin de fer, s'ils ne sont pas médecins de Cies de chemins de fer.

Le Conseil rappelle en même temps, que la réunion spéciale des Correspondants aura lieu le dimanche 15 novembre, à 10 heures du matin, dans les salons du Restaurant Marguery (36, Boul. Bonne-Nouvelle).

ASSOCIATION AMICALE-MALADIE

Séance préparatoire de l'Assemblée générale

Présents : les membres du bureau, les contrôleurs.

Sur la proposition du président, l'Assemblée générale est fixée au 15 novembre, 2 heures, dans les salons Marguery.

Il est accepté, comme l'a demandé la caisse des Pensions, qu'elle soit commune avec l'Assemblée générale de celle-ci.

L'ordre du jour comporterait :

Rapport du secrétaire général de l'Amicale.
— du trésorier de l'Amicale.
— des contrôleurs de l'Amicale.
Approbation des comptes de l'Amicale.
Election d'un contrôleur de l'Amicale.
Rapport du secrétaire général de la Caisse des Pensions.
Rapport du trésorier général de la Caisse des Pensions.
Rapport des contrôleurs de la Caisse des Pensions.
Approbation des comptes.
Vote des pensions nouvelles payables à partir de janvier 1909.
Questions diverses intéressant l'une ou l'autre ou bien l'une et l'autre des deux œuvres sœurs.

Pendant la vérification des comptes du trésorier par MM. Blache, David, Jacquot, le Conseil entend et approuve le rapport suivant de M. le Dr Mignon, secrétaire général de l'Amicale.

Rapport du Secrétaire général

Chers confrères,

Le rapport statutaire que j'ai l'honneur de vous soumettre cette année sera court ; notre Société a une existence si calme et si régulière que je n'aurais en réalité presque rien à vous dire, si je n'avais reçu quelques lettres que je me ferais un scrupule de ne pas vous analyser.

L'une d'elles, unique en son genre, vient d'un sociétaire à qui nous avons refusé, comme à tant d'autres, une indemnité pour cure thermale, et qui exhale sa mauvaise humeur en maudissant ses juges dans les quarante-huit heures. Sans revenir une fois encore sur une question que vous avez définitivement jugée, je dois vous dire cependant que la sévérité que vous nous avez recommandée en cette matière se trouve de plus en plus justifiée. Un bon quart d'entre nous va chaque année passer deux ou trois semaines aux eaux ; s'il fallait en indemniser seulement la moitié, nous ferions bientôt de fort mauvaises affaires. Or, nous avons rejeté cette année 34 demandes d'indemnités pour cure thermale, sans compter les 16 que nous avons accordées ; si nous nous laissions déborder par ce flot toujours croissant de ces demandes de faveur, nous en aurions bientôt 300 à satisfaire. Rappelons-nous seulement que notre rôle est avant tout d'aider le malade cloué à la chambre ou au lit, et que, sauf les légitimes exceptions que nous savons reconnaître, celui qui peut aller jusqu'aux sources thermales chercher repos et santé ne mérite notre attention qu'après nos vrais malades, et en proportion des ressources budgétaires.

Ceci dit, laissez-moi vous montrer qu'au contraire, bon nombre de nos camarades savent reconnaître les bienfaits de notre œuvre ; laissez-moi céder au désir de vous citer quelques passages significatifs de certaines lettres, passages qui pourront vous servir comme pièces à conviction dans vos efforts de propagande.

Le docteur V., termine une lettre en disant : « C'est égal, je devrai cette année un gros merci « à l'Amicale que je n'aurais jamais cru mettre à « contribution si tôt et si longtemps. Et dire « que tous les médecins français n'en font pas « partie ! »

Le Dr S., dit : « Vice-Président de ma Société « locale, je vais, à notre première réunion mettre « sur le tapis la question de la prévoyance et « parler encore de l'Amicale et de la Caisse des « Pensions. Ah ! si toutes ces belles créations « avaient existé il y a 25 ans ! Je suis trop vieux, « moi, pour y adhérer ; mais, que mes jeunes « confrères sont donc coupables de se désintéresser ainsi de toutes vos œuvres de prévoyance « médicale ! ».

En parlant de la combinaison D, bien vivante maintenant, le docteur G., écrit :

« L'œuvre du *Concours* est maintenant heureusement complétée, tout au moins quant à la « charpente, et ceux qui s'y sont employés ont « bien mérité de leurs confrères. Personnellement, je leur en garde une bien sincère reconnaissance. Né sans fortune, marié de même, « père de famille à plusieurs exemplaires, constatant à chaque fin d'année le maigre résultat « d'une bonne situation moyenne cependant, je « vivais dans l'appréhension continuelle et déprimante des calamités variées qui sont le lot « de ce monde : l'accident, la maladie, la vieillesse, la mort ; Dieu sait si le médecin est bien « placé pour contempler tout ça ! A cette heure, « et le premier, je crois, je fais partie de toutes « les œuvres du *Concours*, et l'impression de « soulagement que j'en ressens est délicieuse et « complète. Nul doute que je ne sois suivi et « qu'après moi de nombreux confrères aient à « cœur de se montrer bons époux et bons pères ».

Je m'arrête là dans mes citations, et je voudrais que chaque mot de cette dernière lettre restât à jamais imprimé dans vos cœurs et dans votre mémoire ; je voudrais qu'elle vous servît à chaque instant pour ébranler par l'exemple tous les hésitants qui vous entourent, et pour vous aider, chacun dans votre sphère, à nous amener, dans l'intérêt de tous, un gros groupe d'adhérents.

Peu nombreux, par exemple, sont les correspondants animés du désir d'exciter notre zèle par leurs critiques, leurs observations, leurs projets. Presque seul, le toujours ardent camarade Delpeut nous demande d'étudier le moyen de prolonger l'indemnité normale jusqu'au 4e mois, ou d'élever le taux de l'indemnité chronique. Nous ne manquerons pas de faire ce que nous demande le docteur Delpeut, et nous n'attendons que le résultat du prochain inventaire pour nous mettre à ce travail. Je ne saurais trop, chers camarades, vous demander de m'envoyer vos idées et vos projets, sur ce point comme sur tous autres capables d'améliorer notre œuvre.

Ne craignez jamais de vous faire nos collaborateurs ; vous serez toujours les bienvenus même avec des critiques. Rappelez-vous que l'Amicale ne demande qu'amélioration, qu'elle n'en est encore qu'à la combinaison D, et que, comme le disait un jour le Président Gairal, nous irons jusqu'à la combinaison P + 1 s'il le faut, pour le bien du corps médical français.

Nos relations avec l'Association générale sont toujours excellentes, pour le plus grand bien des

deux œuvres, et nous avons le ferme espoir de voir se perpétuer une entente si fructueuse pour tous.

Nos correspondants et nos examinateurs ont droit à toute votre reconnaissance ; leur propagande, féconde en résultats, et le dévouement qu'ils mettent à nous aider, soit par leurs renseignements, soit par les examens médicaux parfois délicats que nous leur demandons, nous font un devoir de leur exprimer aujourd'hui nos plus sincères remerciements.

Je ne citerai personne ; ils sont trop ! Mais je ne veux pas clore mon rapport sans vous prier d'adresser solennellement aujourd'hui l'expression de votre éternelle reconnaissance à la mémoire de notre camarade Gille trop tôt disparu pour tous et si douloureusement enlevé à l'affection des siens. Vous savez qu'il a légué sa fortune à l'Association générale et qu'il a stipulé que les revenus de ce capital devraient servir à venir en aide à ceux des membres de l'A.G. faisant en même temps partie d'un Syndicat et de la Caisse des Pensions ou de l'Amicale. C'est donc à nous tous que ce camarade, aussi altruiste que modeste, a pensé avant de s'éteindre ; il a voulu vous aider de tout son pouvoir, lui un de nos fondateurs de la première heure. Aussi devons-nous désormais écrire son nom respecté en tête de nos bienfaiteurs, et le graver au fond de notre cœur, à titre de reconnaissance, de souvenir et d'exemple.

N'oubliez pas non plus d'adresser l'expression de vos sentiments les plus sincères de condoléances et l'hommage de vos remerciments à Madame Gille, sa mère, à Mademoiselle Gille, sa sœur, qui ont voulu s'associer à lui dans cette bonne œuvre.

Saluez la mémoire de Gille, saluez ces dames d'applaudissements enthousiastes et unanimes, et envoyez ainsi à ces dernières une preuve éclatante de votre profonde reconnaissance.

Le Conseil aborde ensuite l'examen des comptes annuels. D'accord avec les contrôleurs, il approuve les résultats qui lui sont soumis par le trésorier dans le rapport ci-dessous.

Rapport du Trésorier.

Messieurs et chers confrères,

J'ai l'honneur de vous présenter le rapport financier de notre Association amicale pour l'année 1907.

Au 31 décembre 1906, nous étions 1156 membres. Au cours de l'année 1907, votre conseil d'administration a prononcé 84 admissions ; mais, d'autre part, nous avons perdu 27 membres savoir : 18 par décès, 4 par démission et 5 par radiation, de telle sorte que nous restons 1213, savoir :

651	membres inscrits	à la combinaison,	A,
2	—	—	1/2 A,
64	—	—	A C,
486	—	—	B,
10	—	—	1/2 B.
1213			

Vous voyez que notre nombre va sans cesse en progressant, mais, en considération de la sécurité présentée par l'Amicale, nous souhaiterions cette progression plus rapide.

Quoi qu'il en soit, voici l'exposé des comptes pour l'année 1907.

Recettes

Les recettes se sont élevées à 116.506 fr. 44, savoir :

Cotisations	105.054 5'
Intérêts	7.862 97
Recouvrements et rappels	1.074 30
Dons	550 30
Remboursement de valeurs	1.964 37
Total	116.506 44

Dépenses

Les dépenses, pendant la même année, se sont élevées à 99.161 fr. 60, savoir :

Matériel .... Fr.	17.80	
Impressions	417.15	
Frais de poste	502.50	
Timbres quittances	227.10	
Frais de recouvrements et rappels	277.20	
Frais de Trésorerie	77.»»	
Déplacements des membres du Conseil	75.»»	
Frais de bureau et indemnités.	2.750.»»	4.343.75
Indemnités-maladie		80.965.35
		85.309.10
Pour ordre :		
Frais d'études de la combinaison D	650.»»	
Versements à la Caisse des pensions	13.152.»»	
Retraits à la Caisse auxiliaire.	50.50	13.852.50
Total		99.161.60

Balance des comptes.

Si aux recettes de l'exercice		116.506.44
on ajoute les espèces à la Société Générale au 31 décembre 1906	7.069.48	
Moins la somme due au Trésorier à la même époque	1.685.54	5.383.94
on trouve		121.890.38
et si l'on retranche les dépenses de l'année		99.161.60
Il reste un excédent de		22.728.78

dont emploi a été fait de la manière suivante :

1. Achats de valeurs.		
1 obligation, chemin de fer de l'Est ancienne		433.25
1 obligation, chemin de fer Grand Central		443.50
1 obligation chemin de fer de l'Est Algérien		436.95
20 obligations chemin de fer Orléans Nouvelles		8.547.85
		9.861.55
2. Espèces :		
A la Société générale	12.696.87	
En caisse	170.36	12.867.23
Total égal		22.728.78

Avoir de l'Association au 31 décembre 1907.

Notre portefeuille présente toujours une moins value sensible par suite de la baisse des cours, mais nous n'avons aucunement besoin de réaliser et nous pouvons tranquillement attendre le remboursement de nos titres qui se solde par une plus-value notable. Quoi qu'il en soit, voici le résumé de notre avoir :

1° Portefeuille	Au prix d'achat	Cours du 31 déc.
600 fr. Rente française 3 % .. fr.	21.120.55	19.090.»»
40 obligat. tunisiennes 3 % 1892	18.907.75	17.000.»»
40 obligations gouvernement général de l'Algérie	18.200.»»	17.200.»»
40 obligations gouvernement général de Madagascar	4.637.50	4.500.»»
20 obligations département de l'Aude 3,44 % 1898	9.882.90	9.580.»»
20 obligations ville de Paris 2 % 1899	8.220.25	8.000.»»
30 obligations chemin de fer de l'Est 3 % anciennes	14.079.78	12.810.»»

10 obligations chemin de fer de l'Est 3 % nouvelles..........	4.680.41	4.295.»»
40 obligations chemin de fer P. L. M. 3 % anciennes........	19.140.25	17.240.»»
19 obligations chemin de fer P. L. M. 3 % nouvelles.........	8.925.92	8.151.»»
30 obligations chemin de fer du Midi 3 % anciennes...........	13.835.52	12.900.»»
20 obligations chemin de fer d'Orléans 3 %, nouvelles....	8.547.85	8.580.»»
60 obligations chemin de fer Grand Central 3 %...........	27.714.02	25.890.»»
120 obligations chemin de fer de l'Ouest 2,50 %............	49.320 »»	45.720.»»
30 obligations chemin de fer de l'Est algérien 3 %..........	13.037.35	12.660.»»
20 obligations chemin de fer de l'Ouest algérien..............	12.900.»»	12.465.»»
15 obligations Banque hypothécaire 3 % 1880.................	8.493.»»	8.175 »»
20 obligations foncières 1883...	9.198.40	8.560.»»
	270.844.45	252.816.»»
2° Espèces :		
A la Société générale. 12.696.87		
En caisse............ 170.36	12.867.23	12.867.23
Totaux..................	283.711.68	265.683.23
Déduction de la caisse auxiliaire........................	4.014.10	4.014.10
Restes...............	279.697.58	261.669.13

Caisse auxiliaire.

Elle possédait, au 31 décembre 1906.......		4.214.30
Nous lui avons versé ;		
Les dons sans affectation spéciale........		550.30
		4.764.60
Mais elle a opéré un remboursement à la veuve d'un confrère...	50 50	
Et elle a versé à la caisse générale pour frais d'études de la combinaison D.........................	650.»»	
Et un supplément de..............	50.»»	750.50
Il lui reste donc................		4.014 10

Vous reconnaîtrez, Messieurs, la situation absolument satisfaisante de notre caisse et vous voudrez bien donner au conseil d'administration l'approbation définitive qu'il vous demande pour ces comptes de l'année 1907.

Le Trésorier,
Dr GASSOT.

Avant de se séparer, le Conseil prononce les admissions suivantes :

Combinaison A.

MM. Charasse à Mazan (Vaucluse).
Chevallier à Mont-sur-Guesnes (Vienne).
Lecointre à Lencloitre (Vienne).
Bertier à St-Etienne (Loire).
Bohn à Buzancy (Ardennes).
Lavallée à Paris.
Decousset à Henin-Liétard (Pas-de-Calais).
Pierrhugues à Hyères (Var).

Combinaison C

MM. Bottiau à Neufchâtel (Seine-Inférieure).
Hervoit à Paris.

Passage à C.

M. Hemet à Damery (Marne).

Le Conseil décide enfin que le compte rendu et les rapports de la présente séance seront publiés au n° 44 du journal.

Le procès-verbal de l'Assemblée générale donnera plus tard les documents analogues relatifs à la Caisse des Pensions.

Le secrétaire des séances. Dr H. JEANNE. *Le Président.* Dr MAURAT.

LA SEMAINE MÉDICALE

La fièvre typhoïde provient-elle toujours de l'inoculation du bacille d'Eberth ?

Notre ami, le Dr J. CAMESCASSE, de Saint-Arnoult, vient d'ouvrir dans le n° 42 du *Concours* un referendum sur l'origine microbienne exogène (bacille d'Eberth), ou endogène (coli-bacille), de la fièvre typhoïde, la question est toujours à l'étude et le *Concours* serait très heureux de recueillir les opinions des divers praticiens qui ont des observations complètes sur ce sujet. Pour qu'un malade soit atteint de fièvre typhoïde, est-il indispensable qu'il ait ingéré des bacilles d'Eberth, soit dans de l'eau malsaine (origine hydrique), soit à la suite du contact de ses mains avec un typhique ; ou bien, peut-il contracter cette maladie par le seul fait de la transformation de ses coli-bacilles normaux en bacilles éberthiens virulents, sous l'influence du surmenage excessif et de l'extrême fatigue joints à l'encombrement ? Autrement dit, ces bacilles ont-ils une parenté si rapprochée qu'ils se confondent originellement dans une espèce commune ? (unicistes). Sont-ils, au contraire, à ce point différents qu'ayant un habitat commun, ils soient cependant toujours bien distincts et aisés à distinguer ? (dualistes).

M. le Dr TÉCHOUEYRES, de Reims, vient d'essayer dans la *Revue Médicale du Nord-Est* de faire justice des subtilités des dualistes et de montrer la multiplicité des analogies, pour ne pas dire des identités, qui caractérisent le coli-bacille et le bacille d'Eberth. Il rappelle d'abord les conclusions des travaux de Rodet et de Roux, de Lyon, insistant sur les ressemblances des deux variétés :

1° Ressemblances morphologiques : tous deux présentent la forme de bâtonnets cylindriques très polymorphes, mobiles grâce à des cils, un peu plus nombreux sur l'éberth ;

2° Ressemblance chimique, si l'on peut ainsi désigner le fait qu'ils présentent des affinités communes pour les mêmes teintures ;

3° Ressemblances physiologiques en ce qui concerne la température du développement, les milieux d'élection et l'aspect des cultures sur lesdits milieux.

« Sans doute, il est bien quelques dissemblances de détail ; mais Rodet et Roux ayant au surplus démontré que le colibacille est non un saprophyte, mais un microbe pathogène, concluent que le bacille d'Eberth n'est qu'une variété de colibacille, variété moins résistante, mais autrement adaptée et particulièrement virulente ».

Les partisans du dualisme répliquèrent que le colibacille fait fermenter la lactose et coagule le lait, à l'exclusion de l'éberth, et que ce dernier est agglutiné par le sérum des typhiques, à l'exclusion du colibacille. Ces distinctions parurent suffisantes ; en réalité, elles sont illusoires, car nombreux sont les cas où les recherches les plus minutieuses n'ont pu déceler à l'origine d'une fièvre typhoïde la présence de bacilles d'Eberth dans l'eau de boisson ou même de lavage des aliments ou des mains.

« Les médecins militaires, qui ont eu fréquemment l'occasion d'observer des épidémies de cette origine, n'ignorent pas cependant qu'à la suite des marches forcées, des grandes manœuvres, il survient des cas isolés de fièvre typhoïde pour lesquels la recherche de l'origine hydrique serait proprement un leurre. Ce n'est pas l'eau non plus qu'il faut incriminer lorsqu'au début des fortes chaleurs les infirmeries s'encombrent de ces embarras gastriques où l'on peut déceler toute une gamme pathologique qui va de la plus légère infection jusqu'aux formes où la recherche du séro-diagnostic est positive et juge la question.

« Il semble que donc la clinique apporte ici quelque argument à la théorie uniciste. » (*Province Médicale*, n° 42).

Les recherches de laboratoire faites dans le but de trouver des caractères différentiels à ces deux variétés aboutirent à la découverte qu'entre le coli et l'Eberth il existait des germes participant de l'une et l'autre formes, et paraissant être des intermédiaires et des termes de passage ; parmi ceux-ci quelques-uns se rapprochaient du coli, quelques autres de l'Eberth.

On les dénomma PARATYPHIQUES, et on les distingua en paratyphique A et paratyphique B. M. Rodet reprit ses minutieux travaux sur les diverses origines de la fièvre typhoïde par les procédés en usage, il isola les germes, il nota les résultats des analyses bactériologiques et les compara aux formes cliniques et conclut :

« Que le bacille d'Eberth est parent du coli auquel le rattache une multitude de formes intermédiaires. Or, Eberth, coli, paratyphique, etc., tous sont typhogènes. (Sur 37 examens de selles de typhoïsants, il n'a trouvé que 9 fois le bacille d'Eberth, et 28 fois un grand nombre de bacilles différents, et différents par la culture, par l'intensité d'agglutination, etc.).

« Que dans toute fièvre typhoïde les types intermédiaires sont constants, co-existants.

« Que les paratyphiques sont très divers et graduellement étagés entre l'Eberth et le coli et qu'ils abondent dans l'intestin des typhoïsants ».

En somme, il n'y a plus lieu de maintenir une différence essentielle entre les deux germes et l'Eberth n'est qu'une variété particulièrement virulente du coli bacille.

Voici, d'ailleurs, nos confrères qui commencent à nous documenter.

Messieurs,

Le *Concours* n° 42, page 752, semble enquêter sur la transformation possible des coli-bacilles saprophytes, en bacilles d'Eberth pathogènes.

Il n'y a aucun doute : dans certaines conditions, nos éléments normaux peuvent se transformer en ennemis redoutables, susceptibles de se multiplier dans des terrains bien préparés.

Combien de fois n'a-t-on pas vu des vaisseaux, des prisons, des camps, etc., encombrés, fabriquer le typhus.

Où le premier typhoïque de la région prend-il son bacille ?

Où le premier chien enragé de la saison prend-il son virus ?

J'ai vu, il y a peu d'années, un cas bien typique et bien curieux.

Dans un village très propre et bien situé, une belle jeune fille de vingt ans est atteinte d'une variole confluente dont je n'avais pas vu la pareille depuis 1870. Cette jeune fille n'était pas sortie de son village depuis plusieurs années ; et ce qu'il y a de plus extraordinaire, elle a été visitée par une foule de personnes de tout âge, non vaccinées, etc., personne n'a attrapé la variole !

Comprenne qui pourra.

Veuillez agréer, Messieurs, mes sincères salutations.

GUILLOU,
Dr-médecin à la Tremblade (Char.-Inf.).

Valeur diagnostique de la ponction lombaire.

La ponction lombaire, préconisée par Quincke, a été bien accueillie à ses débuts ; on en attendait des résultats presque mathématiques par l'examen microscopique et cytologique, pour le diagnostic des méningites. On se souvient encore de la phrase de M. Sicard, résumant ses recherches, celles de Widal et de Ravaut et celles d'un grand nombre d'autres :

« Le seul fait de constater par l'examen histologique, soit des cellules lymphocytaires, soit des cellules polynucléaires, suffit dans la plupart des cas, en s'entourant de certaines précautions, pour affirmer la nature tuberculeuse ou non tuberculeuse de la maladie ».

« Cette formule, interprétée d'une façon trop étroite et trop absolue, devait être la cause de bien des erreurs ; plusieurs médecins, se basant sur leurs recherches cytologiques, publièrent des observations de méningite tuberculeuse guérie ; or, il s'agissait là, le plus souvent, d'une fausse interprétation, disent MM. ROQUE et J. CHALIER à la Société médicale des Hôpitaux de Lyon. Ces auteurs ont publié cinq observations parfaitement précises où l'examen du liquide céphalo-rachidien fut négatif et sembla infirmer des diagnostics que les autopsies ou la marche des maladies ont absolument confirmées. Ils croient pouvoir en conclure que l'examen du liquide céphalo-rachidien provenant de la ponction lombaire ne donne pas d'indications précises, ni toujours semblables.

« Il faut se garder d'admettre, en se basant sur lui seul, le méningisme et non pas la méningite. Enfin, et surtout, les formules cytologiques n'ont aucune valeur pathognomonique. Cette conclusion est conforme à celles de plusieurs travaux assez récents.

« Il y a quelques années à peine, en effet, la constatation dans le liquide céphalo-rachidien d'une lymphocytose exclusive ou prédominante était considérée comme la caractéristique certaine de la nature tuberculeuse d'une méningite. Les exceptions à cette règle sont aujourd'hui si nombreuses qu'une telle loi conserve bien peu de son ancien crédit.

« D'ailleurs, en pratique, il n'est pas indifférent, comme l'ont montré de nombreux auteurs, WIDAL et SICARD entre autres, de faire un seul ou plusieurs examens. S'il reste vrai que la tuberculose s'accompagne presque toujours, et dès le début, d'un nombre très prépondérant de petits mononucléaires, on a vu parfois une polynucléose dominante, et MM. BARJON et CADE ont cité plusieurs faits semblables à la Société. Nous avons déjà signalé l'absence possible de tout élément figuré, ce qui fit admettre dans le cas de MM. J. COURMONT et MONTAGARD l'existence d'un tubercule cérébral ; or, à l'autopsie la méningite tuberculeuse était typique.

« Il importe de le rappeler, la lymphocytose est fréquente dans les méningites bactériennes ; elle témoigne d'ordinaire d'un processus de guérison et apparaît consécutivement à l'exode primitif des polynucléaires. Une rachicentèse tardive expose donc à laisser passer inaperçue cette réaction initiale et peut permettre des conclusions inexactes.

« Dans un certain nombre de maladies infectieuses, la lymphocytose peut survenir d'emblée. Il en va ainsi parfois pour les oreillons (MONOD,

CHAUFFARD, BOIDIN et DOPTER), etc., la scarlatine (DUFOUR et GIROUX), la rougeole et l'érysipèle (DOPTER), la fièvre typhoïde (ACHARD et PAISSEAU), la grippe (LE GENDER et TERRIEN).

« Il convient donc d'être prudent dans ses conclusions, étant donné les multiples causes d'erreur que nous venons de citer ; il ne faut pas néanmoins être d'un scepticisme absolu. La cytologie du liquide céphalo-rachidien est une méthode d'investigation qui a son utilité ; mais les renseignements qu'elle fournit doivent être corroborés non seulement par l'étude attentive des phénomènes cliniques, mais aussi par d'autres procédés de laboratoire : recherche directe des éléments microbiens dans le culot de centrifugation, cultures, inoculation au cobaye, etc., etc. »

(*Pédiatrie pratique*, Dr AUSSET).

C'est encore une preuve de l'incontestable supériorité de la clinique sur le laboratoire ; ne l'oublions pas.

Le pain d'amandes dans l'alimentation des diabétiques.

Se basant sur ce fait que les amandes renferment une très faible proportion d'hydrate de carbone (7 pour 100), M. LE GOFF préconise, pour l'alimentation des diabétiques, qui ne peuvent s'accoutumer à la privation totale du pain, l'emploi d'un pain d'amandes, dont voici la formule :

On pile aussi finement que possible, dans un mortier en marbre ou en porcelaine, 200 à 250 gr. d'amandes douces mondées ; on obtient une pâte à laquelle on incorpore 2 œufs ; lorsque le mélange est bien intime, on le place dans un moule en fer blanc de 10 centim. de diamètre et enduit de beurre ; on porte le moule dans le fourneau de cuisine, et l'on fait cuire pendant 20 minutes. On obtient ainsi un gâteau de 300 gr. d'environ, qui suffit pour un ou deux repas.

Suivant le goût du diabétique, on ajoute du sel ou bien on aromatise avec l'essence de citron ou la vanille. M. Le Goff ne conseille pas l'addition de lait, de beurre ou de saccharine. Il recommande d'ajouter à la pâte d'amandes 2 gr. de bicarbonate de soude et 1 gr. d'acide tartrique ; ce mélange fait que, sous l'influence de la chaleur, le gâteau lève un peu comme le pain ordinaire.

On facilite la digestion de ce gâteau en prenant comme boisson du vin de Bordeaux, et l'on complète le repas par un grog chaud ou un verre de cognac.

La pulvérisation des amandes est assez pénible : on la facilite si l'on a soin de les passer préalablement au moulin ou au hachoir ; la poudre grossière obtenue est alors facilement réduite en pâte fine.

Traitement de la sclérose de l'oreille par l'administration cutanée de l'Iode.

La médication iodée prescrite en ayant recours aux préparations usuelles est parfois irréalisable, les iodures n'étant pas tolérés par les malades et leurs succédanés ne donnant pas les résultats attendus.

Aussi l'observation que nous adresse le Dr Kaplan offre-t-elle un réel intérêt pour les praticiens qui se trouveront en face des mêmes difficultés que notre confrère de Vincennes. Voici cette observation.

Il s'agissait d'un malade atteint de sclérose de l'oreille gauche avec bourdonnements persistants et surdité presque complète, ce qui lui occasionnait des vertiges fréquents et prolongés.

Ce malade ne pouvait supporter l'*iodure*, même à de très petites doses, par voie stomacale.

C'est alors, il y a un an, que j'essayais de lui prescrire des frictions d'Iothion — une par jour sur la face interne des cuisses.

Une amélioration notable en résulta. Je le constate absolument. Non seulement les bourdonnements ont diminué d'intensité, mais les vertiges sont en voie de disparaître complètement.

J'estime donc qu'en continuant les frictions d'Iothion pendant longtemps, tout en les interrompant pendant huit jours chaque mois, le résultat sera plus appréciable encore.

Ce produit est certainement excellent, d'autant meilleur qu'en évitant le passage par le tube digestif, il remplace très avantageusement l'iodure, dans toutes ses indications, sans ses inconvénients, et que la grande majorité des malades ne peuvent tolérer, malgré la nécessité absolue où ils se trouvent d'en faire usage.

L'iothion est encore peu connu jusqu'ici. C'est un éther de l'acide iodhydrique renfermant 80 % d'iode. Il représente un liquide jaunâtre huileux non volatil, d'un poids spécifique très élevé. Je prescris l'onguent à l'iothion à 25 % (préparé avec de la vaseline blanche américaine).

Le produit est — au contraire des autres préparations iodées destinées à l'usage cutané — très bien absorbé. Quarante à soixante minutes après une onction, on décèle facilement l'iode dans la salive et l'urine. La réaction de l'iode, faible au début, devient plus nette une demi-heure après son apparition.

Pour éviter l'obstruction des pores de la peau je fais laver de temps en temps au savon la région choisie pour l'application.

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

MÉDECINE PRATIQUE

Le choléra asiatique

(*Suite, voir le n° 42*).

II

TRAITEMENT.

Avant d'aborder l'étude du traitement du choléra, nous devons dire quelques mots du sérum anticholérique dû à M. Haffkine. Ce sérum constitue-t-il un vaccin préventif et curatif ou simplement un procédé de préservation analogue à la vaccine pour la variole ?

Les statistiques de l'Inde semblent fort en faveur de ce sérum et les recherches de Koch, faites sur des sujets inoculés six mois auparavant, ne laissent aucun doute sur la puissance bactéricide du sérum des individus vaccinés contre le bacille virgule. Le sérum anticholérique est donc un excellent moyen de préservation du choléra en temps d'épidémie, tout à fait comparable à la vaccine, mais son action préserva-

L'OMNIUM DES CONSTIPÉS

« Les ***Produits Châtelguyon-Gubler*** *constituent un traitement*
« complet de la ***Constipation*** *et de l'****Entérite.»***

	INDICATIONS	MODE D'EMPLOI
(1  Déconstipante **EAU DE GUBLER**	Constipation chronique. Entérites. Dyspepsies intestinales. Colonialites.	**Régime** : aux repas, mêlée aux boissons, quantité à volonté. **Cure** : 3 f. p. j., 1 h. av. les repas, 1/2 v. à 2 v., 5 à 6 semaines. *(Régulateur de l'intestin ; puissant modificateur local et général).*
2) **COMPRIMÉS LAXATIFS CHATELGUYON-GUBLER**  Laxatifs.	Toutes les constipations. Entérite muco-membraneuse.	8 à 10, pour 1/2 verre d'eau pure ou de Seltz, à jeun. *(Laxatif d'effet rapide ; pas d'accoutumance).*
(3  Purgative **GUBLER CONCENTRÉE**	Embarras gastriques. Maladies du foie. Congestions viscérales. Congestions cérébrales.	1 verre, le tiers de la bouteille, en 2 fois, à jeun. *(Purgation agréable, très douce et très sûre).*
4) **PASTILLES DIGESTIVES C.G.-GUBLER**  Digestives	Dyspepsies flatulentes. Lourdeurs et Aigreurs d'estomac.	En croquer 3 ou 4 après chaque repas. *(Menthe, Citron, Oranger, Anis).*
(5  Toutes Entéroclyses **LES 3 SONDES INTESTINALES CHATELGUYON-GUBLER**	Nos 1 et 2 : Coprostases. No 3 : Hyper et Hypothermies. — Infections intestinales. — Intoxications généralisées. — Sérumisations.	No 1 : pour lavements simples. No 2 : pr entéroclyses profondes. No 3 (*Appareil bi-courant*) : pr irrigat. continues. *(Instruments parfaits, très ingénieux ; Adultes et Enfants.* Dem. Notice spéciale.
6, 7 & 8) Les Patronages C.G.-Gubler — **Chocolats et Sucres d'orge C.G.-Gubler** (Maison Rouzaud)	Hygiène alimentaire des Constipés et des Entérités.	Déjeuners, Goûters et Desserts. *(Hygiénique et exquis).*
Pastilles laxatives C.G.-Gubler (Laboratoires Ducatte)	Toutes les Constipations accidentelles.	Croquer 2 Pastilles le soir en se couchant. *(Le laxatif des femmes et des enfants).*

Société des Eaux de Châtel-Guyon
1, rue Rossini, Paris.
5o o/o aux Médecins : usage personnel.
3o à 4o o/o aux Médecins-Pharmaciens : revente.

CORRESPONDANCE HEBDOMADAIRE

Dr V. à T. — Qui paie les honoraires médicaux dus pour soins donnés aux gendarmes et à leur famille ?

R. — L'Etat ne doit pas aux gendarmes les soins médicaux pour eux et leurs familles. C'est donc au médecin de se les faire payer directement par ses clients, qu'il doit considérer comme des clients ordinaires.

Concours au Dr L., à C. — Pour être payé de vos honoraires par le receveur de l'enregistrement, car en matière d'accident du travail, le blessé ayant de droit, l'assistance judiciaire, c'est le Trésor qui doit faire cette avance, vous devez joindre à votre mémoire un extrait du jugement qui vous a mis en œuvre. Cette pièce est indispensable et si vous ne l'avez pas vous devez la réclamer au greffe qui doit vous la délivrer gratuitement.

Si le parquet se sert de l'intermédiaire du commissaire de police pour se mettre en rapport avec vous, c'est pour éviter les frais postaux ; le Parquet ayant gratuité avec les commissaires. Pour envoyer vos pièces au Procureur, vous pouvez les faire parvenir par le même procédé, et vous éviterez les timbres-postes ce qui, lorsqu'il s'agit de rapports parfois assez volumineux. est ma foi, appréciable.

Dr Mt de N. à *Concours.* — J'exerce la pharmacie puisqu'il n'y a pas d'officine dans ma localité. Or, d'après de nombreux numéros du *Concours* 1906, je suis tenu à déclaration, inspection, vérification des poids et mesures et tenue de livres. L'inspection ! Je m'en moque ; quant à porter mes poids au vérificateur et surtout à tenir toute une paperasserie pour mes drogues cela est très gênant.

Je me reporte au numéro du *Concours* du 22 septembre 1907, page 688, article extrait du *Journal de Médecine de Paris.* J'y trouve un arrêt déclarant nettement que je ne suis astreint à aucune taxe, visite, etc., et que cette loi de l'an XI, n'est pas faite pour le médecin.

Dans le numéro du 11 octobre 1908, page 730, je vois que je suis tenu à visite (art. 2), mais suis-je

Suite page XII.

trice n'a vraisemblablement pas la même durée que celle de la vaccine contre la variole.

L'inoculation se fait dans les régions des dernières côtes, dans le tissu cellulaire sous-cutané recouvrant le 9e et le 10e espaces intercostaux comme pour le sérum antidiphtérique. Les personnes chargées de soigner les cholériques, médecins, élèves, infirmiers ou infirmières, feront donc bien,en temps d'épidémie de se faire inoculer le sérum de Haffkine (culture morte de bacille virgule débarrassée de toxines). Mais, pour la masse du public, outre que ces inoculations préventives seraient fort difficiles à cause de la rareté du sérum, il serait bien inutile d'en essayer l'application, car le fléau est plus vite enrayé par l'hygiène et la prophylaxie raisonnées que par les vaccinations forcément très longues à exécuter.

Nous arrivons maintenant au traitement proprement dit ; il est d'une efficacité incontestable, s'il est appliqué avec promptitude et fermeté. Point de tergiversations inutiles, point de prescriptions sans méthode, il faut de la décision et de la précision.

A la première période (période de diarrhée séreuse),on devra prudemment instituer un traitement rigoureux et méthodique : *diète hydrique*, *acide lactique*, et *élixir parégorique*. Certes, on a préconisé bien d'autres traitements : l'ipéca, le calomel, les antiseptiques: salol, naphtol, salicylate de bismuth, la naphtaline, le sublimé, l'iodoforme, la créosote. Tous ces médicaments,sauf le calomel, sont plus nuisibles qu'utiles et nous en *proscrivons* formellement l'emploi. Le premier point consiste donc à mettre le malade à la diète et à ne lui permettre que l'usage d'eau bouillie sous forme de grogs au rhum, de tisane de champagne, d'infusion de menthe poivrée forte ou de décoction de racine de grande consoude. Ensuite, on prescrit, toutes les demi-heures, une cuillerée à soupe de potion à l'acide lactique.

Acide lactique pur . .	8 à 10 grammes.
Elixir parégorique du Codex 1908......	20 grammes.
Sirop de limons....	200 grammes.
Eau distillée......	300 c. c.

Cette potion devra être conservée au frais et peut même être refroidie par immersion dans la glace.

L'élixir parégorique du Codex est la meilleure préparation opiacée à utiliser contre le choléra ; il est supérieur au laudanum et aux injections de morphine ; rappelons que sa composition est la suivante, d'après la formule 1908 :

Extrait d'opium....	1 gr. 50
Acide benzoïque....	3 gr.
Camphre...........	2 gr.
Huile essentielle d'anis	3 gr.
Alcool à 60°........	650 gr.

— Quand on arrive auprès du malade dans les premières heures de la diarrhée, il est indiqué d'administrer du calomel (trois doses de vingt centigrammes à intervalles d'une demi-heure). Mais, dès le 2e jour,il vaut mieux employer l'acide lactique comme nous l'avons dit plus haut.

A la période cholérine, c'est-à-dire au moment des vomissements incoercibles et des évacuations alvines continues accompagnées de phénomènes d'intoxication générale: pouls incomptable, altération du facies, perte des forces, sueurs froides, cyanose, prostration, il n'y a plus à s'attarder à des tâtonnements avec l'acide lactique et l'élixir parégorique ni,à plus forte raison, avec l'opium, le bismuth et les nombreux astringents, tannin, tannigène, cachou, ratanhia, bistorte. L'indication formelle et urgente, c'est l'injection sous-cutanée ou la transfusion intra-veineuse dans une veine saphène de la jambe ou à la veine médiane céphalique du pli du coude, après dénudation au bistouri, de sérum artificiel selon la méthode du Dr Hayem. On peut se servir de la formule au chlorure de sodium et au sulfate de soude :

Chlorure de sodium pur . .	5 grammes.
Sulfate de soude........	10 grammes.
Eau distillée stérilisée. .	1000 c. c.

ou bien de la solution salée physiologique.

Chlorure de sodium pur. .	7 gr. 50.
Eau distillée stérilisée....	1000 c. c.

Il est bon d'avoir toujours sur soi dans sa trousse un certain nombre de petites ampoules de verre scellées à la lampe et contenant exactement 7 gram. 50 de chlorure de sodium pur que l'on peut faire dissoudre extemporanément chez le malade dans 1 litre d'eau bouillie, filtrée sur de l'ouate ou de la gaze hydrophile stérilisée. Le récipient et le bouchon destinés à contenir ce sérum doivent être stérilisés par l'ébullition, par le formol ou par l'anios ; on se sert pour l'injection d'une poire aspirante et foulante en caoutchouc (soufflerie du thermo-cautère) à laquelle on adapte des tubes en caoutchouc (sondes ou drains stérilisés) qui plongent dans le vase contenant le liquide et dont l'un aboutit extérieurement à une aiguille de Pravaz ou à un fin trocart en acier ou en platine iridié, pouvant être chauffé au rouge blanc, ou encore à une fine canule en verre stérilisée.Dans les hôpitaux ou les maisons de santé, on a recours à des ampoules de verre scellées à la lampe et remplies d'avance de sérum salé stérile auxquelles on adapte un tube de caoutchouc stérilisé de 1 m. 60 à 1 m. 80 de long et terminé par l'aiguille ou la canule. L'ampoule est accrochée à 1 m. 50 au-dessus du plan du lit et les deux extrémités effilées de l'ampoule étant brisées, l'écoulement du liquide se fait par la pression atmosphérique.

MM. Corbière et Lindeux fabriquent de ces ampoules stérilisées dont l'emploi est d'une extrême commodité et d'une sécurité absolue.

Les quantités de sérum à injecter sont au minimum de 1500 cc. à 2000 cc. et même 2.500 cc. en une fois ; c'est une véritable transfusion saline. Il est nécessaire de réchauffer le sérum salé ainsi injecté à une température d'environ 37 à 38 degrés centigrades, par immersion du flacon ou de l'ampoule au bain-marie chaud.

« Généralement, la transfusion est suivie d'effets immédiats remarquables ; le pouls reprend de l'ampleur, la teinte cyanique des téguments disparaît, la respiration devient profonde et régulière, les malades ont quelques frissons au cours de l'opération, ou immédiatement après, puis la température centrale s'élève de 1 ou 2 degrés. La langue devient humide et l'aphonie disparaît » (1).

Etant donnés les succès du sérum marin de Quinton dans l'entérite, il serait certainement indiqué, au cas où l'on pourrait en avoir plusieurs litres à sa disposition, d'employer le sérum marin isotonique stérilisé à la place du simple sérum salé physiologique ; ses effets pourraient être plus puissants encore.

Fréquemment, en effet, l'amélioration obtenue par une transfusion saline ne se maintient pas et au bout de 24 heures, *parfois moins*, il est

(1) Traité élémentaire de clinique thérapeutique. G. Lyon. Masson 1908.

indispensable de recommencer l'opération. C'est principalement le pouls qui doit guider le praticien dans ces circonstances ; s'il redevient filiforme, une nouvelle transfusion est indiquée. Le phénomène qui s'améliore le plus tardivement, c'est la diurèse ; les cas les plus favorables sont ceux où elle apparaît au bout de 10 ou 11 heures.

Les remarquables résultats fournis par l'emploi du collargol (argent colloïdal électrique) en injections intra-veineuses dans toutes les infections graves, sont un sérieux encouragement à essayer cette méthode, avant même l'emploi du sérum salé, dans le début de la période de cholérine. Les expériences sont encore rares ; mais rien ne les contre-indiquent.

Rappelons que la formule de la solution de collargol à employer est la suivante :

Argent colloïdal électrique (*Electrargol*)..........	1 gramme.
Eau distillée stérilisée...	100 c. c.

et que cette solution, contenue dans une ampoule scellée en verre jaune, doit être faite très peu de temps avant l'injection.

De même que pour la transfusion saline, on dénude une veine médiane céphalique ou une veine saphène à la jambe, avec des ciseaux, une pince et un bistouri, de façon à bien faire l'injection dans la lumière de la veine de bas en haut ; la quantité à injecter est de 3 à 5 cc. en une fois. La réaction produite est toujours vive ; il ne faut pas s'effrayer d'une forte ascension du thermomètre ; cela ne dure pas.

En même temps que les transfusions d'eau salée stérilisée, il est indiqué de recourir à l'emploi des bains chauds à 38° et 40 degrés ; ces bains chauds à 38° calment d'abord les crampes, puis favorisent la diurèse et élèvent la température centrale et périphérique ; on peut les renouveler toutes les 3 heures environ, les donner d'1/4 d'heure et les faire suivre de frictions au vinaigre aromatique, au liniment ammoniacal volatil, à l'eau de Cologne, au baume de Fiovarenti ou au liniment de Rosen.

Contre les vomissements, on peut employer le champagne frappé ou au contraire le thé au rhum bien chaud, l'eau chloroformée, la potion à l'acétate d'ammoniaque :

Liqueur d'Hoffmann..	2 gr.
Acétate d'ammoniaque	10 gr.
Teinture de cannelle...	5 gr.
Cognac ou rhum......	60 gr.
Hydrolat de mélisse...	60 gr.
Sirop de menthe.....	30 gr.

Une cuillerée à soupe de demi-heure en demi-heure.

— Malheureusement, l'acide lactique est mal supporté à cette période de cholérine ; les vomissements empêchent le plus souvent les malades de profiter de cet excellent médicament ; aussi, quand il n'y a pas encore trop de faiblesse, M. Hayem conseille de laver l'estomac avec la sonde et l'entonnoir et d'administrer la potion lactique par ce moyen (un ou deux grammes d'acide lactique chaque fois).

Certains auteurs ont préconisé l'emploi des lavements lactiques ou tanniques (Cantani).

Acide tannique......	8 à 10 grammes.
Gomme arabique....	50 grammes.
Laudanum de Sydenham..............	XX à L gouttes.
Eau bouillie à 38°...	2 litres.

à employer en entéroclyse, sous pression progressive.

Ces remèdes sont d'une application plutôt difficile étant donnée la fréquence des selles et des vomissements, toutefois, il y a des cas où ils pourront rendre des services, il ne faut pas les oublier.

A la période de collapsus, on peut encore essayer les transfusions salines, en les accompagnant d'injections de caféine, d'huile camphrée au dixième, d'éther, de strychnine, mais d'après M. Hayem, on obtiendra de moins bons résultats quand on attendra à cette période ultime pour commencer les transfusions salines. M. Galliard, qui a soigné beaucoup de cholériques en 1892, n'est pas du même avis et croit qu'il vaut mieux, au contraire, attendre à cette période de collapsus pour tenter les injections salines : car, dit-il, ces injections peuvent avoir des inconvénients graves et des dangers ; malgré les précautions prises, il peut survenir des embolies pulmonaires, des phlébites, etc. Aussi, Samuel, de Kœnigsberg, Michael, de Hambourg, Cantani, de Naples, emploient-ils plutôt l'*hypodermoclyse*, c'est-à-dire la transfusion saline, dans le tissu cellulaire sous-cutané, rétro-trochantérien, interscapulaire, abdomino-costal. « Lorsque le liquide commence à pénétrer, il se fait une distension de la peau, qui augmente rapidement ; cette distension n'occasionne pas de douleurs, les malades éprouvent simplement une sensation de tension ; on doit, d'ailleurs, faciliter la résorption en malaxant la peau, pendant toute la durée de l'injection sous-cutanée. Ces injections peuvent être répétées plusieurs fois par jour avec le sérum à 7 p. % ou avec le plasma marin de Quinton.

C'est une méthode qui donne de bons résultats et qui ne présente aucun aléa si le sérum est bien stérilisé et si la région a été soigneusement aseptisé par l'alcool et le sublimé ».

Pour résumer en quelques lignes, nous ne saurions mieux faire que de reproduire les phrases écrites par G. Lyon dans son traité de Clinique thérapeutique :

« *Période de diarrhée* : Diète absolue : applications chaudes sur l'abdomen ; limonade lactique additionnée d'élixir parégorique.

« *Période de cholérine.* Glace. Champagne frappé ou thé chaud au rhum. Injections sous-cutanées de sérum salé ou de plasma Quinton, toutes les 3 heures (hypodermoclyse) ou transfusions salines intra-veineuses et bains chauds ; inhalations d'oxygène.

« *Période de collapsus.* Transfusions salines intra-veineuses ou injection de collargol électrique intra-veineuse, caféine, huile camphrée, frictions. «

« Si le malade franchit cette période critique, il n'en est pas moins exposé à différents accidents. S'il survient de la fièvre et des troubles nerveux, il faut avoir recours aux affusions froides, à l'alcool, au sulfate de quinine. Les boissons abondantes sont indiquées pour entretenir la diurèse ; mais il faut se méfier d'une reprise prématurée du lait ou du bouillon. En cas de diarrhée, on redonne l'élixir parégorique et le képhir n° 2 ».

III

Prophylaxie

La mortalité du choléra asiatique, même combattu par les moyens thérapeutiques perfectionnés que nous avons indiqués, est toujours considérable ; environ 40 morts sur 100 malades. Il est donc de toute nécessité de lutter contre l'extension du fléau et contre la formation de foyers épidémiques.

Le premier moyen à employer, c'est donc la surveillance sanitaire des voyageurs et des marchandises provenant des pays où règne l'épidémie,et la désinfection sérieuse, efficace de tous les objets importés de ces pays: cette année, ce sont les marchandises, objets de fabrication, tissus, tapis, soies denrées alimentaires (œufs, en particulier), qui proviennent de Russie, de Transcaucasie, de Perse et d'Inde, contre lesquelles des mesures prophylactiques spéciales doivent être prises. Le linge mouillé des voyageurs venant des mêmes régions doit subir la même désinfection complète. Un cas suspect de diarrhée vient-il à se déclarer parmi ces individus, il faut immédiatement l'isoler et désinfecter soigneusement ses évacuations, sa literie, son linge intime.

Le deuxième moyen à mettre en usage, c'est la désinfection par le formol en liquide ou en vapeurs (fumigator Gonin) des objets servant aux usages intimes, vases, seaux de toilette, des sujets atteints de diarrhée abondante, lorsqu'une épidémie menace, et la vaccination anticholérique de Haffkine, pratiquée obligatoirement au personnel chargé de soigner les diarrhéiques et de désinfecter vases, linges ou locaux.

3° Enfin, en temps d'épidémie, il faut se garder de boire de l'eau simplement filtrée ; il est nécessaire de la faire bouillir plusieurs minutes ou de consommer une eau minérale provenant d'une contrée bien indemne et dont l'embouteillage est bien surveillé ; il faut ne faire usage que d'aliments cuits, s'abstenir de salades, de fruits crus, de melons, de raisins, de fraises, de légumes crus, éviter de boire des consommations, même alcooliques, dans des verres qui ont été rincés par des mains inconnues, comme dans les cafés ou estaminets. Les mouches sont des agents de contamination, il faut s'en protéger en faisant grillager les tuyaux d'aération, les portes et les fenêtres des water-closets; on peut répandre quelques gouttes de formol sur du sucre dans des soucoupes que l'on disposera dans les différentes pièces de l'habitation. Les fosses d'aisance, les puisards, seront constamment désinfectés par le chlorure de chaux, le sulfate de cuivre ou le lysol. Enfin, on multipliera, chaque jour, les lavages des mains et de la bouche avec de bons savons antiseptiques.

D[r] Paul HUGUENIN.

THÉRAPEUTIQUE

Les stigmates de la neurasthénie.

Par le D[r] Louis de BONNIEUX.

Lorsque nous avions l'honneur de suivre le service du regretté professeur Charcot, nous remarquions souvent, en tête de certaines observations qui nous paraissaient banales, le mot *galeatus* écrit de la main même du maître. Ce mot nous avait intrigué et nous avions demandé quelques explications qui nous furent données avec la meilleure grâce du monde. Il y a, nous dit Charcot, de nombreux malades qui ne sont pas hystériques et ne présentent aucune affection nerveuse spéciale mais qui se plaignent d'une douleur en casque au niveau de la tête. Ces malades présentent, en général, des symptômes analogues surtout de la dyspepsie. Je les classe jusqu'à nouvel ordre sous la rubrique de *galeati*, c'est-à-dire : qui portent un casque. Peu de temps après, parut le traité de Beard sur la neurasthénie et Charcot n'eut pas de peine à reconnaître comme neurasthéniques tous ses *galeati*. Une fois l'attention du grand neurophathologue appelée sur ce point, il étudia de plus près les nombreux névropathes qui se présentaient à la Salpêtrière. Il distingua les types morbides les plus divers et groupa les symptômes qui lui parurent réaliser le type le plus ordinaire de la neurasthénie. Ces symptômes si communs aux neurasthéniques, il les appela les stigmates de la neurasthénie. Les voici, tels que nous les enseigna Charcot dans une leçon au lit du malade. Ce sont: la céphalée, l'insomnie, la dépression cérébrale, l'asthénie musculaire, la rachialgie et la dyspepsie.

La *céphalée* existe dans les neuf dixièmes des cas. Les malades la comparent à une coiffure lourde, à un bandeau, à un casque de métal. Elle se produit de préférence le jour et commence ordinairement dès le réveil. Tout travail intellectuel, toute émotion, tout bruit violent l'augmente et l'exagère. Elle est accompagnée généralement d'une sensibilité spéciale du cuir chevelu, véritable hyperesthésie très pénible. L'*insomnie* est complète ou incomplète chez les neurasthéniques. Elle est souvent due à une auto-suggestion, la peur de ne pas dormir. La *dépression cérébrale* n'est autre chose qu'un affaiblissement de la volonté se traduisant par un défaut d'attention et un manque absolu d'esprit de décision. L'*asthénie musculaire* se traduit par une fatigue précoce et nullement motivée par l'effort accompli. Elle se montre surtout chez les neurasthéniques le matin au réveil et elle est plus fréquente chez les femmes. C'est une sensation de lassitude et de dépression. Nulle envie de se lever. La malade est comme clouée à son lit et cependant la sensibilité et les contractions musculaires sont absolument intactes. La *rachialgie* est caractérisée par une sensation de pesanteur, d'endolorissement dans le dos, au niveau de la région lombaire. On détermine une vive douleur si on exerce une certaine pression à la partie inférieure de la colonne vertébrale. La *dyspepsie* est, de tous les stigmates de la neurasthénie, le plus général et le plus tenace. On peut observer toutes les formes de dyspepsies, mais la dyspepsie nervo-motrice est la plus fréquente. Les malades éprouvent, plus ou moins tôt après les repas, de la pesanteur à la région épigastrique et un malaise général avec lourdeur de la tête. Souvent, il y a, en même temps, du ballonnement de l'abdomen avec renvois gazeux ordinairement inodores et sans aigreurs.

Le ballonnement est tel quelquefois que les malades sont obligés de desserrer leurs vêtements après les repas. Et alors,si on percute l'abdomen, on perçoit une sonorité tympanique très nette s'étendant non seulement à la zone stomacale mais aussi à la zone intestinale. Il y a en effet, dyspepsie gastro-intestinale dans beaucoup de cas et l'atonie qui est la cause principale du tympanisme s'étend aussi bien à l'intestin qu'à l'estomac. Ce qui, du reste, prouve bien la participation de l'intestin à l'ensemble dyspeptique, c'est, en dehors du tympanisme généralisé, les alternances de constipation et des selles diarrhéiques. Chez les neurasthéniques constipés, se montrent souvent des selles pseudo-membraneuses ou muqueuses. Quant aux poussées diarrhéïques, elles simulent quelquefois une véritable dysentérie. Quand la dyspepsie est très accentuée, elle prend rapidement une forme grave qui peut faire craindre une issue funeste.

Nous n'entrerons pas dans les détails purement chimiques des analyses des sucs gastriques pratiquées dans les dyspepsies des neurasthéniques. Nous avons voulu résumer simplement une magistrale leçon de Charcot sur les stigmates de la neurasthénie.

De ce rapide exposé découlent quelques considérations primordiales : donner au système ner-



veux l'énergie qui lui manque et rétablir les fonctions digestives.

La première indication est remplie par l'hydrothérapie, le repos physique et moral, le changement d'air, les injections de sérum artificiel, l'électricité. Quant au traitement de la dyspepsie gastro-intestinale des neurasthéniques, il est admirablement réalisé par une saison à Pougues ou par l'administration régulière et méthodique de l'eau de Pougues (St-Léger). Il s'agit, en effet, de tonifier le tube digestif sans l'exciter et de modifier le chimisme de ses sécrétions sans débiliter l'organisme. Or, de l'avis de tous les praticiens, aucune eau n'est comparable pour cela à l'eau de Pougues. Dans toutes les atonies gastro-intestinales, chez les personnes faibles, je donne une boisson carbonatée calcaire comme l'eau de Pougues, dit Germain Sée dans son « Traitement des dyspepsies gastro-intestinales ».

Le Dr Aluphan, médecin-inspecteur des Eaux d'Euzet, correspondant de la Société d'Hydrologie de Paris, a fort bien remarqué, dans son «Traité hydro-minéral de la chlorose», que les eaux bicarbonatées sodiques fortes ne doivent jamais être employées chez les personnes irritables et nerveuses. Il insiste avec raison sur l'administration des eaux bicarbonatées calcaires, dont le type est l'eau de Pougues, dans toutes les dyspepsies des névropathes. On peut donc dire que l'eau de Pougues est la boisson la plus utile aux neurasthéniques, dont elle rétablit les fonctions gastro-intestinales et dont elle tonifie l'organisme.

LA RÉFORME DES ÉTUDES MÉDICALES

L'encombrement médical et les Congrès des Praticiens

Le 19 février 1900, le *Concours médical*, mettait au concours la question de l'encombrement médical.

Dans son remarquable rapport paru en 1900 (1), de même que dans celui qu'il présenta au Congrès des Praticiens de Paris, le docteur Gouffier préconisait toute une série de remèdes à la crise médicale, dont il devient intéressant de reprendre l'étude à l'heure actuelle, après la cloture du deuxième Congrès des Praticiens ; non seulement pour examiner le chemin parcouru, mais encore pour noter les résultats des mesures déjà prises et voir si d'autres mesures plus efficaces ne s'imposeront pas à nos préoccupations pour arrêter le flot toujours et de plus en plus menaçant.

On ne saurait trop rappeler, en effet, les chiffres des statistiques officielles.

Nombre des médecins exerçant en 1881 : 14.846.

Nombre des médecins exerçant en 1891 : 14.913.

Nombre des médecins exerçant en 1901 : 17.108.

Nombre des médecins exerçant en 1906 : 19.319 (chiffres officiels).

Nombre des médecins exerçant en 1908 : près de vingt mille.

Les causes de cet encombrement nous sont connues et l'éminent rapporteur du Congrès de 1907 nous en donnait une liste déjà fort longue : Diffusion de l'enseignement ; le prestige, la liberté et la soi-disant richesse de la médecine ; la multiplication des bourses ; les lois militaires, l'afflux des étrangers et les lacunes de l'enseignement médical. Cette liste, quoique copieuse, ne nous paraît pas comporter toute la pathogénie de la pléthore médicale et elle semble omettre comme à dessein les faits qui nous paraissent les plus graves mais dont on n'ose parler que sous le manteau et entre confrères : je veux dire les facilités trop grandes que l'étudiant trouve dès le début des études pour obtenir ce diplôme qui nous donne le monopole le plus élevé et le plus lourd, celui qui met entre nos mains la vie de nos semblables.

Ces facilités sont de plusieurs sortes.

1° Le trop grand nombre d'Ecoles de plein exercice ou préparatoires à la Médecine, dont la clientèle se composait surtout autrefois des candidats à l'officiat de santé et qui ne comporte plus aujourd'hui que des étudiants accomplissant leurs premières années d'études.

2° La trop grande facilité qu'un jeune bachelier trouve à prendre sa première inscription ; même avec l'accessoire du P. C. N. qui, dans certaines facultés, n'est qu'un crible à larges mailles, puis la trop grande facilité que l'étudiant trouve à poursuivre et à terminer ses études. N'est-ce pas tout naturel que les familles n'osent pas affronter les risques des concours qui demandent un effort de travail beaucoup plus intense, alors qu'il leur est si facile d'enfoncer une porte ouverte, celle de la Faculté.

Contre ces différentes causes d'encombrement le Dr Gouffier nous proposait en 1900, toute une série de mesures qui à ce moment là parurent tellement énergiques qu'elles furent acclamées à l'Assemblée générale du *Concours*.

La première était de demander que l'orientation de l'enseignement secondaire fût plutôt dirigée vers l'accès des professions commerciales, industrielles ou agricoles ; en un mot que l'on favorisât plutôt ce que l'on appelle l'enseignement moderne, aux dépens de l'Enseignement classique. Mais malgré tout l'enseignement secondaire classique a conservé la préférence des familles.

Quant à la multiplication des bourses et à l'exonération trop fréquente des frais d'études, elle ne fut pas spéciale à la Médecine et toutes les grandes écoles de l'Etat en reçurent proportionnellement leur part.

Comme autre remède héroïque notre excellent confrère demandait la réforme de la loi militaire. Cette réforme est un fait accompli et s'il est vrai que l'appât des dispenses de l'ancien art. 23 n'existe plus, nous n'en sommes pas moins et serons toujours, de par notre profession même, des privilégiés au point de vue militaire, parce que non combattants.

En 1900, le Dr Gouffier préconisait également l'augmentation du prix des examens ; mais le rapporteur jugeait lui-même cette mesure tellement anodine et tellement antidémocratique, qu'il ne la retenait même pas dans ses conclusions et qu'elle ne figure plus dans son rapport de 1907.

La nouvelle réglementation des études pour les étudiants étrangers, si elle est rigoureusement appliquée partout et surtout à Paris, peut rendre de réels services pour diminuer l'encombrement médical. C'est à nos Associations corporatives, c'est-à-dire à nos syndicats d'y veiller.

Enfin comme dernières mesures notre confrère proposait : l'augmentation de la sévérité aux examens ; la prolongation de la durée des études médicales, le stage obligatoire et étudiait en passant la question de la limitation du nombre des médecins et celle de l'enseignement de la déontologie.

Le Congrès de Paris a jugé, l'an dernier, la va-

(1) *Concours Médical*, n° 45, 1900.

leur de l'examen-barrière. Il n'est pas, en effet, un praticien qui ne sache que la patience du juge a une limite inversement proportionnelle à la ténacité du candidat, qui tient à sortir et *qui est sûr de sortir tôt ou tard* de l'Ecole avec tous les sacrements.

La commission ministérielle de la réforme des études médicales vient de donner satisfaction à un des derniers desiderata du rapporteur de 1900, en émettant le vœu que les études médicales soient prolongées d'une année. Mais est-ce que la mauvaise graine de l'Ecole se gêne et a besoin d'un vœu de la commission ministérielle pour prolonger la durée des Etudes ! Elle se donne même la peine d'aller plus loin et de les prolonger de plusieurs années. Du reste, l'élite elle-même donne l'exemple et il n'est pas rare que nos internes aient fait, avant de s'installer, huit et dix années d'études.

Il y a donc lieu de penser que cette proposition ne nous donnera ni de meilleurs ni de pires élèves et que les choses resteront en l'état.

L'enseignement de la déontologie tend de plus en plus à vouloir s'imposer et c'est là l'œuvre des syndicats. Elle ne peut en aucune manière faire baisser le nombre des médecins car la déontologie n'empêchera pas le jeune confrère de faire ses études et il sera bien obligé de chercher à utiliser quelque part le diplôme tant désiré.

De toute cette excellente thérapeutique, que nous reste-t-il après un recul de près de dix ans ? Peu de chose, et notre malade me semble de plus en plus souffrant. Le chemin parcouru est minime, et les résultats des mesures déjà prises absolument incertains. Il faut donc voir comme je le disais au début de cet article, si d'autres mesures plus efficaces ne s'imposeront pas à nos préoccupations. Je veux parler: 1° de la suppression possible d'un certain nombre d'Ecoles de médecine ; 2° de l'Institution d'un concours d'admission aux Ecoles et Facultés de médecine.

Suppression possible d'un certain nombre d'Ecoles de médecine.

Quand un industriel arrive à produire au delà des demandes de sa clientèle et qu'il ne peut, ou que très difficilement, caser sa marchandise, ou bien il ferme un certain nombre de ses usines, ou bien il tâche d'augmenter la qualité de la marchandise produite afin de la faire mieux apprécier. C'est là la simple application de la loi de l'offre et de la demande qui touche autant le corps médical en ce moment que l'industrie. La fermeture d'un certain nombre d'usines à docteurs en médecine, ce serait là le rêve, la mesure radicale par excellence ; mais combien difficile à exécuter ! Et cependant quel mal verriez-vous, mes chers confrères, à voir disparaître un certain nombre de ces Ecoles préparatoires qui brillent d'un éclat tellement éteint qu'on les croirait mortes, si, à l'ouverture des cours on ne les voyait lancer leurs tentacules vers tous les jeunes bacheliers, pour les attirer à elles et se donner ainsi une raison de vivre. Pour légitimer leur existence budgétaire, bon nombre de ces Ecoles, dont le recrutement est difficile, usent à l'égard de leurs élèves d'une mansuétude toute maternelle. Je n'en veux retenir pour preuve que le récit paru dans le *Concours* en avril 1907, concernant l'Ecole de Clermont-Ferrand. Ne serait-il pas préférable que quelques-unes d'entre elles soient élevées au rang de Facultés, tandis que bon nombre d'autres, ne jouissant que d'une renommée sans éclat, pourraient être supprimées sans inconvénient.

Quel mal verriez-vous encore à la disparition des Ecoles du service de santé militaire de Lyon et de médecine navale de Bordeaux. Ces deux Ecoles en effet ont le droit de conférer le diplôme de docteur en médecine après des études absolument incomplètes, au point de vue de diverses branches de la médecine, obstétrique, gynécologie, pédiatrie, maladies mentales, etc., ce qui n'empêche leurs anciens élèves d'abandonner la carrière militaire ou navale pour exercer la médecine civile au grand détriment et des malades et des confrères en exercice. Ces écoles ne devraient recevoir, au concours, que des docteurs en médecine se destinant à la carrière militaire ou navale ; ce seraient des écoles d'application et rien de plus.

Au lieu de cela, nous avons vu le Congrès de Paris et celui de Lille demander la transformation de toutes les Ecoles secondaires en Facultés autonomes. Mais c'est de l'incohérence cela, et on se demande si ce sont des Congrès de Praticiens ou des Congrès de futurs agrégés auxquels nous avons assisté. Le jour où toutes les Ecoles secondaires seront transformées en facultés autonomes, naturellement avec un personnel plus nombreux, il leur faudra une clientèle et cette clientèle quelle sera-t-elle, si ce n'est encore une partie du flot que vous voyez monter si rapidement ? En vérité, praticiens, mes amis, vous vous forgez à vous-même des armes pour votre propre suicide et vous fîtes fausse route en vous laissant endormir par les paroles subtiles et les beaux discours.

Comme le Dr Dupont (1), je vous dirai : « Nous nous lamentons sur ce que l'Etat fabrique trop de médecins ; nous nous disputons âprement la portion congrue que nous font les indigents, les mutualistes et les accidentés du travail ; nous nous plaignons du poids trop lourd des impôts toujours croissants et, comme conclusion nous prions l'Etat de les augmenter encore pour fabriquer un peu plus de médecins inutiles ou médiocres, nous le supplions d'envoyer de nouveaux affamés autour de notre table insuffisamment garnie.

Concours à l'entrée des Ecoles de médecine.

La commission ministérielle n'osa pas aborder la question en face mais elle émit le vœu « *que le futur étudiant en médecine doit avoir une éducation intellectuelle, littéraire et philosophique, à cause de la nature même des Etudes qu'il va entreprendre et surtout à cause de la profession dont ces études lui donneront le monopole, profession qui nécessite avant tout un niveau moral extrêmement élevé* » (2).

La commission lilloise à son tour par l'organe de son éminent rapporteur, le Dr Surmont était d'avis « *qu'il est indispensable que l'orientation spéciale des sciences vers les applications médicales, ne soit ni trop précoce, ni trop accusée. Il est indispensable, avant toute chose, que l'enseignement prémédical des sciences soit suffisamment large, pour permettre au futur médecin, non seulement de comprendre et d'utiliser les applications actuelles des sciences au diagnostic et au traitement des maladies, mais encore d'en posséder suffisamment les méthodes et les lois générales pour pouvoir en comprendre ultérieurement les applications médicales possibles.* »

« *Autrement dit, il est indispensable que la culture scientifique du futur médecin soit suffisamment large pour qu'il soit en état de comprendre au fur et à mesure de leur apparition, les applications nouvelles des sciences à la médecine et d'en tirer immédiatement profit* » (3).

(1) *Concours Médical* 1908, n° 37.
(2) *Congrès de Lille.* Rapport Gassot.
(3) SURMONT. — *Rapport au Congrès de Lille*, p. 103.

Du reste, l'idée du concours à l'entrée des études médicales n'est pas nouvelle. Et c'est toujours dans le *Concours médical* qu'il faut chercher l'initiative de propositions aussi hardies. En janvier 1900, le Dr Duchesne (1), de Ferrières, proposait déjà la création de ce concours aboutissant à la limitation des postes. Et n'est-ce pas notre excellent confrère, le Dr Gassot (2), qui écrivait à la même époque : « La sélection la plus logique et la plus facile est celle établie au début des études. Plus tard, lorsque les jeunes gens ont franchi le seuil des Ecoles de médecine, qu'ils sont en cours d'études depuis une ou plusieurs années, les jurys se contentent de déplorer l'extrême faiblesse des candidats ».

Le docteur Lepage (3), l'éminent secrétaire général de l'Association des médecins de France, affirmait aussi « qu'il fallait commencer par sélectionner la *matière étudiante*, de façon à rendre l'accès du diplôme impossible aux incapables. Et il ajoutait : « C'est dès les premières années d'études que doivent être arrêtés d'une manière radicale ces étudiants dont les examinateurs découragés disent : à quoi bon le refuser ? Vous ne le rendrez pas plus intelligent et il ne sera pas plus fort dans trois mois ou six mois qu'aujourd'hui. »

Le rapporteur de 1907, le Dr Gouffier lui-même (4), revenant sur ses propres idées contenues dans son rapport de 1900, ne dit-il pas que : « Les études et examens préparatoires à la médecine ont une grave importance. *Le système de la porte ouverte est nettement défectueux*, car l'accès de la profession doit être entouré de garanties. Or, tandis que les principaux établissements d'enseignement supérieur (Polytechnique, Normale, Ecole des mines, écoles militaires) n'admettent que des élèves ayant fait preuve de capacités intellectuelles suffisantes, les Facultés et Ecoles de médecine ont une tendance assez manifeste à ouvrir leurs portes largement, sans s'inquiéter si les élèves qu'elles inscrivent sur leurs registres ont les qualités indispensables pour faire de bons médecins praticiens ». Et il ajoute : « Il est un projet qui, par ses avantages et sa netteté, mérite tout d'abord d'être pris en considération ; *c'est la création d'un concours d'admission dans les Ecoles de médecine*. Ce serait, certes, l'idéal en fait de sélection des élèves ; ce serait l'idéal, plus encore, comme remède à l'encombrement.

« La limitation du nombre des étudiants par un concours placé au début des études serait, en ce qui concerne l'encombrement médical, une mesure aussi radicale qu'excellente. Malheureusement, elle soulève des objections et elle présente, en l'état actuel des choses, des difficultés pratiques qui paraissent insurmontables, momentanément tout au moins. »

Comment devons-nous concevoir ce concours ?

Pour nous, les conditions d'admission seraient les suivantes :

L'admission dans les Facultés et écoles de médecine a lieu par voie de concours.

Ce concours comprend des épreuves écrites et des épreuves orales.

Les épreuves écrites qui sont éliminatoires, comportent :

1° Une composition sur une question générale de physique, avec solution d'un problème.

2° Une composition sur une question générale de chimie minérale ou organique, avec solution raisonnée d'un problème.

(1) Duchesne. — *Concours Médical*, n° 1, 1900.
(2) Gassot. — *Concours Médical*, 1900, p. 250.
(3) Lepage. — *Concours Médical*, 1902, p. 682.
(4) Gouffier. — *Rapport au Congrès de Paris*, p. 283.

3° Une composition sur une question générale d'histoire naturelle.

Elles ont lieu le 1er août au siège des différentes Facultés ou Ecoles de Médecine.

Les épreuves orales, au nombre de trois, portent sur :

1° Les mathématiques.
2° La physique et la chimie.
3° L'histoire naturelle.

Elles sont subies par les candidats déclarés admissibles à ces épreuves dans le courant du mois de septembre, aux dates fixées par le ministre et au siège des Facultés et écoles de médecine.

Pour être admis à concourir, les candidats doivent avoir 18 ans au moins et 25 ans au plus au 1er octobre de l'année du concours et être possesseurs d'un des diplômes de bachelier de l'enseignement secondaire classique et du certificat d'études physiques chimiques et naturelles.

Aucune dispense d'âge ne peut être accordée.

Les jeunes gens qui ont obtenu la licence ès sciences physiques, chimiques ou naturelles sont dispensés du concours et admis de droit.

Le nombre des places mises au concours est fixé chaque année par le ministre de l'Instruction publique.

Le nombre des Ecoles de Médecine étant de 23, dont 7 facultés, 4 écoles de plein exercice et 12 écoles préparatoires, chaque école préparatoire, au cas où leur nombre resterait ce qu'il est actuellement, recevrait 1/46 du nombre total soit en tout 12/46; chaque école de plein exercice en recevrait 2/46 soit 8/46. Chaque faculté autre que Paris en recevait 3/46, soit 18/46 et Paris aurait les 8/46 restants.

On a fait à ce projet de concours d'admission aux écoles de médecine, lorsqu'il fut présenté en 1900, par le Dr Duchesne (de Ferrières), un certain nombre d'objections dont les principales sont: 1° une atteinte à la liberté individuelle ; 2° la création d'un privilège ; 3° la fonctionnarisation de la Médecine, et enfin 4° la défaveur qu'une telle innovation aurait devant l'opinion publique et le Parlement.

La première de ces objections, formulée en 1900 par le Dr Hervé (de la Motte-Beuvron), n'a pas grande valeur. En effet, chacun est libre de se présenter au concours et les conditions nécessaires et suffisantes sont celles que l'on demande à l'entrée de presque toutes les Ecoles (Polytechnique, Normale, Centrale, Alfort, etc., etc.) Est-ce qu'il y a atteinte à la liberté quand on exige du candidat à l'Internat qu'il soit déjà externe et au candidat à la 1re inscription qu'il ait son baccalauréat. Il y aurait atteinte à la liberté si le principe du libre exercice de la médecine existait déjà. Mais là n'est pas la question. Vous admettez qu'avant l'entrée à l'Ecole le futur étudiant soit déjà muni du baccalauréat classique, et du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles. Or, nous ne trouvons pas ces barrières suffisantes, les statistiques sont là pour nous le démontrer de façon trop évidente et nous ne demandons qu'une chose, c'est de renforcer ces premières barrières par le concours afin que le *dignus intrare* soit vraiment digne. C'est le simple bon sens qui nous guide et nous ne voyons là aucune entrave à la liberté. Le concours à l'entrée est la barrière la moins dangereuse, car à ce moment là le jeune bachelier peut encore chercher sa voie, vers des carrières d'accès plus facile, tandis qu'en cours d'études, il n'en a plus le courage.

On a parlé aussi d'un privilège, mais nous ne demandons pas à l'Etat qu'à l'instar de Polytechnique ou de Normale, il nous donne, après

l'obtention du diplôme,un poste avec fixe correspondant à un traitement. L'Etat ne doit nous délivrer qu'un diplôme scientifique analogue à celui qui est délivré aux élèves sortants de Centrale ou de l'Ecole des Beaux-Arts (architecture) ou encore à ceux qui sortent des Ecoles vétérinaires. L'Etat n'est pas davantage tenu à nous assurer les moyens d'existence que nous avons escomptés en recherchant le titre. Poussé par le souci de la conservation de chacun des membres qui composent la collectivité, l'Etat a créé en notre faveur le monopole du droit de soigner, parce qu'il ne pouvait,en raison des dangers que cela présentait, laisser se créer le libre exercice de la médecine. Ce monopole, il le défend d'ailleurs assez mal. La fixation du nombre des médecins proportionnellement à la population est logique et il n'en découle pas nécessairement comme le disait le Dr Hervé « qu'il faudra imposer à la clientèle la confiance obligatoire au médecin qui lui sera octroyé. » En effet, les campagnes resteront ce qu'elles sont actuellement ou peu s'en faut. Le titulaire d'un poste insuffisant, soit par pénurie de malades,soit par insuffisance du titulaire lui-même,aurait toujours la possibilité de le quitter et d'aller chercher mieux ailleurs, de même le public, ayant le choix entre plusieurs praticiens, aurait tôt fait de marquer sa préférence pour un ou plusieurs d'entre eux ; d'où de bons postes à l'usage de bons praticiens et inversement.

Le Dr Gouffier (1) y voit un appel à la fonctionnarisation du médecin qui pourrait, dit-il, nous entraîner loin. Mais,pour répéter un exemple qui me revient toujours, parce que les deux professions ont bien des similitudes, en quoi les vétérinaires, dont le nombre est cependant limité, sont-ils devenus des fonctionnaires, en bloc. Il y en a certainement dans cette profession, comme dans la nôtre ; mais ils ne le sont pas tous, tant s'en faut. Le fait, pour le médecin, d'exercer à la campagne, n'implique pas l'obligation de lui donner un fixe. Les campagnes, malgré le mode de recrutement des vétérinaires, ne manquent pas de ceux-ci et le paysan n'est jamais en retard pour aller le chercher quand la vache est malade, souvent bien avant d'aller chercher le médecin pour son épouse.

Enfin, dit-il encore, cette solution ne rencontrerait pas l'approbation du public qui a ou qui croit avoir intérêt à la multiplication du nombre des médecins. Elle semblerait créer en faveur du corps médical un privilège, et Dieu sait si notre époque est apparemment ennemie des privilèges.

Or, il suffit de voir en quelle estime l'opinion publique porte tous ceux de ses membres qui ont été les élus d'un concours quel qu'il soit, et quelle haute opinion elle a de ceux qui sont issus de nos grandes Ecoles, quoi qu'ils fassent et quoiqu'ils produisent par la suite, pour se convaincre que, bien au contraire, elle n'admet comme sujets de valeur que les sujets sélectionnés. Toutes les fois que la société, représentée par l'Etat, par l'industrie, le commerce, etc., a besoin d'un personnel d'élite, elle le recrute par le concours. Je n'en veux pour exemple que le recrutement des Ecoles des Ponts-et-Chaussées, des mines, des ingénieurs préposés à la surveillance des monopoles d'Etat (tabacs, allumettes), des Ecoles de commerce, de la Banque de France et enfin la magistrature. *Seule, la santé publique ne mériterait pas cette sélection ! Mais elle existe en haut* (externat, internat, bureau central, agrégation), *pourquoi donc n'existerait-elle pas en bas, à l'entrée, à l'orée de la profession ? Mystère !*

Non seulement nous aurions là le remède souverain,héroïque, à la pléthore dont nous souffrons, mais encore nous relèverions immédiatement le prestige de la profession.

Pour terminer, j'attirerai l'attention de nos confrères sur la possibilité de faire aboutir ce vœu. En effet, l'étude de la Médecine n'a pas été déterminée par une loi ; mais bien par le décret du 31 juillet 1893 ainsi conçu :

Art. 2. — Les aspirants au doctorat en médecine doivent produire,pour prendre leur première inscription, le diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire classique (Lettres-Philosophie) et le certificat d'études physiques, chimiques et naturelles.

Or, la différence de procédure pour obtenir un *décret est autrement plus simple et plus facile* que pour faire voter une loi par le Parlement. Le Conseil supérieur de l'Instruction publique est presque souverain, et de son avis favorable dépendrait seul le succès de cette très importante réforme. Vous voyez donc, mes chers confrères, qu'il n'y a pas si loin de la coupe aux lèvres et qu'un referendum dont se chargerait l'Union des Syndicats, le Comité de Vigilance, issu du Congrès de 1908, ou le *Concours Médical*, pourrait nous dire si nous sommes dans la bonne voie et si le troupeau d'affamés dont parlait le Dr Dupont voudrait bien nous suivre et défendre sa maigre pitance.

Le moyen me semble autrement meilleur que l'exposé *coram populo* de nos misères physiques et morales. Le public commence à ne les connaître que trop, il nous le prouve surabondamment en nous exploitant de toutes façons.

Conclusions.

De ce trop long exposé,nous concluons que les mesures réclamées par le docteur Gouffier dans ses rapports de 1900 et 1907 pour combattre l'encombrement médical ont été ou sont devenues absolument insuffisantes parce qu'inefficaces ; que seules, la suppression d'un certain nombre d'Ecoles préparatoires et la création d'un concours d'admission aux écoles de médecine, sont de nature à remédier à la pléthore médicale. En conséquence, nous demandons :

1° La suppression d'un certain nombre d'Ecoles préparatoires à la Médecine qui usent d'une mansuétude toute spéciale aux examens pour se créer une clientèle légitimant leur existence, et la répartition des crédits provenant de ces suppressions aux Facultés et aux Ecoles restantes, élevées au rang de Faculté, pour leur permettre, sans augmentation de crédits, d'améliorer leur enseignement, par la création de chaires ou de laboratoires nouveaux.

2° Que le concours seul ouvre aux Etudiants l'entrée des Facultés et Ecoles de Médecine, par modification de l'art. 2 du décret du 31 juillet 1893 dans les formes indiquées plus haut.

Dr Delpeut,
de Saint-Chéron (S.-et-O).

(1) Gouffier. — Rapport, Congrès 1907.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

LE CONSEIL FÉDÉRAL SUISSE
a voté
la suppression des assureurs

La « contre-enquête » publiée en réponse à l'enquête du sénateur Petitjean, médecin d'un syndicat d'assureurs a établi que des assureurs avec un budget de trois cent millions, exerçaient leur influence délétère sur l'esprit de députés, de sénateurs, de magistrats, de médecins-experts et de médecins praticiens.

Dans une campagne de presse qui leur a coûté fort cher, des assureurs ont fait insulter le corps médical français. Parmi les assureurs, en effet, qui exercent leur lucrative industrie en France, beaucoup sont étrangers, et il en est qui ont été heureux d'attaquer des médecins français avec l'appui de journaux français.

Nous savons que les trois millions de la caisse de résistance d'un groupe d'assureurs ruinés par les médecins, vont permettre de renouveler périodiquement la campagne contre les médecins, jusqu'à suppression du « libre choix » ou jusqu'à la suppression des assureurs. *Car il faut que l'un tue l'autre.*

La conclusion logique de constatations aussi graves était que le Corps Médical indigné devait voter « la suppression des assureurs ».

Les délégués des syndicats médicaux au Congrès de Lille surpris par cette conclusion paraissaient peu disposés à l'accepter. Pour beaucoup de médecins, en effet, « *suppression des assureurs* », est synonyme de « *monopole par l'Etat* » et de « *fonctionnarisation des médecins traitant les blessés* ».

Ils ignorent que depuis plusieurs mois, en Hongrie, on a adopté un système qui, tout en supprimant les assureurs, ne laisse à l'Etat qu'un contrôle sur le fonctionnement de caisse d'assurances avec « *le libre choix du médecin* ». Ces caisses sont administrées par un conseil composé de patrons, d'ouvriers et de médecins.

Cependant, pour ne pas entraver la marche du Congrès, nous nous étions résignés à discuter ultérieurement cette grave question, nous promettant, par des articles dans nos journaux professionnels, de mieux préparer nos confrères à l'étude de cette réforme.

Mais un fait nouveau de la plus haute importance vient de se produire. A l'exemple de la Hongrie, voilà que la Suisse, par ses députés et à l'énorme majorité de 120 voix contre 14, a voté la suppression des assureurs.

Il devient donc d'actualité de reprendre l'étude de la suppression des assureurs en France. Ce sera là l'objet d'un rapport à notre Assemblée générale cette année.

Pour préparer les confrères à discuter utilement ce rapport, il nous a paru que le mieux était de publier le compte rendu, d'après les journaux suisses, des débats qui ont eu lieu devant les « Chambres fédérales ». DIVERNERESSE.

***

Le génevois du 18 septembre 1908.

—

Assurance contre les maladies et les accidents.

De notre correspondant de Berne :

B. — Le 28 courant le Conseil national se réunira expressément pour s'occuper du projet de loi sur l'assurance fédérale contre les maladies et les accidents.

La commission spéciale doit auparavant examiner les nouveaux documents et renseignements sur cette affaire recueillis depuis la session de juin et prendre connaissance des études critiques parues durant ces deux derniers mois.

Les critiques ont surtout trait au projet de tarifs annexé à la loi, que l'on juge trop bas ; on a pris comme point de départ les tarifs autrichiens qui sont insuffisants et des techniciens ont calculé que la caisse nationale d'assurance se trouvera en présence d'un déficit de 9 millions de francs. Il s'agit d'ailleurs là d'appréciations personnelles.

Un autre genre de critique vise la décision de mettre à la charge de l'assurance contre les accidents les conséquences des accidents survenus en dehors de l'exercice de la profession ; par exemple l'indemnité qu'il faudrait payer à un ouvrier qui tombe de bicyclette au cours d'une partie de plaisir. Ce sont surtout les industriels qui s'opposent énergiquement à l'adoption de cette mesure puisqu'ils devraient aider à en payer les conséquences.

L'opposition la plus forte se manifeste contre le monopole à accorder à la caisse nationale d'assurance contre les accidents.

La société suisse des Arts et Métiers et les Chambres de commerce se sont occupées de cette question ; chaque section l'a examinée et discutée ; des 22 sections cantonales, seulement Berne, Glaris et Thurgovie se sont prononcées en faveur du monopole.

L'opposition à l'extension de la caisse nationale à l'assurance contre les accidents qui arrivent en dehors de l'exercice professionnel a été encore plus générale ; seulement Berne et le Département des finances de Glaris se sont prononcés en faveur de ce principe. Ce n'est pas que l'on veuille exclure de l'assurance les accidents de cette dernière catégorie, mais on demande qu'ils soient assimilés à l'assurance maladie, ce qui, pour de nombreuses personnes apparaît plus pratique et d'une manière générale plus équitable.

***

Le monopole à accorder à la future caisse nationale d'assurance est une question de confiance.

Dans un mémoire récent de la Chambre de commerce d'Argovie, on lit, à propos de ce monopole, ce qui suit :

« Nous sommes d'avis qu'il est préférable que la caisse nationale apprenne à fonctionner sous la concurrence des sociétés particulières. Cette manière de procéder aurait, pour la caisse nationale l'avantage qu'au cours de la lutte avec les assurances particulières, elle perfectionnerait son système et son fonctionnement, lesquels acquerrait ainsi un caractère bien commercial. Le caisse nationale se ferait de la sorte à un exercice économique et pratique et grâce aux privilèges dont elle jouirait, elle pourrait étendre toujours davantage son activité et augmenter sa clientèle. Nous préférons donc une caisse nationale d'assurance sans monopole, qui serait la solution la plus avantageuse. A côté de la caisse nationale doivent pouvoir subsister les sociétés particulières jusqu'au moment où la caisse nationale, grâce à son organisation plus perfectionnée et aux privilèges dont elle jouira, sera en mesure de consentir l'assurance accidents à meilleur marché que ces sociétés. Arrivée à ce

point la caisse nationale verra affluer à elle toutes les affaires d'assurance contre les accidents et elle aura de fait le monopole avec en plus une expérience très précieuse. »

Telles sont, en résumé, les opinions divergentes qui se sont manifestées durant les deux derniers mois. Il est peu probable que la commission du Conseil national ait à modifier son projet à cause de cette opposition. Peut-être même le Conseil national ne consacrera-t-il pas des modifications aussi profondes, mais, au Conseil des Etats, la situation pourra se modifier.

Chambres fédérales.

Conseil national.

(Correspondance particulière du *Genevois.*)

Séance du 29 septembre.

Présidence de M. Speiser, président.

Le Conseil national n'aura qu'un objet à traiter durant cette session, l'assurance-accidents. Hier, M. Sulzer, brûlant ce qu'il avait adoré, s'est déclaré subitement adversaire du monopole et de l'assurance des risques non-professionnels, deux principes auxquels, dans la commission, il n'avait fait aucune opposition. Eternel mystère des conversions soudaines ! Aujourd'hui, MM. Buser et Henri Scherrer défendent le point de vue de la commission. *Ce dernier a la dent un peu dure vis-à-vis des compagnies privées et de leurs représentants, qu'il accuse de grossir les choses à plaisir à l'aide de statistiques sujettes à caution.* Qu'importe économiquement la cause de l'accident ? Ce qu'il faut, c'est protéger l'ouvrier contre tous les risques, d'où qu'ils proviennent. La dépense serait loin d'être aussi considérable que le prétendent les compagnies qui, on le sait, se préoccupent en cette affaire uniquement des finances de la Confédération.

M. Jenny, au nom des agriculteurs, M. Eggspuhler de *la droite catholique* déclarent *que, sans le monopole*, l'établissement, qui constituera en réalité la grande société suisse d'assurances, n'est pas viable. Les compagnies lui repasseront tous les mauvais risques et garderont les bons.

M. Müri (Bâle) dit que, dans leur très grande majorité, les Chambres du commerce se sont prononcées contre le monopole et l'englobement des risques non-professionnels ; M. Bally, le grand fabricant de chaussures, insiste surtout sur le rôle que joue dans l'assurance-accidents la simulation, un art dans lequel les ouvriers italiens sont passés maîtres.

M. Georg appuie M. Sulzer.

Monsieur le conseiller fédéral Deucher proposera que les deux questions soient scindées ; elles appartiennent à des domaines différents, elles ne sont pas inséparables comme Castor et Pollux, Philémon et Baucis, Haasenstein et Volger. On sait que depuis un certain temps, les compagnies privées d'assurances combattent de toutes leurs forces l'institution de l'Établissement des assurances. La Chambre du commerce de Zurich a élaboré un projet de loi complet à l'appui ; avant sa conversion, M. Sulzer s'était prononcé contre les diverses propositions. Le capitalisme, la ploutocratie, ont parlé ; au tour de la Confédération de dire son mot. *Le Conseil fédéral est unanime à proposer l'exclusion des compagnies privées.* On joue sur les mots ; il ne s'agit pas d'un monopole, mais d'un établissement qui, par sa composition, réunira en une grande association suisse toutes les personnes soumises de par la loi à l'assurance contre les accidents.

L'Etat, a-t-on dit, ne saura pas exploiter cet établissement en bon commerçant. Pourquoi les assurés seraient-ils incapables de veiller à leur intérêt commun ? Ce seront eux, en effet, qui administreront et non pas l'Etat ; M. Deucher a la conviction qu'ils administreront mieux et à meilleur compte pour les assurés que les opulentes compagnies qui s'intéressent avant tout à leurs actionnaires. Quant aux accidents non-professionnels, le Conseil fédéral a examiné la question assez consciencieusement pour qu'il soit inutile de la renvoyer ; il n'ira pas chapeau bas à Zurich pour chercher, comme le veut M. Sulzer, une solution sur le terrain des propositions de la Chambre du commerce. — Vrai est-il que la simulation se pratique beaucoup ; c'est le mal de l'époque actuelle et on peut l'invoquer contre tous les genres d'assurances. Une fois que l'ouvrier payera, il sera tout naturellement porté à réprimer la simulation.

Lors du vote du tarif des douanes, les Chambres ont pris l'engagement de consacrer les bénéfices à l'assurance ; le moment est venu de tenir la parole donnée.

M. Alfred Frey, secrétaire de *la Chambre de* Zurich, qui, dans la commission avait, avec M. Sulzer, voté en faveur du monopole, a, depuis, trouvé son chemin « d'Annemasse », lui aussi. De part et d'autre, dit M. Frey, on exagère un peu quant aux chiffres ; toutefois, qu'on n'oublie pas que l'assurance militaire, dont les mathématiciens avaient établi le budget à un centime près, coûte aujourd'hui quatre fois plus qu'il n'avait été prévu.

M. Häberlin se prononce pour le projet, puis, vu l'heure avancée, la suite de la discussion est renvoyée à demain.

La séance est levée à 1 heure et demie.

(*A suivre.*)

Les médecins sanitaires maritimes.

Le *Caducée* publie dans son dernier numéro l'intéressante lettre qui suit :

Le 19 septembre 1908.

Monsieur et honoré Confrère,

Dans votre numéro du 25 juillet dernier, vous voulez bien vous occuper des médecins sanitaires maritimes. Vous essayez de montrer à vos lecteurs la situation si fausse de ces honorables confrères.

Pour ma part, je vous en remercie sincèrement, car vous êtes des rares, dans la presse médicale, qui s'occupent un peu de nous.

Je n'ai cependant pas les mêmes idées que vous au sujet de notre situation, et j'y ai souvent réfléchi pendant les loisirs d'une navigation annuelle de plus de 67 000 milles marins.

S'il est vrai, comme le dit notre confrère, M. le Dr Reynès, que nous ne sommes que « des salariés, employés de puissantes et riches compagnies financières », dans quelle situation sommes-nous vis-à-vis de l'Administration sanitaire !

Il faut y passer, pour le savoir. Vis-à-vis de cette puissante administration, nous ne sommes rien; alors que nous devrions être un de ses plus utiles rouages.

Elle ne met pas en œuvre notre savoir, notre dévouement, même notre bonne volonté.

Nous sommes des zéros. Je m'explique. Un navire ayant à bord un médecin sanitaire maritime (c'est-à-dire docteur en médecine ayant, de plus, passé un examen supplémentaire spécial) arrive dans un port français, venant d'un pays où sont signalés des cas de peste, fièvre jaune ou choléra.

Croyez-vous que le service sanitaire va s'en rapporter aux diverses déclarations écrites et verbales, ainsi

qu'au fameux casier sanitaire imposé par la loi? Quelle erreur !

La Santé vient à bord, et, sans tenir compte de rien, procède à une soi-disant visite sanitaire de l'équipage et des passagers.

Qu'importe qu'il n'y ait pas de malades, que personne n'ait présenté le moindre soupçon de maladies contagieuses ! On dérange des gens qui ne se gênent pas pour exprimer leur déplaisir, et l'on fait souvent perdre un temps précieux à l'équipage, d'où préjudice pour l'armement, qui n'en est pas satisfait.

Tout cela pourquoi ?

Pour que le médecin de l'Administration se borne à saluer de la façon la plus correcte des arrivants et parcoure les files d'un équipage rangé sur le pont, exposé au soleil, à la pluie ou aux divers frimas !

Quelques-uns vont plus loin. Sur un navire ayant vingt-six jours de voyage, depuis le port contaminé, ayant tout son monde en parfaite santé, un honorable confrère fit découvrir la poitrine et le ventre des hommes, pour s'assurer qu'aucun d'eux n'avait d'adénite pesteuse !

Il y avait cependant à bord un médecin sanitaire maritime.

Mais, quand il se produit, durant le voyage, un cas de maladie pour lequel s'imposent des prescriptions hygiéniques spéciales, alors, peu importent toutes les précautions et mesures prises. Cela ne sert à rien.

C'est lavé : on relave ; c'est désinfecté : on redésinfecte, même lorsque dans le local remis en état, ont été hospitalisés d'autres malades, sans qu'il se soit déclaré de nouveaux cas.

Si, en cas d'épidémie menaçante, vous prenez une initiative personnelle sans prévenir l'Administration, alors, gare à vous ! Votre outrecuidance de salarié de l'armement est blâmée par une plainte en règle adressée à qui de droit contre vous. Exemple :

L'Administration sanitaire trouva extraordinaire que, sur un navire où s'étaient produits des cas de peste, le médecin sanitaire du bord, en présence d'un cas nouveau, se permit d'injecter du sérum au malade au lieu de commencer par la prévenir. Une plainte fut portée contre le confrère, qui aurait dû être loué.

Si tout se bornait là !

La fantaisie et l'arbitraire règnent dans l'Administration, et l'on impose aux médecins sanitaires maritimes des obligations illégales.

Vous croyez que, d'après la loi du 15 février 1902, l'arrêté ministériel et le décret du 10 février 1903, il n'y a ,en France, que treize maladies à déclaration facultative ? Vous vous tromperiez, quoi que ce soit la loi. Ainsi, l'administration sanitaire exige que vous répondiez à la question suivante : « Indiquer le nombre des cas de maladies épidémiques ou contagieuses survenues en cours de route : fièvre paludéenne, furonculose, grippe, diarrhée, etc. »

C'est illégal et abusif, mais pour éviter des histoires on cède, car : « on serait purement et simplement débarqué par l'armement », sur la plainte de l'administration.

M. le Dr Reynès déclare qu'il a été fait quelquefois de fausses déclarations.

Je suis un peu sceptique à ce sujet, car je crois que la « frayeur des menaces du commandant, ainsi que la nécessité de gagner une modeste existence » n'ont jamais influé sur le libre arbitre de mes confrères médecins sanitaires maritimes.

M. Reynès doit faire allusion à quelque jeune débutant, et si ces faits se sont produits, cela n'a été que dans une compagnie infime ou chez un armateur de dernier ordre. « Les puissantes et riches compagnies financières » se respectent trop et les commandants de leurs navires aussi, pour essayer d'influencer en rien le libre arbitre de leurs médecins. En résumé :

Les médecins sanitaires maritimes coûtent assez cher à l'armement, auquel on les impose, et ne lui sont que peu utiles, vis-à-vis de l'administration sanitaire, car ils ne lui évitent aucune des mesures administratives, qui sont loin d'être gratuites.

Enfin, voyant la désinvolture avec laquelle l'administration traite les déclarations faites, les précautions prises, celui qui paie trouvera toujours et avec raison « inutiles, vexatoires et onéreuses », certaines mesures qu'on lui fera recommencer à ses frais.

Qui supporte les conséquences de cet état de choses ?

Les médecins sanitaires maritimes.

Le remède ?

Il est bien simple.

Que les médecins sanitaires maritimes soient les collaborateurs directs du service de santé, en étant assermentés.

Que, sur la foi de leurs déclarations et leur responsabilité effective, on admette immédiatement à la libre pratique tous les navires venant de quelque port que ce soit en se conformant aux règlements.

En agissant ainsi, on évitera à l'armement des frais considérables. Comme ce sera son intérêt d'avoir des médecins aussi instruits que possible pour éviter des ennuis se traduisant par des déboursés, il les choisira, les paiera mieux et leur témoignera une considération d'autant plus grande que l'Administration sanitaire leur en aura donné l'exemple.

Ce n'est pas le cas actuellement.

Veuillez, etc.

De toutes les vérités dites en passant par l'auteur de cette lettre, rapprochez ce que nous savons de l'incident de la fièvre jaune à Saint-Nazaire. N'en faudra-t-il pas conclure que le diplôme n'a rien à voir dans la façon dont la tâche protectrice est remplie ? N'est-il pas évident que nulle autre garantie sérieuse ne peut être prise que celle qui, née de la considération de l'Administration sanitaire pour le *médecin du bord*, fera ce dernier assez *maître de son service* pour qu'il échappe aux suggestions ou même à la pression de certains armateurs et de certains capitaines ?

Où donc est l'impossibilité d'en arriver là si le Ministère de l'Intérieur veut bien prendre l'attitude nécessaire devant les Compagnies et diriger au besoin les sanctions contre elles plutôt que contre les commandants et médecins qui pèsent si peu dans leur main ?

CHRONIQUE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Le libre choix devant la Faculté.

Nous avons sous les yeux les conclusions d'une thèse de M. le Dr G. Debordes, soutenue en 1908, devant la Faculté de Paris. Les voici :

« La loi sur les accidents du travail est une loi de prévoyance sociale et à ce titre elle intéresse les médecins. Médecin traitant, médecin du patron, médecin expert, concourent à l'application de la loi. C'est là, dit M. le Dr G. Brouardel, un rôle extrêmement important et qui demande de la part de tous une probité et une conscience parfaites. Ces interventions, qui servent ainsi de base à l'application de cette grande loi sociale, si elles honorent le médecin et grandissent sa fonction, lui imposent en revanche de grandes et périlleuses obligations. La loi française fait constamment appel au médecin dans le but de s'entourer du maximum de données possibles, de là sa supériorité sur toutes les lois semblables.

En vertu de cette loi du 9 avril 1898 :

1° Le blessé a le droit absolu de choisir son médecin et son pharmacien ;

2° De la part du patron, ce serait abusif et illégal que de vouloir imposer un médecin à la victime du

travail. Le patron est tenu d'honorer le médecin choisi par l'ouvrier ;

3° Pour soigner les blessés du travail, pour rédiger le certificat de premier constat, le médecin d'assurances n'a aucun droit spécial ;

4° En aucun cas, contre sa volonté, le blessé ne pourra être conduit à l'hôpital, ni dans les dispensaires des compagnies d'assurances ; au contraire, l'ouvrier a tout intérêt à se faire soigner chez lui par un médecin qu'il honore de sa confiance.

5° Le domicile du blessé est inviolable. Pour en franchir le seuil, il faut y être appelé ou avoir l'autorisation du tribunal. Vouloir intimider le blessé ou lui en imposer ce serait s'exposer à des poursuites judiciaires. Car quiconque aura entravé la liberté du blessé dans le choix de son médecin, soit par des mensonges, soit par des menaces, est passible d'amendes ;

6° Le médecin librement choisi est non seulement un guérisseur, mais aussi un conseiller, un défenseur devant l'expert. Pour lutter à armes égales avec le patron ou la compagnie, l'ouvrier doit avoir son médecin et son avocat tout dévoué à ses intérêts ;

7° Le médecin, cheville ouvrière de la loi, doit rester indépendant et libre. Il ne doit pas conclure avec les compagnies ce qu'on a appelé le pacte immoral, qui consiste à soigner au rabais des blessés et par des prix dérisoires frustrer ses confrères indépendants d'une source légitime d'honoraires ;

8° Le médecin de libre choix est le seul qui doive exister, car continuant la véritable tradition que nous ont léguée les médecins d'autrefois, il est le seul dépositaire de ce legs dont jadis on s'enorgueillissait, c'est-à-dire l'indépendance.

Par la droiture de son caractère, par la largeur de ses idées, par le respect de soi-même, le médecin librement choisi fera revivre le type légendaire du « bon docteur », car, guidé par ces principes, il saura trouver la clef du coffret mystérieux qui contient *l'optima medicorum concordia.* »

C'est du Diverneresse tout pur, du Diverneeresse scandalisant le Syndicat de la Seine, discuté, honni, pour ainsi dire marron, suivant la trouvaille de ce syndicat Villemin dont les rouages médicaux ont eu si mauvaise presse, cette année.

Aussi sommes-nous moins inquiets sur la tendance qui devra inspirer le professeur de médecine sociale prévu par la Commission de la Réforme des études médicales pour chacune de nos Facultés. Le goût du monopole, la mentalité bourgeoise, le culte des droits acquis, on ne sait comment, l'esprit policier développé chez nous par le service des collectivités, par l'assermentation, par l'expertise spécialisée, tout cela nous paraît avoir du plomb dans l'aile. Il est possible que dès l'an prochain on ait le droit dans une thèse de chanter les bienfaits du syndicalisme égalitaire et militant.

Où allons-nous, mon Dieu, où allons-nous ?

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

Fédération des Syndicats Médicaux de l'Eure

Compte-rendu de l'assemblée générale du 19 *Juillet* 1908.

Notre réunion a eu lieu à Evreux, à 10 heures et demie du matin, dans une des salles de l'Hôtel-de-Ville, sous la présidence du Dr Martelli.

Etaient présents : MM. Adeline, Agut, Bougon, Couderc, Couraud, Dehail, Delamarre, Dimey, Duchesne d'Evreux, Gayman, Goupil, Lainé, Lecerf, Lerat, Le Tellier, Moisson, Monique, Morand, Oudiette, Oursel, Perreaux, Perriquet, Poussin, Santelli, Servent, Thirard, Veslin.

S'étaient excusés : MM. Carcopino, Grandou, Leduc, Legrand, Leport, Martin, Mesnil, et Vassal d'Evreux.

L'allocution de notre président nous conseillant l'union et l'adhésion en masse aux syndicats dans les temps difficiles que nous traversons, fut accueillie par des applaudissements.

Après l'approbation du procès-verbal de la dernière séance, il fut décidé qu'une protestation serait adressée à l'Administration des Postes et Télégraphes, pour demander que tout certificat de maladie délivré aux agents de ces services puisse toujours être établi sur papier libre, que le médecin signataire soit, ou non, assermenté.

Dans l'examen de l'affaire professionnelle du syndicat de Bernay, l'absence du confrère incriminé a été fâcheusement interprétée, et après une longue discussion, il a été voté :

« Que la *Fédération des Médecins de l'Eure* réprouve les actes de mauvaise confraternité du « confrère, approuve la décision prise à ce sujet par le syndicat de Bernay et décide que « les confrères syndiqués ne doivent avoir avec « lui que des rapports strictement indispensables à l'intérêt des malades. »

L'admission des malades aisés dans les hôpitaux de Paris et des grandes villes a provoqué un vote de réprobation et a fait décider que ce vote serait porté à la connaissance de *l'Union des syndicats* pour le faire parvenir aux Pouvoirs compétents.

Dans la conduite à tenir pour la délivrance d'un certificat à la famille d'un décédé qui aurait contracté une assurance-vie, il est résulté de la longue discussion qui s'en suivit qu'une majorité a été favorable à l'idée de délivrer un certificat, rédigé dans des termes généraux.

La cotisation de chaque syndiqué pour la Fédération a été maintenue pour cette année à trois francs, mais le Bureau a accepté la proposition de revenir sur la demande de diminution de cette cotisation dans l'Assemblée générale de l'année prochaine.

Le délégué pour l'Assemblée générale de *l'Union des Syndicats de France* est le Dr Adeline d'Evreux, et le délégué suppléant le Dr Duchesne, d'Evreux.

Enfin le compte-rendu du IIe Congrès des praticiens nous a été fait par le délégué, le Dr Dehail d'Evreux, qui a bien voulu rédiger un aperçu des questions importantes.

A midi et demi, la séance était levée, et l'appétit, aiguisé par deux heures de discussion, nous faisait gagner au plus vite le buffet de la gare, où nous attendait le déjeuner pendant lequel n'a cessé de régner la plus franche gaîté.

Le Secrétaire de la Fédération,

Dr Thirard.

Syndicat médical de l'arrondissement de Versailles

Assemblée générale du 16 *avril* 1908.

La séance est ouverte à 4 h., dans une salle du Grand Hôtel Terminus, sous la présidence du Docteur de Grissac.

Allocution du Président.

Mes chers confrères,

Suivant l'usage de notre Syndicat et pour me conformer aux traditions que nous ont laissées mes prédécesseurs à ce fauteuil, je tiens à vous dire, en un bref résumé, les faits importants qui se sont produits ces six derniers mois au point de vue de la défense professionnelle et de l'évolution des idées que vous connaissez bien et qui sont étudiées et discutées à chacune de nos réunions semestrielles.

Un événement qui doit nous donner à réfléchir, à nous membres du Syndicat de l'arrondissement de Versailles, qui avions la prétention de tenir la tête des syndicats médicaux, c'est l'organisation nouvelle plus complète donnée à un nouveau-né, le Syndicat de Saint-Mandé, par notre confrère, le Dr Diverneresse, c'est-à-dire l'adhésion en masse de ce Syndicat au « Sou médical ».

L'exemple donné a été suivi par le Syndicat de Périgueux. Nous voilà donc reportés au troisième rang. Je vous poserai tout à l'heure la question pour savoir quel sera votre avis. Je sais bien que la grande majorité d'entre vous font partie de cette ligue de protection et de défense professionnelle, nous avions pensé qu'il fallait laisser à chacun d'entre nous la liberté de se garantir, de faire de la *prévoyance* comme il l'entendait. Le moment est-il venu maintenant de faire de la solidarité spéciale obligatoire ? Il est certain que ce sera obliger les retardataires à faire ce que vous faites presque tous, et que la cotisation au « Sou médical » sera versée à la caisse de cette Société directement par le Syndicat au lieu d'être versée directement par chacun de vous. Vous me direz tout à l'heure si c'est votre manière de voir; en tous cas, il me semble que le Syndicat doit donner cet exemple et se doit à lui-même de ne pas se laisser dépasser dans cette voie par les *jeunes*.

Un fait d'une importance considérable s'est produit et je tiens à vous le signaler. Vous savez tous avec quelle âpreté la lutte des Compagnies d'assurances-accidents a été menée contre les médecins indépendants. Elles ont trouvé pour auxiliaires des médecins trop oublieux des traditions médicales, pour se livrer pieds et mains liés à ces organisations financières et qui n'ont pas craint d'entrer en lutte ouverte contre nous.

Un des nôtres a été accusé par un sénateur, un médecin, hélas ! d'avoir, dans des prescriptions faites à une victime du travail, détenu le record des gaspillages pharmaceutiques. Une revue spéciale, l'*Aide sociale*, rédigée par un comité d'assurances, n'a pas craint d'accuser un des membres de notre groupe syndical d'être un de ces médecins marrons qui n'ont qu'un but, celui d'exploiter les Compagnies d'assurances. La justice a été saisie, et notre confrère, si vilipendé, a eu, on peut le dire, une éclatante revanche. La démonstration de la mauvaise foi de l'accusateur a été mise au grand jour.

Que veulent donc les assurances ? Faire réformer le tarif du Ministère du Commerce, le tarif Dubief, qui, paraît-il, est absurde et exagéré ? Elles trouvent, les Compagnies d'assurances, tant de médecins qui se contentent de la portion congrue qu'elles offrent, aussi ne peuvent-elles comprendre que *tous* n'acceptent pas la servitude qu'elles offrent.

Notre excellent ami, le Dr Jeanne, membre de la commission du tarif, veille et nous sommes sûrs d'avance que, malgré l'ardente bataille engagée, son esprit sage, sa logique, sa pondération, feront plus pour notre cause que les grands fracas de ses adversaires. (*Applaudissements.*)

Un fait d'une importance considérable se prépare. Je veux parler de la prochaine réunion du deuxième Congrès des praticiens à Lille. L'année dernière, nous avons vu les efforts faits par le 1er Congrès des praticiens pour combattre la création d'un certificat d'études médical supérieur, qui n'avait pour résultat que de créer entre les médecins une division de classes que la loi de 1892 avait fait disparaître en abolissant les diplômes d'officiers de santé. Le diplôme des docteurs en médecine avait été unifié. Avec la réglementation proposée et en vue, disait-on, des concours d'agrégation, on créait des *Médecins supérieurs* opposés aux médecins, devenus de ce fait même des *médecins* inférieurs. Devant la résistance des pouvoirs publics, il importe que ce congrès soit un Congrès de protestation énergique, et je convie notre Syndicat à y adhérer et à y envoyer un délégué. Ce Congrès aura aussi à s'occuper de la grosse question, toujours à l'ordre du jour, du libre choix du médecin.

Plus on y réfléchit, plus on se rend compte que ce principe est le seul de nature à amener l'indépendance de notre profession. Dans l'évolution sociale moderne, avec les lois nouvelles, le médecin devient dans maintes et maintes circonstances l'arbitre indispensable, nécessaire ; or, un arbitre, pour être indépendant, pour juger avec sincérité, ne doit avoir aucun parti pris, aucun engagement. Il ne doit pas être pris entre son intérêt et sa conscience. La prétention des fonctionnaires médecins est cependant de servir deux intérêts opposés. Ils y réussissent souvent j'en suis persuadé, les médecins sont en général de si braves gens, mais ils sont soupçonnés, et comme la femme de César, ils ne doivent pas l'être. Un médecin doit être avant tout médecin, c'est là son rôle principal et, s'il est chargé de mission d'expertise, il ne doit pas expertiser le malade qui lui a donné sa confiance en réclamant ses soins.

Telles sont les idées que votre délégué aura à défendre au Congrès des praticiens de Lille.

L'ordre du jour appelle l'approbation du compte rendu de la dernière séance, etc.

Discussion de l'ordre du jour :

Le compte rendu de la dernière séance est adopté à l'unanimité.

Candidatures. — Le Docteur Bosc, aux Mureaux, pose sa candidature.

Admission. — Sont admis au Syndicat les confrères :

Joly, de Croissy (Lécuyer et Calbet) à la majorité ; Perrigaud, de la Celle-Saint-Cloud (de Grissac et Nollet) ; Robin, d'Argenteuil (de Grissac et Perrier) ; Colombel, de Maisons-Laffitte (Bertillon et Larger) ; Cointepas de Marly-le-Roi (Garès et Nollet) ; Aumaître, de Carrières-sur-Seine (Perrin et Larger) ; Leloup, de Plaisir-Grignon (de Grissac et Larger); Delestré, de Sèvres (de Grissac et Gill) ; à l'unanimité.

Stagiaire : Stouf, de Sèvres (Duroisel et Duchervolys). Le docteur Joly, de Maisons-Laffitte, retire sa demande d'admission.

Démissions. — Le docteur Ledermann, de Sèvres, donne sa démission. Le docteur Baillon, quittant notre région, donne sa démission de trésorier, mais veut bien, malgré son départ, rester membre actif du Syndicat. Il est remplacé, comme trésorier par le Dr Mazeroux, de Conflans, qui est élu à l'unanimité.

Le docteur Larger, de Maisons-Laffitte, donne

sa démission de secrétaire ; sont élus à l'unanimité : le Dr A. Lasrochas, de Houilles, comme secrétaire, et le Dr Bresselle, du Vésinet, comme secrétaire adjoint.

Election d'un délégué au Congrès des Praticiens de Lille.— Le Dr Bertillon, de Maisons-Laffitte, est désigné à l'unanimité comme délégué au Congrès des Praticiens de Lille. Une indemnité de 150 francs lui est allouée pour frais de voyage et de séjour.

Une somme de 100 francs est votée comme subvention au Congrès des Praticiens, sans préjudice des décisions prises par chaque membre du Syndicat.

Projet d'adhésion en groupe au « Sou médical » — Le docteur de Grissac propose l'adhésion en groupe au « Sou médical », à l'exemple des syndicats médicaux de Périgueux et de Saint-Mandé. La cotisation étant de 28 francs (20 fr. au « Sou », 5 fr. pour les frais généraux et 3 fr. pour les frais de secrétariat) cette adhésion porterait à 40 fr. la cotisation de chaque membre de notre syndicat.

L'assemblée n'est pas d'avis d'adhérer en masse au « Sou médical » mais engage vivement chaque confrère à faire partie de cette œuvre.

Diminution des frais du banquet. — Les frais de banquet étant une grosse dépense pour la caisse du Syndicat, il est voté une motion indiquant que ces frais seront désormais portés à 10 fr. par tête au maximum.

La discussion de l'article 4 sur la propagande syndicale est reportée à la séance prochaine.

Le repos hebdomadaire est admis en principe, mais l'organisation en est laissée aux différents groupes. *Le Concours médical* tient à la disposition des médecins des imprimés destinés à être remis aux clients afin de vulgariser le repos hebdomadaire relatif du médecin.

La maison du médecin. — Le Docteur Courtault vient ensuite nous entretenir d'une œuvre nouvelle de solidarité médicale, la Maison du médecin, société pour la fondation et l'organisation d'une maison de repos et de cure, à l'usage des confrères désireux de se soustraire, pour un temps ou pour toujours aux ultimes soucis et fatigues de la clientèle. La maison du médecin ne prétend être ni un hospice, ni un asile, ni un refuge, ni une maison gratuite dans le sens exclusif du mot. Ce sera une demeure confortable où tout sera mis en œuvre pour assurer au pensionnaire une vie matérielle enviable, une dignité morale absolue. La maison sera en principe payante pour tous, que le paiement y soit effectué par l'intéressé ou par un intermédiaire quelconque. Mais chacun, payant le même prix, sera traité sur le même pied, sans que les cotisations antérieures, quelles qu'elles soient, puissent conférer aucun privilège à l'entrée gratuite dans la maison.

Le docteur Courtault demande aux membres du Syndicat de vouloir bien adhérer en groupe à cette œuvre.

Cette proposition soulève de nombreuses discussions et finalement l'assemblée est d'avis, avant de se prononcer, de faire étudier la question par une commission. Sont nommés membres de cette commission les docteurs : de Grissac, Bertillon, Lasrochas.

Le docteur Bertillon nous dit ensuite quelques mots d'un conflit survenu entre les médecins de Maisons-Laffitte et un pharmacien de la même localité. Cette affaire étant en instance devant les tribunaux, notre confrère attendra pour donner de plus amples détails sur cette question, qui peut être intéressante au point de vue des rapports médico-pharmaceutiques.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée à 6 h. 1/2.

Le secrétaire,
G.-A. LASROCHAS.
(Houilles).

Au Syndicat des médecins de Nîmes et de la région

Nîmes, le 3 octobre 1908.

Monsieur le Préfet,

Nous avons l'honneur de porter à votre connaissance le texte de la délibération et des vœux émis par le *Syndicat des Médecins de Nîmes et des environs* :

Le Syndicat médical de Nîmes et des environs, réuni le 30 septembre 1908, après avoir pris connaissance du dernier règlement relatif au Concours de médecin et chirurgien adjoint des hôpitaux de Nîmes.

Considérant :

1° Qu'un règlement antérieur ayant trait à la nomination des médecins et chirurgiens adjoints des hôpitaux de Nîmes exigeait avec juste raison que le candidat eût exercé sa profession dans la ville de Nîmes pendant une période de deux ans ;

2° Que l'hôpital de Nîmes n'est pas un centre d'enseignement, à l'exemple des hôpitaux des villes où siège une Faculté ou une Ecole de Médecine ;

3° Qu'il est de l'intérêt des malades que les membres de la Commission administrative et les juges du Concours puissent pleinement apprécier, en dehors des épreuves théoriques, la valeur professionnelle et morale des futurs médecins et chirurgiens des hôpitaux.

4° Qu'il est désirable que le candidat reçu ne soit pas tenté de se servir de son titre exclusivement en vue de Concours ou d'examens universitaires ultérieurs, mais au contraire, soit encouragé à mettre ses connaissances au service des malades des hôpitaux de Nîmes et non d'ailleurs.

5° Qu'au surplus, le report de l'exigibilité du stage de séjour après le concours, pour valider le titre de médecin ou de chirurgien des hôpitaux, n'offre aucune garantie légale contre « le trafic des concours ».

Délibère et émet le vœu, à l'unanimité, que la commission administrative des hospices veuille bien apporter au règlement, entre autres modifications, les deux suivantes sur l'importance desquelles tout le monde est d'accord :

1° Tout candidat devra justifier qu'il exerce la profession médicale dans la ville de Nîmes depuis deux ans.

2° Les épreuves proprement dites du concours seront rendues plus pratiques.

Le bureau et une délégation du Syndicat auront l'honneur d'être à votre disposition pour vous fournir tous les renseignements et éclaircissements utiles.

Dans l'espoir que vous voudrez bien accueillir favorablement notre requête, nous vous prions d'agréer l'assurance de notre très respectueuse considération.

Le Vice-président, Dr DE PARADES. — *Le Secrétaire,* Dr F. MAZEL.

Le Président,
Dr PUECH.

BIBLIOGRAPHIE

C'est avec un véritable plaisir que nous annonçons à nos lecteurs la publication à la librairie O. Doin et fils, 8, place de l'Odéon, du *Traité des Maladies des voies urinaires* de MM. E. Desnos et H. Minet, dont la compétence et l'esprit pratique ont été si appréciés dans plusieurs articles du *Concours*. Nous recommandons ce traité comme le Manuel indispensable à tous les praticiens. Prix : 20 fr.

REPORTAGE MÉDICAL

Concours pour la nomination à l'emploi d'Inspecteur départemental de la Santé et de l'Hygiène publiques en Seine-Inférieure. — Un concours pour la nomination à l'emploi d'Inspecteur départemental de la santé et de l'hygiène publiques, en Seine-Inférieure, sera ouvert à la Préfecture de Rouen, le 14 décembre 1908.

Les candidats à cet emploi devront être Français ou naturalisés Français, âgés de 25 ans au moins et 40 ans au plus au 31 décembre 1908, pourvus du diplôme de Docteur en médecine et faire parvenir leur demande au Préfet de la Seine-Inférieure avant le 15 novembre 1908.

Les avantages attachés à cette fonction sont les suivants :

1° Traitement de 8.000 francs ;
2° Remboursement des frais de déplacement ;
3° Pension de retraite.

Sur leur demande adressée à la Préfecture de Rouen le programme des conditions du concours leur sera immédiatement adressé.

Faculté et Hôpitaux.

M. le Prof. Thoinot commencera le cours de Médecine légale, le lundi 9 novembre, à 6 h. (amphithéâtre de Pharmacologie) et le continuera tous les jours, le mercredi excepté, à la même heure pendant les mois de novembre et de décembre.

—M. Macaigne, agrégé, commencera les conférences d'Hygiène, le vendredi 6 novembre, à 3 h. au petit amphithéâtre de la Faculté, et les continuera les lundis, mercredis, et vendredis suivants, à la même heure.

— Les Drs Luc et Guisez commenceront à leur clinique, 15, rue Chanaleilles, le lundi 9 novembre, à 5 heures, un cours pratique sur les affections chirurgicales du larynx, du nez, des oreilles, du sinus et leurs complications ; la technique de broncho-œsophagoscopie (examen des malades, technique opératoire). Ce cours durera un mois. S'inscrire directement par lettre adressée à la direction de la clinique. Droit d'inscription : 100 francs.

Clinique ophtalmologique. — L'enseignement clinique par M. le Prof. De Lapersonne a lieu tous les jours, à 9 h., à partir du 3 novembre 1908. Horaire des cours : Lundi, polyclinique et examen des malades. — Mardi, opérations et visites dans les salles. — Mercredi, polyclinique et ophtalmoscopie. — Jeudi, opérations et visite dans les salles. — Vendredi, polyclinique, à 10 h. leçons cliniques à l'amphithéâtre Dupuytren. — Samedi, laboratoire : M. Poulard, ophtalmologiste des hôpitaux, fera, à partir du lundi 23 novembre, une série de conférences sur les maladies des yeux (3 h. amphithéâtre Dupuytren). Elles portent sur les affections oculaires et les traumatismes que doivent connaître et savoir traiter tous les médecins praticiens (présentation de malades). Les étudiants munis de 12 inscriptions peuvent se faire inscrire. L'inscription est gratuite.

—M. le Prof. Nicolas commencera le cours d'anatomie le samedi 7 novembre, à 5 h. au grand amphithéâtre de la Faculté et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure. Objet du cours : tube digestif et organes annexes.

— M. le Prof. Gabriel Pouchet commencera le cours de Pharmacologie, le samedi 7 novembre 1908, à 4 h. de l'après-midi, amphithéâtre de pharmacologie, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure : Programme du cours : Mardi et Samedi : leçons théoriques sur les modificateurs du système nerveux périphérique et de la nutrition. Jeudi : Interrogations, art de formuler, rédaction d'ordonnances.

— Les cours de psychiatrie de l'Institut de médecine légale et de psychiatrie commenceront le samedi 7 novembre 1908, à 9 h. du matin, à l'Asile clinique de Sainte-Anne. Ces cours sont publics.

— M. René Charpentier, chef de clinique des maladies mentales, commencera le cours théorique de psychiatrie le samedi 7 novembre, à 9 h. et le continuera les lundis, jeudis et samedis suivants à la même heure.

— M. Delmas, chef de clinique des maladies mentales commencera le cours pratique de psychiatrie (examens de malades, rédaction de rapports) le jeudi 12 novembre, à 10 h. et le continuera les lundis et jeudis suivants, à la même heure.

— M. le Prof. Blanchard commencera le cours de parasitologie et histoire naturelle médicale, le lundi 9 novembre 1908, à 4 h. au petit amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure. Programme : Questions nouvelles de parasitologie. Maladies infectieuses à parasite inconnu ou mal déterminé.

—M. Paul Carnot, agrégé, commencera des conférences de thérapeutique, le lundi 9 novembre 1908, à 5 h., au petit amphithéâtre de la Faculté, et les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure, sujet des conférences : Médicaments organiques. Régimes alimentaires. Physiothérapie.

—M. P. Le Noir, assisté de MM. Jean Camus, H. Courncoun et Ambard, anciens internes des hôpitaux, de l'interne du service, commencera le lundi 9 novembre, une série de conférences à l'usage des étudiants de 1re année sur les premières notions de médecine, et les continuera tous les matins à 9 h., salle Axenfeld, jusqu'au 25 décembre. Le cours est gratuit.

— M. P. Le Gendre commencera ses conférences de pratique médicale (thérapeutique et déontologie) dans l'amphithéâtre de l'hôpital Lariboisière, le samedi 7 novembre 1908 à 10 h. 1/2 et les continuera les samedis suivants. Sujets des conférences :

Thérapeutique : Comment on apprend et comment on applique la thérapeutique. — La question des purgatifs. — Les traitements de la douleur basés sur la pathogénie. — Les émissions sanguines. Les convalescences. — La thérapeutique chez les enfants et chez les vieillards. — Les mauvaises odeurs du corps. — Les polyuriques. — Pituites et sialorrhées. — Incompatibilités médicamenteuses — Intoxications diverses.

Déontologie : Les principales difficultés de la vie professionnelle du médecin.

— M. Maillard, agrégé, commencera les conférences de chimie biologique, le samedi 7 novembre 1908 à 6 h. (amphithéâtre de physique et de chimie à la Faculté), et les continuera, les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure. Sujet des conférences : Les constituants chimiques de l'organisme.

Le Directeur-Gérant : **Dr H. JEANNE.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trentième année N° 45 Dimanche 8 NOVEMBRE 1908

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Études, dans des articles spéciaux, des inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

PRÉPARATION DES ASSEMBLÉES GÉNÉRALES COMMUNES

au « CONCOURS MÉDICAL » et au « SOU MÉDICAL »

OCTOBRE 1908

Présents : MM. les membres des deux Bureaux ainsi que Me Gatineau, conseil judiciaire, M. Dumény secrétaire, M. le Dr Pamart, contrôleur du *Sou Médical*.

L'Assemblée générale commune aux deux Sociétés est fixée au dimanche 15 novembre à 3 heures de l'après-midi. Toutes indications ordinaires à ce sujet seront données au n° 44 du journal.

L'ordre du jour est ainsi fixé :

Allocution du président ;
Comptes et budget du *Concours Médical* ;
Les correspondants du *Concours* ;
La réforme des études médicales ;
Comptes et budget du *Sou Médical* ;
Election d'un contrôleur du *Sou Médical* ;
L'expertise contradictoire dans les choses médicales ;
Les conquêtes du *Sou* en jurisprudence ;
Propositions diverses ;

Les Conseils décident la publication au n° 45 du journal des rapports statutaires annuels relatifs aux deux Sociétés. Il charge MM. Maurat et Jeanne des détails d'organisation du banquet qui réunit « l'Union des Syndicats médicaux », le « Concours » et ses filiales.

Société civile du « Concours Médical »

Rapport du Conseil de Direction

Chers confrères,

Suivant l'habitude, nous avons à vous rendre compte de nos actes accomplis : les uns en exécution des vœux de l'Assemblée générale dernière, les autres de notre propre initiative pour répondre à des indications d'actualité et d'urgence.

I

Après avoir entendu les rapports si complets de notre confrère Vimont et la communication importante du Dr Bolliet (de Lyon), vous nous aviez dit : « Tenez la promesse faite à la commission médico-mutualiste que présida M. Emile Loubet : prêchez l'entente entre « Syndicats médicaux » et « Unions mutuelles régionales » sur les bases de la liberté de choix, du tarif à la visite et de l'institution de commissions d'arbitrage départementales ». Nous l'avons fait et nous avons scrupuleusement relevé pour l'exemple ce qui s'est passé dans cet ordre d'idées à Lyon, dans l'Hérault, les Pyrénées-Orientales, la Dordogne, le Doubs, le Calvados, la Seine, la Seine-et-

Oise, l'Indre, etc. Si dans les Deux-Sèvres, l'Union mutualiste, présidée par le député Gentil, a éconduit nos confrères d'une façon qui sera regrettée par les deux parties, on peut affirmer que le courant n'en est pas moins créé, et que si les grands organes de la mutualité, à l'exemple de l'*Avenir*, font la campagne parallèlement à nous, elle aura vite amené des résultats de pacification. Les bases sur lesquelles il convient de la continuer sont contenues au rapport Bolliet (voir le compte rendu du Congrès de Lille) et dans les petites brochures Vimont que nos bureaux tiennent à la disposition des lecteurs au prix de quelques sous. Convaincus que là est, pour le moment du moins, le dernier mot à dire sur la question médico-mutualiste, nous ne croyons pas avoir à mettre celle-ci à l'ordre du jour de l'Assemblée générale prochaine.

Plus angoissés que jamais par la situation créée dès aujourd'hui au Corps médical par l'esprit dans lequel s'appliquent les lois-accidents du travail, par les menaces d'asservissement et de misère qu'elle nous montre pour demain, vous nous avez demandé, il y a un an, d'accentuer la vivacité de la défense en proportion de la violence des attaques. Eh bien! relisez au journal (car la place nous manque pour en faire ici la simple énumération) les actes du *Sou Médical* et du *Concours* concertés avec ceux de l'Union des Syndicats et qui se sont accomplis en 1908. Vous y verrez que tous, mais surtout le vaillant Diverneresse, nous avons tenu tête à toutes ces puissances que l'argent fait donner, quand il s'agit de fausser l'opinion pour des mobiles intéressés. Nous avons vertement riposté aux allégations erronées ou mensongères d'une presse qui ne vérifie jamais son reportage quand il lui est apporté de certaines sources ; nous avons fait tomber des jurisprudences dictées par d'autres que les magistrats ; nous avons, à notre grand regret confraternel, mais sans faiblesse, signalé l'opprobre de bon nombre d'expertises dont les conclusions étaient inacceptables pour la logique, la bonne foi, la conscience et la dignité professionnelles ; nous avons montré le but inavouable des attaques portées contre nous par des parlementaires aujourd'hui jaugés à leur juste valeur ; d'accord avec les blessés, nos clients, et malgré des confrères égarés, nous avons fait avorter la campagne qui menaçait le libre choix et qui ne peut plus aboutir désormais qu'en Italie si les médecins de ce pays s'inclinent devant les racontars du Congrès de Rome ; avec l'appui de la Justice, nous avons démontré l'absolue inanité des accusations portées contre les médecins indépendants et les événements sont venus retourner l'épithète de médecins marrons contre ces praticiens qui se trouvaient, par hasard, à la solde de nos agresseurs. Si bien qu'aujourd'hui, nous sommes seuls à en tenir passionnément pour la création des commissions mixtes d'arbitrage et l'organisation d'un contrôle qui empêchent l'eau trouble, nos adversaires se préoccupant beaucoup plus de perpétuer la chicane et la guerre judiciaire aux honoraires médicaux et aux indemnités des blessés, ce qui fut et sera toujours la seule raison d'être des Compagnies à actionnaires et à dividendes. La tâche d'émancipation du Corps médical de ce côté nous réserve encore bien des luttes, c'est certain : mais, l'élan d'unification des praticiens est devenu tel sur ce point qu'elle se produira désormais beaucoup plus tôt que nos adversaires de toutes sortes ne feignent de le croire quand ils espèrent nous décourager.

A la communication de Cézilly, qui vous entretenait des faits et gestes de groupements syndicaux en formation pour lutter contre le principe du libre choix, vous nous répondiez aussi, il y a un an, par la condamnation de tout syndicat qui se donnerait semblable bannière, et par l'invitation de conseiller à nos syndicats de se donner, au contraire, un pacte social serré, égalitaire, en lutte contre tous les monopoles. Nous avons donné la parole à MM. Chaudet, de Saint-James (Sarthe) et Viroulaud de Villebois-la-Valette, pour faire cette prédication. La thèse de ce dernier, que nos maîtres ne paraissaient pas pressés de patronner à la Faculté (4 présidents sollicités ont décliné la tâche), a trouvé dans nos colonnes tout le succès d'auditoire qu'on pouvait lui prédire, cependant que nos dévoués correspondants, MM. Guichamans, d'Arzacq, Delbès, de Périgueux, organisaient les syndicats des Basses-Pyrénées et de la Dordogne, que nos amis du Calvados, de l'Eure, de l'Orne, de la Manche, constituaient leurs fédérations départementales, que notre confrère Chevalier créait le Syndicat du Puy, et nos camarades de l'arrondissement de Mantes, leur groupe local appelé à imiter ses aînés de Versailles et d'Evreux, dont il sera le parfait trait d'union. D'autres encore (nous regrettons de ne pouvoir les citer tous) se sont multipliés pour vous donner satisfaction sur ce point. Mais, il est des efforts que nous ignorons, notamment dans la région de l'Est, qui prend peu le contact avec l'organisation centrale. Et c'est ce qui conduisait MM. Vimont, Vidal, Coppens, Declercq et tous les congressistes de Lille, après les fédérés du Nord et du Rhône, après l'Union des Syndicats elle-même, à réclamer comme vous plus d'unité et de méthode dans la constitution, le fonctionnement, et l'action du Syndicalisme médical français.

C'est par la communication du Dr Gassot au Congrès de Lille que vous avez appris quel cas avait fait de vos revendications la commission extra-parlementaire de la Réforme des études médicales. Vous vous étiez bornés, de 1900 à 1906, à réclamer un enseignement professionnel bien adapté aux besoins de la pratique quotidienne : les résultats d'enquête qui vous furent rapportés par MM. Gouffier, Tissier, Lacroix, Gassot, ne soulevaient pas encore ces questions qui ont passionné les Congrès des Praticiens de Paris et de Lille. C'est à vos revendications surtout que la Commission a donné satisfaction. Elle a bien essayé de chercher des solutions pour celles qui s'étaient manifestées dans les Congrès, mais, il ne lui en fut pas signalé sur lesquelles on pût se mettre d'accord. Est-ce à dire qu'il convienne de déclarer avec intransigeance que son œuvre a été insignifiante ? Nous ne nous associerons pas à cette appréciation et volontiers nous conseillerons de réserver toute impression jusqu'après l'année scolaire 1910-1911 qui fera la première expérience des premiers résultats. De plus, nous savons d'une source aussi bienveillante aux praticiens qu'autorisée en la matière, que le décret consacrera, entre autres, celui de nos vœux qui demandait que la conversation fût continuée périodiquement au Ministère de l'instruction publique, sur l'enseignement et l'exercice de la médecine, entre maîtres, praticiens, représentants des pouvoirs en matière d'hygiène, d'assistance et de médecine publique. Aussi nous ne croyons pas interdit d'espérer que le rouage créé à cet effet pourra canaliser le courant des projets apparus comme hâtifs et insuffisamment mis au point, et conduire sagement ceux-ci vers la réalisation que ne donnerait pas *directement* une perpétuelle agitation affectant des allures révolutionnaires.

M. Mirman, directeur de l'hygiène et de l'assistance au Ministère de l'intérieur, a tenu aussi

celle de ses promesses à notre banquet qu'il dépendait de lui de ne pas voir différer. Il a, par deux circulaires, rappelé aux commissions hospitalières leurs obligations envers les médecins et chirurgiens qui leur prêtent concours dans les conditions peu enviables que l'on sait. Nous ne doutons pas de son action près du Sénat, quand l'ordre du jour y amènera la déclaration des maladies contagieuses, et lui faisons crédit volontiers en attendant cette intervention, dans l'espoir toutefois qu'il agira pour ne pas la rendre trop lointaine. Portons aussi au compte de sa bienveillance l'engagement qu'il a pris à notre égard de faire en sorte que les médecins des asiles d'aliénés ne viennent pas concurrencer en clientèle les praticiens des localités où sont établis ces asiles ; et donnons son exemple aux chefs militaires qui laissent leurs médecins-majors en user tout autrement dans les garnisons.

II

Dévoués à jamais aux œuvres de défense, de prévoyance et de protection du corps médical, nous avons, comme les années précédentes, donné un appui paternel à toutes celles qui sont les filiales du *Concours*, une aide cordiale et sympathique à celles qui sont nées et administrées en dehors de nous. Pour variés que soient leurs buts, leurs moyens, nous nous faisons une loi de n'en jamais suspecter ou critiquer les intentions ; c'est au médecin lui-même qu'il appartient de juger ses besoins et d'aller s'inscrire là où son intérêt l'appelle. S'il y rencontre des aléas, qu'il les pèse, comme il fait, au lit du malade, dans la balance des indications et contre-indications. Nous devons au moins notre publicité à toutes les tentatives bien intentionnées ; nous la donnons sans marchander, et nous y ajoutons encore en supplément tout ce qu'il nous est permis de distraire de l'activité consacrée à notre œuvre propre. Nous l'avons fait cette année pour l' « Ancre médicale » pour la « Maison des médecins », pour la « Maison du médecin », pour la « Confraternelle en cas de décès », etc., etc. Et, à l'heure où nous dressons ce bilan, c'est cette même préoccupation de servir l'intérêt général qui nous a fait condamner à la disparition, pour une date fixée par l'intérêt des seuls sociétaires, une de nos œuvres suspectée de regrettable double emploi. Ce sacrifice d'Abraham a rencontré l'approbation de tous et une Assemblée générale nous l'a dit éloquemment ; nous n'ambitionnons jamais d'autres récompenses que celles-là.

Rapport financier de la Société civile du Concours médical.

Capital inaliénable.

Au 1er octobre 1907, le compte Capital inaliénable de notre Société se décomposait comme suit :

Portefeuille	68.294 50	68.326 40
Espèces	31 90	
Depuis cette époque, l'administration du journal le *Concours Médical* a versé à notre Caisse		441 »
Total		68.767 40

(dont 472,90 espèces).

Capital disponible.

RECETTES

Au 1er octobre 1907, l'avoir disponible était de	3.269 69
Depuis cette époque, les intérêts de notre portefeuille ont produit	324 24
Nous avons reçu dans le cours de l'année en dons annoncés au journal	385 »
Les droits perçus sur les remplacements se sont élevés à	721 55
Subvention de la Compagnie fermière de Vichy	2.000 »
Subvention de l'Administration du journal le *Concours Médical*	1.000 »
Total	7.700 48

DÉPENSES

Frais supplémentaires du Banquet.	1.764 70
Indemnités payées aux correspondants ayant assisté aux Assemblées générales	1.197 65
Frais de réunion et déplacements	522 50
Indemnité du comptable	50 »
Payé à l'enregistrement pour taxe sur les intérêts	10 60
Affranchissement de l'envoi des brochures des œuvres du *Concours*.	27 30
Payé pour le service du contentieux	1.200 »
Participation aux souscriptions :	
Championnière	20 20
Brouardel	50 25
Impressions diverses, participation à des tirages à part, etc	81 70
Abonnements et participations aux Congrès	110 10
Droits de garde des titres en dépôt à la Société générale	25 50
Total	5.060 50
Les recettes étant de	7.700 48
Balance en faveur de l'actif	2.639 98

Ce qui porte l'actif total de notre société au 1er octobre 1908 :

Capital inaliénable	68.767 40
Capital disponible	2.639 98
Total :	71.407 38
Savoir .	
Portefeuille	68.294 50
Espèces	3.112 88
Total	71 407 38

Balance des Espèces

Avoir à la Société Générale		3.893 41
Dû au trésorier	565.58	780 53
Dû au journal le *Concours Médical*	214 95	
Total égal		3.112 88

Dans le rapport financier qui vient de vous être soumis, figure aux recettes une rubrique nouvelle : subvention de la Compagnie fermière de Vichy. Nous avons, en effet, le plaisir de vous annoncer que cette importante compagnie désireuse de manifester à notre société tout l'intérêt qu'elle lui porte, et pour reconnaître, sous une forme acceptable, tous les services que lui rend le corps médical, nous a offert une subvention annuelle de 2.000 fr. Votre conseil a été d'avis d'accepter l'offre bienveillante qui lui a été faite et nous comptons que vos applaudissements unanimes pourront se joindre aux remerciements que nous lui avons adressés en votre nom.

Paris, le 6 octobre 1908,

Le trésorier, Dr A. MAURAT.

Rapport du Comité de Rédaction.

En 1908, notre journal, marchant toujours dans la même voie, est arrivé à différer de plus en plus dans sa forme des autres organes de la presse médicale.

Dans sa partie scientifique, il s'est adonné plus que jamais à la clinique et à la pratique, suppléant ainsi, sur la demande réitérée de ses lecteurs, à l'insuffisance reconnue de l'enseignement de l'Ecole dans ces mille détails qui sont la préoccupation journalière du praticien. C'est dans cet esprit que notre *Semaine médicale* fait la revue des thèses, des journaux, des Congrès, analysant, expliquant, mettant au point pour l'application immédiate en clientèle, tout ce qui n'est pas hypothèse simple et pure théorie ; c'est dans cet esprit que le Dr Huguenin rédige des articles de fond sur les sujets d'actualité, sur le caractère de l'épidémie qui passe, sur les traitements à la mode, sur les conquêtes de la thérapeutique ; c'est dans cet esprit que le Dr Lacroix recueille avec une rare précision les communications des Sociétés savantes et les meilleures leçons cliniques faites au lit des malades. Quand M. le docteur George nous apporte sa « Revue périodique de la presse étrangère », il a, lui aussi, fait un sérieux triage, laissé de côté plus d'un article qui sent le système ou la réclame, et il en existe à peu près autant de l'autre côté du Rhin qu'en notre pays de France. Même souci toujours chez ceux de nos rédacteurs qui parlent des médications nouvelles ; il leur faut en bien préciser les indications, le maniement ; il leur faut fournir non des statistiques tendancieuses, mais des observations. Lorsque surgissent des petits débats, comme il s'en est produit cette année, à propos de la sinistrose et à propos des soi-disant abus de physiothérapie, en chirurgie des blessés, l'esprit critique si développé du Dr Duchesne a vite fait de nous conduire aux conclusions justes et de dégager de la discussion ce qu'il en faut retenir. Tâche ingrate, terre à terre, difficile et sans éclat, que celle ainsi assumée par nos dévoués collaborateurs. Aussi adresserons-nous ici des remerciments particuliers pour 1908 au confrère Levassort qui en prit une si large part dans sa revue des opérations signalées au tarif Dubief, faisant à la fois de l'enseignement chirurgical pratique et de la prophylaxie contre les suspicions tracassières des assureurs et la légèreté ou la mentalité préconçue de leurs rapports habituels.

Dans sa partie professionnelle, le journal reflète comme un miroir les préoccupations du corps médical dont il s'est fait le plus vigilant défenseur. Nous ne faisons qu'en classer les manifestations sous des rubriques diverses. Individuelles, vous les trouverez dans la « Petite correspondance » ; générales, elle sont inscrites eu « Propos du jour », à la « Chronique professionnelle », aux chroniques spéciales de la Mutualité, des accidents du travail, de l'exercice illégal, ou bien dans les « Bulletins des Sociétés d'intérêt professionnel ». Le jour où elles donnent lieu à des conflits, la plupart du temps le « Sou médical, intervient d'une façon ou d'une autre. Vous en cherchez alors des nouvelles dans les procès-verbaux du confrère de Grissac, ou sous la plume du spécialiste Diverneresse, à moins que ce ne soit sous la rubrique « Jurisprudence médicale » et que le dévoué conseil judiciaire, Me Gatineau, ait cru devoir donner personnellement en juriste inattaquable.

La « Correspondance » où nous enregistrons avec tant de plaisir les demandes, les conseils, les réponses de nos sociétaires ; la « Tribune des correspondants » qui nous apporte aussi tant de suggestions et de bons avis sont les parties qui témoignent le plus de l'activité du *Concours Médical*. Il nous plairait souvent, si la place et l'actualité le permettaient, de leur donner un numéro tout entier. Le referendum, en effet, est chose quasi permanente ici, et nous sommes dans l'obligation d'en faire seuls le dépouillement. Mais celui-ci n'est pas omis, nos lecteurs peuvent nous en croire, et c'est parce qu'il y est religieusement procédé, que nous arrivons à en dégager notre propre opinion, la thèse à soutenir, la solution à faire prévaloir. Ainsi se maintient l'accord parfait entre la Société civile et son organe, la communion d'idées entre nos confrères et leurs groupements : le *Concours médical* n'a jamais recherché d'autre rôle que celui-là : trait d'union ici, trait d'union là, trait d'union dans tout le Corps médical.

La Rédaction.

LA SEMAINE MÉDICALE

Traitement de l'obésité.

D'après M. le Dr M. Labbé, le traitement de l'obésité doit être fondé sur la notion de son mécanisme physiologique ; il y a excès de recettes alimentaires sur les dépenses énergétiques, donc il faut obtenir un excès de dépenses sur les recettes.

Pour obtenir ce résultat, M. Labbé est d'avis que l'on peut permettre les boissons au cours et en dehors des repas, au gré du patient.

« La quantité du régime est d'importance primordiale ; il faut que la somme de l'alimentation soit inférieure aux besoins de l'organisme. Sa qualité doit être choisie de telle sorte que tout en nourrissant peu, il calme la sensation de faim. C'est pourquoi le professeur Debove recommandait les légumes verts et les pommes qui remplissent l'estomac de cellulose inutilisable pour l'homme. Ce sont les matières albuminoïdes qui doivent y prédominer, d'abord parce qu'elles n'engraissent point ; ensuite, parce qu'il faut compenser, le plus possible, la déperdition albumineuse qu'entraîne la cure ; l'idéal serait de faire maigrir l'obèse en le forçant à brûler ses graisses seulement, et en respectant ses albumines.

« Les repas doivent être multipliés, au nombre de quatre ou cinq par jour ; des repas trop rares laissent en effet un appétit considérable se développer ; en les rapprochant, on combat les défaillances pénibles, dont se plaint le malade, et on facilite la réduction du régime.

« Il importe surtout que le régime soit exactement dosé, que les quantités de chaque aliment soient indiquées, et que rien ne soit abandonné à la fantaisie. Il n'est pas du tout équivalent de prescrire un petit morceau de pain, un petit bifteck ou 60 grammes de viande ; car l'obèse habitué aux gros morceaux a des mesures de complaisance.

« Le corollaire du régime réduit est l'augmentation des dépenses énergétiques et calorifiques. L'exercice physique est nécessaire ; toutes les espèces d'exercices sont bonnes : on choisira donc celui qui plaît le plus au malade, et celui qu'il est le plus facile de faire régulièrement : marche, escrime, canotage, gymnastique, tennis, cheval, bicyclette, etc.

« La marche est le meilleur de tous les exercices et celui qui peut être le mieux accepté. Encore certains individus très sédentaires y répugnent-ils et nous reviennent-ils bientôt trouver en disant qu'ils ont été si fatigués de leurs essais de marche, qu'ils ont dû les cesser. Il y a des femmes qui, toujours en voiture, ont complètement perdu l'habitude de marcher ; leurs pieds très sensibles, serrés dans de petits souliers à talons trop hauts, souffrent affreusement des premières promenades. C'est souvent parce qu'elles ont voulu en faire trop du premier coup : la marche doit être dosée comme une médication, et l'on augmentera progressivement la dose quotidienne en évitant le surmenage.

« L'exercice, et surtout en plein air, a cependant un gros inconvénient, c'est qu'il augmente l'appétit et rend le régime plus difficile à supporter. Le malade ne peut plus y tenir et se précipite sur la nourriture. Quand la cure de l'obésité n'est pas bien dirigée, elle a parfois pour résultat de faire engraisser ; chaque année, les stations d'eaux minérales voient ainsi repartir des obèses, qui, pour avoir voulu se traiter eux-mêmes, sans surveillance médicale, ne sont arrivés qu'à augmenter leur poids de quelques kilogrammes.

« A l'exercice doivent être adjoints les bains chauds ou froids qui soustraient du calorique aux malades et, par suite, les forcent à brûler leurs graisses. A cet égard, les bains chauds valent mieux que les bains de vapeur. Ceux-ci font perdre sur l'heure une forte quantité d'eau par sudation, et le malade se réjouit de constater après le bain une diminution d'un kilogramme ou plus encore ; mais ils provoquent une soif intense, et le malade a bientôt fait, en buvant, de regagner dans sa journée l'eau qu'il avait perdue.

« On croit généralement que le massage fait maigrir. Beaucoup de femmes se font masser consciencieusement les parties de leur corps qu'elles trouvent trop avantagées.

« Le massage n'a pas cette action ; des deux, ce n'est point le massé, mais le masseur qu'il tend à faire maigrir. Cependant, le massage est indispensable à la cure de l'obésité, pour rendre de la tonicité aux tissus relâchés par la fonte de la graisse et pour exciter l'accroissement des masses musculaires. La cure de l'obésité a en effet le fâcheux résultat chez certaines femmes de faire apparaître des rides, de flétrir les seins, de relâcher les parois abdominales, bref de vieillir et d'enlaidir. Le massage efface les rides et rajeunit les tissus ; grâce à lui, une jolie femme peut maigrir sans rien perdre de ses charmes.

« Le traitement thyroïdien ne doit point être employé, car il est inefficace et dangereux. Bien des femmes se sont rendues gravement malades pour avoir pris, en cachette, du corps thyroïde dans le but de guérir leur obésité.

« Il en est de même de tous les traitements soi-disant spécifiques, et de tous les médicaments vantés contre l'obésité. Ni l'iode, ni les iodures, ni l'opothérapie, ovarienne ne font maigrir, à moins qu'on ne les emploie à une dose telle qu'il en résulte une véritable intoxication et une maladie.

« A petite dose, les médicaments sont encore pratiquement nuisibles pour la cure de l'obésité, parce qu'ils inspirent une certaine confiance au malade qui croit plus volontiers à la thérapeutique qu'à la diététique et ne suit pas aussi régulièrement son régime ; il est préférable de ne point le tromper, de lui faire comprendre qu'il ne doit compter que sur la cure de réduction alimentaire et d'exercice, et que son succès dépend de sa volonté et de sa ténacité.

« Apprendre l'art si difficile de peu manger est le seul moyen de guérir définitivement de l'obésité. »

Le sérum antituberculeux de Marmorek dans les tuberculoses chirurgicales.

M. le Dr Félix Guignot, de Montpellier, a étudié dans sa thèse les effets du sérum antituberculeux de Marmorek contre les tuberculoses chirurgicales. Ses conclusions sont plutôt négatives.

« Le sérum antituberculeux actuel de Marmorek est sans inconvénient. Mais, dans les tuberculoses chirurgicales tout au moins, il ne paraît pas modifier d'une manière sensible l'évolution des lésions, traitées par les méthodes ordinaires. Il nous paraît donc sage, jusqu'à nouvel ordre, de ne pas perdre de temps et, dès le diagnostic posé, de traiter comme autrefois les gommes tuberculeuses par les injections modificatrices et les tumeurs blanches par l'immobilisation immédiate et absolue qui ont toujours donné à nos maîtres de si bons résultats ».

Signe d'auscultation spécial à certains cas de grossesse gémellaire.

A l'une des dernières séances de la Société Médicale de l'Elysée, M. le Dr E. Arnoux a décrit un signe d'auscultation spéciale à certains cas de grossesse gémellaire.

Les classiques nous disent que le signe caractéristique de la grossesse gémellaire est fourni par l'auscultation et qu'il consiste en la perception nette de deux centres maxima de battements cardiaques fœtaux, à condition que la fréquence de ces battements soit suffisamment différente dans les deux centres, ou que leur situation soit telle qu'ils ne puissent être attribués à un seul cœur fœtal, comme cela arrive dans les positions postérieures gauches.

Or, M. Arnoux a constaté, dans deux cas de grossesse gémellaire, le signe suivant :

C'est un dédoublement intermittent des deux temps du battement fœtal, dédoublement intermittent à périodes régulières. Il rappelle la cadence du trot de deux chevaux attelés en paire. Pendant une première période, les sabots frappent à l'unisson ; ensuite, avec un retard qui va s'accroissant jusqu'au contre-temps absolu : ensuite, l'intervalle va diminuant jusqu'à revenir au choc unique. De même pour les bruits cardiaques : bien frappés pendant un court instant, ils se dédoublent de plus en plus nettement jusqu'à donner quatre bruits séparés par des intervalles égaux, puis insensiblement se rapprochent deux à deux jusqu'à se confondre et donner un battement double qui semble provenir d'un cœur unique.

« Ce signe s'observe avec un maximum d'intensité unique situé dans le voisinage de la ligne médiane, un peu plus proche du pubis que de l'ombilic.

« Ce nouveau signe semble avoir son explication dans la superposition de deux cœurs fœtaux asynchrones ; de son observation nette, on pourrait donc conclure à l'existence d'une grossesse double aussi bien que par la constatation de deux centres indépendants. Mais outre ce point, ne pourrait-on en déduire une présomption sur la situation respective des fœtus ? Nous le pensons sans oser l'affirmer. Cependant, si on tente de placer deux fœtus de façon à su-

✦

perposer leur zone cardiaque assez exactement, on arrive à ce résultat, qu'il faut que l'un soit longitudinal et l'autre transversal ; deux fœtus, en effet, ne peuvent se superposer dans un plan antéro-postérieur, s'ils sont tous deux longitudinaux ; ou du moins leur équilibre serait bien instable et leur situation, de par la présence de la colonne vertébrale, serait en contradiction avec ce que nous savons de la loi d'accommodation. Ils tendraient à se placer l'un à droite, l'autre à gauche, et leurs centres maxima d'auscultation seraient alors plus ou moins nettement séparés. Si, au contraire, les deux fœtus étant transversaux, outre la rareté du cas, là encore les deux cœurs seraient séparés, ou bien les battements du fœtus le plus postérieur seraient imperceptibles. Il semble donc bien que seulement dans la position croisée, c'est-à-dire avec une présentation du sommet ou du siège d'une part et une présentation de l'épaule ou du tronc d'autre part, la superposition des zones cardiaques est assez exacte pour que les battements arrivent à l'oreille, ainsi confondus.

« En résumé, l'existence de ce battement fœtal à dédoublement intermittent est un bon signe stéthoscopique de grossesse gémellaire puisqu'il permet de soupçonner au moins la grossesse double quand les autres modes d'investigation ne donnent rien de précis. Quant au renseignement qu'il peut donner sur la position réciproque des fœtus, si souvent difficile à déterminer dans ces utérus tendus à l'excès, nous n'oserions porter dès maintenant un jugement sur sa valeur, le nombre des observations étant trop restreint ».

Stérilisation instantanée des sondes par les vapeurs de formaline liquide à 2 p. cent. portées à 60 degrés.

Au dernier Congrès de chirurgie de Paris 1908, M. le Dr Dupuy de Frenelle a présenté un nouvel appareil pour la stérilisation instantanée des sondes uréthrales.

Voici la description qu'il en a donnée :

« Cet appareil est un simple tube de verre, muni à ses deux extrémités d'un bouchon. Le bouchon supérieur est percé de deux trous : l'un pour l'échappement des vapeurs en excès, l'autre pour la fixation d'un tube témoin qui fond en changeant de couleur à soixante degrés. Le bouchon inférieur est traversé par le col d'une ampoule en métal. Dans cette ampoule on verse à l'aide d'une seringue une solution de formaline liquide à deux pour cent. En chauffant l'ampoule, le liquide entre en ébullition, les vapeurs se dégagent dans le tube. On prolonge le chauffage jusqu'à ce que le tube témoin change de couleur en indiquant que la totalité du contenu de l'appareil a subi l'influence des vapeurs liquides de formaline à une température de 60°.

« Ce résultat est obtenu en trois à six minutes. Au dessous de l'ouverture du col de l'ampoule est un grillage qui empêche les sondes d'y pénétrer. A la face inférieure de ce grillage est un bouchon. En enfonçant l'ampoule, ce bouchon en obture l'orifice et empêche le liquide de se déverser dans le tube. « Avant de commencer le chauffage, il suffit de retirer légèrement l'ampoule pour la déboucher. Un même tube témoin peut resservir indéfiniment. Il n'est pas nécessaire de recharger l'ampoule à chaque stérilisation. Les expériences faites par le Dr Dupuy de Frenelle dans le service du professeur Albarran ont prouvé l'efficacité absolue de ce procédé de stérilisation. »

GYNÉCOLOGIE

Les métrorrhagies des vieilles femmes,

Par le Dr A. Siredey.
Médecin de l'hôpital Saint-Antoine (1).

I

La ménopause est essentiellement caractérisée par la suppression de l'hémorrhagie périodique que présentent les femmes pendant toute la période active de la vie génitale.

Elle survient quelquefois brusquement, le flux menstruel cessant de paraître à l'époque habituelle, et ne se montrant plus désormais.

Le plus souvent, elle est précédée d'irrégularités, d'interruptions, plus ou moins prolongées de l'écoulement sanguin, qui coïncident avec divers désordres du côté de l'appareil circulatoire et du système nerveux : bouffées de chaleur, poussées congestives à la face, sueurs profuses, sensations d'étouffement, battements de cœur, etc. Ces troubles diminuent peu à peu, les pertes de sang s'espacent davantage, elles cessent, et l'appareil génital reste dans le calme le plus complet.

Cet apaisement se fait sentir même sur certains états pathologiques dont l'utérus peut être le siège. Les accidents occasionnés par des métrites, des tumeurs fibreuses, d'anciennes annexites, s'atténuent très notablement, et les incommodités résultant de ces diverses affections deviennent de plus en plus supportables, ou finissent même par disparaître.

Ces changements coïncident d'ailleurs avec des modifications anatomiques, qui aboutissent à une atrophie assez marquée de l'utérus et des ovaires.

Aussi à mesure que la femme s'éloigne de la ménopause, cette accalmie ne fait que s'accentuer, et l'on doit tenir pour suspect tout symptôme, douleur ou écoulement sanguin qui semble témoigner d'une activité insolite de l'utérus.

Les pertes de sang méritent à ce point de vue une attention toute particulière.

II

Certes, les fonctions menstruelles ne se suppriment pas toujours d'emblée définitivement ; il n'est pas rare, pendant des mois, parfois même pendant les premières années qui suivent la ménopause, de voir survenir un écoulement de sang qui aura la durée habituelle du flux périodique, puis reparaîtra, plusieurs mois plus tard. Parfois on observera une hémorrhagie abondante qui ne durera que quelques heures.

Ces incidents ont d'autant moins d'importance qu'on les observe à des époques plus rapprochées de la ménopause.

Il s'agit là, sans doute, d'ovulations tardives, en quelque sorte aberrantes, qui se produisent capricieusement à de longs intervalles, et ne laissent aucune trace.

Ces phénomènes, assez exceptionnels dans les conditions normales, sont plus fréquents lorsqu'il existe quelqu'altération de l'utérus ou des annexes.

Les femmes qui ont des corps fibreux ou une annexite ancienne sont assez sujettes à ces hémorrhagies passagères.

On les observe également chez des ptosées et particulièrement lorsqu'il existe un prolapsus utérin très prononcé; elles ont tantôt un carac-

(1) Extrait du *Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*

Correspondance hebdomadaire (*Suite*).

—

Quelles formalités doit-il remplir ? Le fait d'avertir son patron qu'il fait appel à un autre médecin suffit-il pour que le patron soit responsable des honoraires.

Réponse. — Oui, le blessé peut à toute époque changer de médecin. A la rigueur, il a le droit de le faire sans même en avertir son patron. Mais il est préférable cependant qu'il l'en prévienne.

Dr C., à N., à *Concours.* — Je vous serais bien obligé si vous pouviez me dire combien je puis demander pour les trois opérations suivantes non prévues par le tarif Dubief :

1° Réduction et contention d'une luxation des 2e et 3e métatarsiens en haut, réduction ayant demandé la méthode de force.

R. — 5 visites ou consultations en plus du prix de la visite ou consultation.

2° Examen radioscopique non demandé il est vrai par la compagnie d'assurances.

R. — Prix du tarif ouvrier de la région.

3° Rapport sur l'état du blessé par la Compagnie.

R. — Cinq francs.

Dr V. de P., à *Concours.* — 1° Je voudrais savoir si une Société de Secours Mutuel a le droit de refuser à ses sociétaires une indemnité ou le règlement des honoraires pour des cas de petite chirurgie, alors que ces anciens sociétaires ont toujours vu jusqu'à ce jour tous les frais médicaux payés par la Société.

Réponse. — Cela dépend des statuts de la Société, les soins de petite chirurgie sont dus s'il ne sont pas exclus.

2° Un ouvrier faisant partie de la Société de Secours Mutuels, se casse la jambe.

Le maire a-t-il le droit de l'inscrire d'office sur la liste de l'assistance gratuite et le médecin peut-il réclamer ses honoraires à la Société attendu qu'il ne reçoit qu'un petit fixe annuel pour l'assistance ?

Réponse. — Le maire a le droit d'inscrire d'office sur la liste d'assistance l'ouvrier qui, n'étant pas indigent lorsqu'il travaillait, le devient par suite de l'accident qui l'en empêche. Mais cela n'empêche pas le médecin de se faire payer, par la Société de Secours Mutuels, les soins que celle-ci assure à ses membres.

Dr L., à B., à *Concours.* — 1° J'ai soigné un enfant placé en nourrice. La mère de l'enfant est à Paris ; j'ignore son adresse. La nour-

Suite page X.

tère franchement périodique (1), tantôt des allures irrégulières, capricieuses, mais elles restent dépourvues de gravité.

Des hémorrhagies analogues, affectant le plus habituellement le type continu, sont en rapport avec certaines variétés de métrite sénile qui s'accompagnent d'une sorte de ramollissement de la muqueuse utérine, ou de petits polypes.

Elles cèdent rapidement à un traitement approprié, curettage ou même cautérisations intra-utérines.

Ce sont des cas de ce genre qui ont contribué d'une manière excessive à la réhabilitation des métrorrhagies consécutives à la ménopause.

Tous les gynécologues ont rencontré de ces observations rassurantes. Dalché, dans une intéressante leçon, publiée récemment, a présenté encore un exemple remarquable de ces métrorrhagies bénignes des vieilles femmes.

Mais ces faits sont loin d'être la règle, et ils ne doivent pas faire oublier le *caractère éminemment suspect* de la plupart des métrorrhagies qui surviennent chez des femmes âgées, surtout à une époque éloignée de la ménopause, et qui sont souvent le *premier symptôme* d'une *tumeur maligne, épithéliome* ou *sarcome du corps utérin.*

III

Le plus habituellement, ces pertes ont un début insidieux et une marche extrêmement lente. Elles consistent en un suintement jaunâtre, à peine rosé, d'apparence insignifiante, et que, seules, remarquent les femmes soigneuses, agacées de voir chaque soir leur linge taché. Comme elles ne ressentent aucune douleur, aucun malaise, elles prennent la chose légèrement, et ne consultent un médecin qu'après plusieurs semaines, ou même plusieurs mois.

« Je viens », me disait l'une d'elles, « vous soumettre un simple cas de coquetterie, qui vous paraîtra ridicule chez une femme de mon âge », et elle montrait sur sa chemise une tache jaunâtre, aux bords rosés, large, au plus, comme une pièce de cinq francs, n'exhalant aucune mauvaise odeur.

Cet optimisme est d'autant plus facilement partagé par les médecins que l'examen le plus attentif ne révèle, à cette époque, aucune lésion appréciable. Le col est d'aspect normal, atrophié comme il doit l'être à cet âge ; son orifice n'est ni béant, ni ulcéré, rien ne paraît changé dans la forme et dans le volume de l'utérus ; il n'est le siège d'aucune douleur.

Les semaines et les mois passent, et malgré les injections très chaudes, antiseptiques ou astringentes, qui ont été prescrites, l'écoulement persiste, augmentant peu à peu, d'une manière à peine sensible ; il devient plus foncé, prend une couleur de rouille et, de temps à autre, se mélange de quelques gouttes de sang presque pur ; en même temps qu'apparaissent de vagues maux de rein, des sensations de fatigue.

Ce n'est guère qu'à ce moment que les femmes commencent à concevoir des préoccupations sérieuses à ce sujet.

Quelquefois il se produit de temps à autre des pertes de sang rarement abondantes, qui durent quelques heures, un ou deux jours.

Cependant les signes physiques ne sont pas beaucoup plus prononcés ; à peine un observateur expérimenté et prévenu serait-il frappé de trouver le fond de l'utérus un peu plus gros et le col plus entrebâillé qu'il ne convient.

Mais on ne perçoit aucune induration, aucun changement de consistance ou d'aspect qui fasse soupçonner la gravité de la maladie.

Si la répétition des hémorrhagies inspire quelques craintes, l'absence de signes physiques, l'excellent état de la santé générale, la longue période qui s'est écoulée depuis le début de l'écoulement paraissent des arguments suffisants pour rejeter toute crainte de cancer.

On ne saurait trop insister, en effet, sur la marche lente de ces tumeurs malignes du corps utérin chez les vieilles femmes et sur la longue période qui précède la constatation des symptômes décisifs.

Chez les deux dernières malades que j'ai vues, le suintement sanguin remontait à six mois et à neuf mois ; il s'agissait dans un cas d'un sarcome du fond de l'utérus, et dans l'autre d'un épithélioma, ainsi que l'a démontré l'examen histologique, pratiqué aussitôt après l'opération.

L'une et l'autre ont été opérées d'ailleurs avant d'avoir présenté de véritables signes physiques d'une tumeur maligne.

En effet, la situation peut rester beaucoup plus longtemps stationnaire, ne se modifiant que peu à peu, sans incident brusque.

L'âge des malades, la crainte qu'elles éprouvent de toute intervention active, réduit presque toujours la thérapeutique à de petits moyens illusoires, en pareil cas : injections chaudes, injections astringentes, pansements variés sur le col, attouchements sur la muqueuse utérine à l'aide de teinture d'iode ou de divers caustiques, instillations intra-utérines au moyen de solution de nitrate d'argent ou de chlorure de zinc, tous ces traitements ont le même insuccès.

Le mal continue à se développer, et 15, 18 mois après ses premières manifestations, quelquefois plus tôt, souvent plus tard, on constate des signes beaucoup plus caractéristiques.

Ce sont, d'après leur ordre d'apparition : des métrorrhagies, l'augmentation de volume de l'utérus, et des douleurs.

Les pertes de sang procèdent en général par poussées subites, d'abord à des intervalles éloignés, puis elles deviennent plus fréquentes, et prennent même le type continu.

Dans certains cas, ces hémorrhagies sont, dès le début, très violentes, laissant, après quelques heures, les malades exsangues, elles nécessitent parfois un tamponnement.

Elles se compliquent de pertes blanches, ou plutôt noirâtres, qui exhalent une odeur très prononcée.

En même temps que ces pertes de sang, on constate presque toujours une augmentation du volume du corps utérin, qui affecte une forme globuleuse, plus ou moins régulière.

Ce n'est que beaucoup plus tard que la tumeur gagne le segment inférieur et l'isthme, et que l'ouverture du col s'agrandit.

Contrairement à ce qu'enseignent la plupart des livres classiques, la douleur est loin d'être une des premières manifestations du cancer du corps utérin.

Elle n'apparaît qu'à une époque avancée de la maladie. La valeur séméiologique que l'on attribue à la douleur est justifiée, quand il s'agit de l'extension, au corps utérin, d'un cancer du col ; comme l'ont fait observer très judicieusement Doléris et Pichevin (1), c'est au moment où les

(1) J'ai suivi pendant plus de 10 ans une malade atteinte de prolapsus utérin, qui 22 ans après la ménopause, a présenté des hémorrhagies régulières, de mois en mois, avec une périodicité remarquable, pendant 11 années. Elle a succombé à l'âge de 84 ans, à une embolie pulmonaire.

DOLÉRIS et PICHEVIN. — *La Pratique gynécologique*, Paris, 1896.

lésions envahissent la région de l'isthme et les tissus ambiants que l'affection devient réellement douloureuse.

Les malades accusent alors dans les flancs, dans le bas-ventre, de très vives souffrances qui s'accompagnent d'une insupportable pesanteur pelvienne avec épreintes vésicales et rectales.

L'état de santé générale, déjà fort altérée par les hémorrhagies, s'aggrave rapidement, et les malades arrivent bientôt à la cachexie.

Lorsque les choses en sont à ce point, le diagnostic ne présente plus la moindre difficulté, mais il n'a plus qu'une utilité très relative, car toute intervention est devenue inutile et souvent même impossible.

Ce tableau présente quelques modifications chez les femmes qui ont depuis longtemps un de ces gros utérus scléreux sur lesquels G. Richelot a si judicieusement appelé l'attention et qu'il considère comme offrant une certaine prédisposition au cancer. La période latente est moins longue ; les véritables hémorrhagies et les douleurs sont à la fois plus précises et plus accentuées.

De même que dans les cas précédents, les pertes de sang débutent, quelques années après la ménopause ; mais au lieu d'un simple suintement léger, elles sont d'emblée assez violentes, et elles s'accompagnent de douleurs très marquées dans les reins et dans le ventre.

Accoutumées à des crises de ce genre lorsqu'elles étaient en pleine activité génitale, les malades ne leur attribuent pas l'importance qu'elles méritent. Leurs antécédents trompent également beaucoup de médecins, et font croire à un retour des congestions, si communes chez ces utérus fibromateux.

Peu à peu, douleurs et hémorrhagies s'accentuent, deviennent plus fréquentes, et cependant le palper et le toucher ne revèlent pas de modifications très caractéristiques du col et du corps utérins. L'un et l'autre sont augmentés de volume, épaissis, durs, mais ils ne diffèrent pas notablement de l'apparence qu'ils présentaient antérieurement.

Un des prem ers signes consiste dans l'apparition, au voisinage de l'isthme utérin, d'une induration ligneuse qui dépasse notablement les bords de l'utérus, empiète sur le tissu cellulaire voisin, mais il indique déjà l'extension du cancer au-delà des tissus utérins et l'inutilité d'une intervention chirurgicale.

IV

Les pièces anatomiques provenant des autopsies présentent en général des altérations diffuses et étendues, des tumeurs volumineuses qui ne permettent pas de comprendre le caractère monosympathique de ces hémorrhagies initiales du cancer.

On ne peut s'en rendre compte qu'en examinant des utérus enlevés à une époque peu avancée de la maladie. La lésion est généralement très limitée, elle consiste en une petite masse saillante implantée sur la muqueuse par un pédicule peu étendu, et qui se développe dans la cavité utérine, dont elle ne refoule que peu à peu et lentement les parois. A peine grosse comme un pois à l'origine, elle atteint et dépasse le volume d'une cerise avant de provoquer un accroissement de l'utérus réellement perceptible à l'examen. Or, son accroissement se fait lentement, et par cela même il est peu sensible.

Mais la tumeur est friable, elle provoque autour d'elle une vascularisation excessive de la muqueuse et elle donne lieu à de fréquents écoulements de sang.

Plus rarement, elle est sessile, et végète en surface, formant sur une région limitée de la muqueuse un bourgeonnement ayant l'apparence d'une petite framboise.

Qu'il s'agisse d'un sarcome ou d'un épithélioma, l'évolution initiale, au point de vue chimique, est à peu près la même ; c'est toujours le suintement sanguin qui décèle la tumeur à une époque où le faible volume de celle-ci ne permettrait pas d'en soupçonner l'existence.

Plus tard, apparaissent des masses nouvelles, puis il se produit en divers points du tissu utérin des infiltrations qui se répandent dans le tissu cellulaire voisin et gagnent les lymphatiques du bassin.

A cette époque, les signes physiques deviennent parfaitement saisissables, mais il est trop tard pour agir utilement.

L'intervention n'aura d'efficacité réelle que si elle porte sur des altérations bien limitées.

C'est à ce point de vue qu'il faut bien se pénétrer de l'importance des symptômes du début, et particulièrement des pertes de sang qui en sont le premier indice.

V

Les hémorrhagies qui surviennent après la ménopause ne doivent jamais être tenues pour négligeables.

Quand elles sont manifestement en rapport avec une lésion évidente, de nature bénigne, métrite polypeuse, villeuse, ou fongueuse, il est permis de ne pas s'en inquiéter, et de les combattre par un traitement rationnel ; repos au lit, injections très chaudes prolongées et répétées, instillations de chlorure de zinc, curettage, etc.

Mais si elles sont rebelles au traitement, on ne se laissera pas leurrer par les apparences, et on n'oubliera pas qu'une lésion bénigne, telle qu'un petit polype, un prolapsus, des pyomes, etc., n'est nullement incompatible avec le développement, dans la profondeur de l'utérus, d'une tumeur maligne.

A plus forte raison, doit-on se méfier de toutes les pertes de sang qui, chez des femmes âgées, surviennent sans cause appréciable; qu'elles se produisent sous la forme d'hémorrhagies violentes de courte durée, ne laissent aucune trace, mais revenant à des intervalles irréguliers, ou qu'elles se réduisent à de simples suintements d'apparence insignifiante.

En présence d'accidents de ce genre, si bénins soient-ils, il faut se hâter de déterminer le plus promptement possible leur véritable origine.

On pourra pendant quelques jours immobiliser les malades, faire l'essai des injections chaudes, pour se conformer à la tradition, mais il faut bien se garder d'en abuser, et de les porter à une température trop élevée, leur action est généralement nulle sur ces utérus séniles dont les vaisseaux sclérosés réagissent difficilement.

Il est plus rationnel de tenter quelques cautérisations au chlorure de zinc, soit par des attouchements pratiqués sur la muqueuse, soit en faisant, suivant la méthode préconisée par Pierre Delbet, des instillations intra-utérines, à l'aide d'une solution de chlorure de zinc à 1/10e ou 1/5e (de 1/2 à 1 centimètre cube au maximum).

Mais il est inutile de prolonger et surtout de varier ces essais thérapeutiques, s'ils ne sont pas, d'emblée, réellement efficaces, on risquerait de perdre un temps précieux.

Si l'écoulement de sang ne s'arrête pas après dix ou quinze jours de repos et quelques pansements appropriés, il est préférable de dilater l'utérus par l'introduction de laminaires, et

d'explorer soigneusement sa cavité avec le doigt d'abord, puis en se servant d'une curette légèrement tranchante pour enlever les masses saillantes, pédiculées ou sessiles que l'on rencontre sur la muqueuse ; on les recueille soigneusement et après leur avoir fait subir les préparations nécessairres, on les étudie au microscope.

Souvent le toucher intra-utérin suffira pour conduire à un diagnostic. On peut d'ailleurs compléter l'examen en se servant de l'endoscopie utérine (1) qui permettra de voir les lésions et de se rendre compte de leurs caractères, ou tout au moins de choisir les fragments nécessaires pour la biopsie.

Dès que l'étude histologique des fragments recueillis a fait reconnaître l'existence d'une tumeur maligne, épithélioma ou sarcome, on ne doit pas hésiter à conseiller l'ablation immédiate de l'utérus, si légers que paraissent les accidents, et si satisfaisante que soit encore la santé générale.

Seule, en effet, l'hystérectomie totale, pratiquée hâtivement au début de la maladie, peut permettre d'espérer la guérison.

PRATIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE
DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

XVIII

G. 4. Trépanation simple du crâne.

Honoraires : 25, 30 ou 40 francs.

Que faut-il entendre par cette trépanation simple? J'avoue que, dans la pratique, il est bien rare qu'une trépanation soit une chose si simple que cela. Le plus souvent (puisque nous commentons un tarif d'accidents du travail), il s'agira d'un coup, d'une chute ; il y aura fracture, enfoncement, compression, épanchement. Ce ne peut être cela qu'on appelle trépanation simple. Nous retrouverons cette opération de la trépanation compliquée, tout à fait à la fin du tarif, nous étudierons alors les divers cas qui se présentent et la façon d'y parer.

Convenons que, par trépanation simple, on a dû prévoir la couronne de trépan, plutôt exploratrice, et n'en cherchons pas les indications qui me paraissent des plus faciles à exposer.

La tête sera rasée dans la zone à opérer. La désinfection de la peau sera particulièrement surveillée. La peau incisée en H donne un espace suffisant. La trépanation peut se faire avec le trépan, mais aussi avec le marteau ou le maillet, et le ciseau et la gouge.

A l'instar des spécialistes du nez, de la gorge, et des oreilles, on explorera avec un stylet la cavité dans laquelle on travaille, il est utile en effet de prendre quelques précautions aux abords du cerveau.

S'il s'agit de ponctionner le cerveau pour aller à la recherche d'une collection intra-cranienne, on usera du bistouri ou de la sonde cannelée. Il ne faut pas se hâter de retirer l'instrument, mais chercher, en appuyant un peu à droite et à gauche, à faciliter l'issue du pus ou du sang.

Mais nous ne sommes plus ici dans les conditions de notre titre.

A la rigueur, une ponction exploratrice peut passer pour une trépanation simple, mais la présence d'un abcès modifie la technique du tout au tout et, de simple, l'opération devient compliquée, entraînant aussi un honoraire tout différent.

G. 5. — Réduction des fractures intra ou juxta-articulaires du poignet ou des os de la face.

Honoraires : 25, 30 ou 40 francs.

Nous parlerons tout d'abord des fractures du poignet et nous abordons là un sujet d'une importance considérable au point de vue des conséquences que peut présenter un traitement mal conduit, tant pour le blessé que pour le patron ou l'assureur. Il va sans dire que c'est au médecin qu'est dévolue toute la responsabilité d'une restauration fonctionnelle utilisable et d'une indemnité pécuniaire raisonnable.

L'accord n'est pas fait sur tous les points de technique et nous aurons quelque peine à mettre l'ordre dans le nombre assez grand des opinions émises.

Cependant, il nous paraît certain que la pratique des accidents du travail aura fait faire un grand pas au traitement de ces fractures, le médecin ayant un souci légitime d'un résultat satisfaisant.

Par résultat satisfaisant, il ne faut pas entendre résultat esthétique complet ; il y a une différence, et le travailleur, l'assureur également sauront l'apprécier.

Il vaut mieux une déformation légère et même marquée, qui laisse au blessé la libre disposition de son articulation, qu'une main rigide avec une articulation raidie et à mouvements limités et douloureux.

Peut-on obtenir une restauration fonctionnelle et esthétique marchant de pair ?

Non dans la plupart des cas. C'est du moins notre opinion formelle. Le danger des fractures au voisinage de l'articulation de la main réside dans l'arthrite à peu près fatale de cette articulation.

Arthrite fatale, si l'immobilisation est trop prolongée.

Quand on songe à la façon dont est construit un poignet, on peut aisément se figurer ce qui ne manque pas de s'y produire dès qu'un traumatisme aussi grave qu'une fracture vient affecter la région. La fracture est, en effet, une conséquence de l'accident, mais ce n'est pas la seule ; l'effort qui a causé la fracture a disjoint les autres pièces articulaires : ligaments, trousseaux fibreux, synoviales, etc., ont eu à souffrir chacun pour leur compte ; de là, des épanchements, des gonflements, ecchymoses. Notre thérapeutique, qui vise la fracture, et rien qu'elle, est donc une thérapeutique insuffisante, elle risque même d'être dangereuse, car la fracture, ainsi que nous venons de le démontrer, n'est pas tout. Notre effort portera donc sur la recherche du meilleur résultat fonctionnel.

Certains milieux se prêtent mieux que d'autres au traitement bien conduit. Un malade d'hôpital, par exemple, peut être surveillé et suivi chaque jour.

Un malade aisé peut encore bénéficier de la surveillance et des soins quotidiens, mais un ouvrier n'est pas dans le même cas. Il peut demeurer loin de la maison du médecin, et les Compagnies trouvent toujours élevées les notes où il est fait mention de soins journaliers. A cet égard, qu'on nous permette une observation : Si le blessé n'a qu'une fracture du bras, s'il est valide, il peut aider au traitement en se rendant auprès de son médecin aux heures que celui-ci lui indique ; il y a de la sorte un gain de temps pour le

(1) Ch. David. — Endoscopie utérine. Th. Paris, 1908.

praticien ; mais le déplacement du blessé peut être onéreux pour lui, il peut y avoir à prendre omnibus ou tramway, à la campagne, chemin de fer. Ne serait-il pas équitable qu'on tienne compte au blessé de ces frais ? Le médecin qui fait une visite et qui, au cours de cette visite fait un massage pour une fracture du poignet touche 7 fr. 50 (prix fort). Cette opération à son cabinet n'est tarifée que 6 fr. (prix fort). L'assureur ayant un petit écart entre ces deux prix devrait ne pas hésiter à indemniser le blessé de ses déplacements, ce qui peut se traduire pour lui par un gain de 1 franc par jour. Cette somme multipliée par un certain nombre de jours et d'accidents finit par faire une somme. Notre vœu est donc logique, souhaitons qu'on en tienne compte.

La fracture des deux os au voisinage de l'articulation n'est pas très fréquente; en général elle se produit un peu plus haut, à quelques centimètres, et le retentissement articulaire sera bien moins à craindre, mais par contre *le dos de fourchette* sera très accentué et la contention très délicate. Pour peu qu'il y ait des mouvements, et le plus dangereux sera la pronation, les deux extrémités osseuses ne seront plus en contact, il se fera des cals irréguliers, et un massif osseux, *intra radius et cubitus*, limitant les fonctions de la main et du bras et rendant l'usage du membre fort précaire.

Il importe de procéder à la réduction dans les heures qui suivent l'accident ; l'appareil plâtré prendra la main, l'avant-bras et le coude. La main sera en supination extrême ; c'est la seule position où la détorsion des deux os est complète. On s'assurera, avec un pouce passé dans la gouttière cubito-radiale, que le contact entre les 2 os n'existe pas et on veillera à la disparition du dos de fourchette ; par une pression sur l'angle saillant, on corrigera la difformité.

Il faut être au moins deux pour poser le plâtre. Le chirurgien ne quitte le membre que lorsque le plâtre est sec. L'extension et la contre-extension au niveau du coude seront maintenues jusqu'à ce durcissement de l'appareil, qui fait pousser à tous un soupir de soulagement. Combien de temps laisser ce plâtre en place ? Lucas-Championnière veut que ce soit très court, et les raisons qu'il donne sont tellement probantes que je suis tenté de me ranger à son avis ; Lejars parle de deux ou trois semaines. La vérité est entre les deux. Huit à dix jours donc et, convertissant l'appareil inamovible en appareil amovible, vous commencerez le massage ou mieux encore la mobilisation.

C'est avant tout de restauration fonctionnelle qu'il s'agit et c'est du côté des mouvements que se portera votre effort. Le massage n'aura qu'un effet sédatif et stimulant : sédatif de la douleur, stimulant de la circulation. Rien ne doit être douloureux, pas plus dans les mouvements que dans le massage, assurent les auteurs compétents... croyons-les. Disons avec eux que la douleur ne viendra que par notre faute si nous n'avons pas su mobiliser à temps, mais demeurons convaincus qu'il est bien peu de blessés à qui notre intervention ne causera pas plusieurs grimaces fort significatives.

Certains auteurs et Lucas-Championnière déconseillent le bain chaud ou froid. L'eau, dit-il, est le grand ennemi des fractures articulaires (1).

Cette affirmation me paraît trop absolue. Le bain très chaud vers la troisième semaine m'a toujours paru faciliter les manœuvres du massage et la mobilisation. Il ne doit pas être très long, mais il a une action très nette, pourvu que ce soit un bain préparatoire donné comme je l'indique et ainsi que je l'ai toujours conseillé. Nous étudierons dans notre prochain article la fracture du poignet n'intéressant que l'extrémité inférieure du radius ; c'est la fracture juxta-articulaire type.

(A suivre.) D[r] Ch. LEVASSORT.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

LE CONSEIL FÉDÉRAL SUISSE

a voté la suppression des assureurs

(Suite et fin.)

(*Le Genevois*, 1[er] octobre 1908.)

Chambres fédérales

Conseil national.

Séance du 30 septembre.

Présidence de M. SPEISER, président.

Assurance contre les accidents. — M. Sulzer défend ses chiffres et fait l'éloge de nos compagnies d'assurances.

M. H. FAZY n'avait pas cru nécessaire de prendre la parole comme membre de la commission, mais la motion d'ordre de M. Sulzer, tendant au renvoi du projet au Conseil fédéral, l'oblige à motiver son vote au sein de la commission ; l'orateur a formulé diverses observations dans le même sens que M. Sulzer, notamment en ce qui concerne les accidents non professionnels qui ne devraient pas être compris dans l'assurance obligatoire, mais nous nous trouvons en présence d'une opposition formelle et unanime du Conseil fédéral, de même en présence d'une décision de la commission qui, en forte majorité, a maintenu le projet du Conseil fédéral. M. Deucher a déclaré que le Conseil fédéral ne pouvait pas accepter le renvoi et il a proposé le renvoi à la commission. Nous nous trouvons dans une impasse. Le Conseil fédéral, qui peut procéder à l'enquête technique, qui a à sa disposition les moyens d'enquête, n'accepte pas la mission ; quant à la commission, elle n'a évidemment pas les moyens de procéder à une enquête, de contrôler les chiffres, de vérifier les calculs. Pouvons-nous ou devons-nous forcer le Conseil fédéral ? Cela ne nous paraît guère possible. Nous avons un seul moyen de sortir de l'impasse, c'est de modifier le projet, si nous le jugeons nécessaire, mais la motion de M. Sulzer ne saurait aboutir. Au surplus, cette motion n'a aucune utilité présente ; en effet, ce n'est pas dans cette session que le projet de loi pourra être voté définitivement. Après nous, le Conseil des Etats devra commencer l'examen du projet et cet examen durera un certain temps. Dans l'intervalle, le Conseil fédéral pourra examiner de nouveau les questions qui ont été posées par M. Sulzer ; M. Fazy insiste sur le fait que les projets d'assurance imposeront à la Confédération des sacrifices plus considérables que l'on ne croit ; l'assurance des risques non professionnels équivaut certainement à un saut

(1) *Revue clinique*, 1908, p 133.

dans l'inconnu au point de vue financier. Si nous nous rappelons que notre grande entreprise des chemins de fer fédéraux ne paraît pas réaliser financièrement les espérances qui avaient été conçues, il y a lieu de procéder avec prudence dans cette nouvelle entreprise de l'assurance, et M. Fazy conclut en demandant au Conseil fédéral de soumettre de nouveau à un examen approfondi la question des charges qui résulteraient pour la Confédération de la loi d'assurance.

M. Henri Scherrer estime que l'établissement officiel ne pourrait pas lutter contre les compagnies privées qui disposent d'un personnel d'agents recruteurs auxquels nul assurable n'échappe.

M. Hirter, président de la commission, réfute les arguments de M. Sulzer, dont la volte-face l'a beaucoup surpris. Tout est bizarre, d'ailleurs, dans l'attitude de la Chambre du commerce de Zurich, que préside M. Wunderly de Muralt, qui fut un des plus fervents partisans du feu projet Forrer. « *Quantum mutatus ab illo* ! »

Pour M. Kuntschen, la proposition Sulzer n'est pas autre chose qu'un ajournement indéfini du projet. L'article constitutionnel qui prévoit que l'assurance sera instituée restera lettre morte. L'organisation de l'établissement offre toutes les garanties voulues. Exclure les accidents non-professionnels, c'est maintenir le régime actuel que le législateur constitutionnel a entendu modifier du tout au tout.

A l'appel nominal, la proposition Sulzer est rejetée par 120 voix contre 14 : MM. Bonnet, Georg, Rutty, Turrettini ont voté avec la minorité. La qualité, à défaut de la quantité.

L'article 21 crée « l'établissement suisse d'assurance contre les accidents ». M. Sulzer propose de prévoir la libre concurrence des compagnies privées. Rejeté par 84 voix contre 18.

L'établissement sera géré par une direction, nommée par le Conseil fédéral, sur le préavis du conseil d'administration ainsi composé : 16 représentants des employeurs, 12 des employés, 8 de la Confédération. Le Conseil fédéral nomme les membres du conseil d'administration pour six ans.

—

Le Génevois, **3 octobre 1908.**

Séance du 1er octobre.

Assurances. — MM. Hirter et Kuntschen rapporteurs. Les catégories de personnes tenues à l'assurance seront celles qui sont soumises actuellement à la responsabilité civile (chemins de fer, bateaux, postes, fabricants, industrie du bâtiment, voiturage par terre et par eau, etc.). Un amendement de M. Zurbougre demandant qu'on ajoute les bûcherons est renvoyé à la commission, après que MM. Hirter, Deucher, conseiller fédéral, ont signalé le danger qu'il y a à trop étendre l'obligation à l'assurance. Il faut abandonner quelque chose à l'assurance volontaire qui est, selon le projet, ouverte aux employés et ouvriers de l'agriculture, des arts et métiers, aux personnes qui travaillent dans l'industrie à domicile, aux domestiques et journaliers.

L'art. 39 du Conseil fédéral donnait à l'Assemblée fédérale le droit de statuer sur l'obligation pour d'autres catégories par voie de règlement. La commission n'entend pas que, sur un point aussi important, une loi puisse être modifiée par une décision soustraite au referendum et le Conseil lui donne raison par 68 voix contre 6.

Le chapitre concernant la constatation des accidents ne soulève aucun débat.

Prestations de l'établissement. — Elles consistent en soins médicaux, rente d'invalidité, indemnité funéraire et rentes de survivants. L'indemnité de chômage, s'élevant jusqu'au 80 % du gain journalier, sera payée à partir du troisième jour pour toute maladie durant moins de trois semaines ; si l'incapacité de travail dure plus de trois semaines, l'indemnité de chômage est fournie dès le début. Il importe de prévenir la simulation, fréquente en cas d'accidents de peu de gravité. M. Sulzer propose de ne payer les trois premiers jours en aucun cas ; rejeté par 52 voix contre 46.

—

Le Génevois, **3 octobre 1908.**

Séance du 2 octobre.

Présidence de M. Speiser, président.

Assurances maladie et accidents. — MM. Hirter et Kuntschen, rapporteurs.

Rente d'invalidité. — Le maximum d'indemnité que touche un ouvrier sous le régime actuel ne dépasse pas, toutes déductions faites, 5.500 francs ; désormais, avec un salaire annuel de 1000 fr., il recevra selon le projet une rente d'invalidité de 700 francs. On a reconnu que le paiement d'un capital avait pour l'ouvrier plus d'inconvénients que d'avantages. Si l'incapacité de travail vient à subir une modification de travail au cours des trois ans qui suivent l'accident, la rente peut être augmentée, réduite ou supprimée ; après ces trois ans, elle devient définitive.

M. Sulzer voudrait que tous les deux ans au plus un nouvel examen du malade pût avor lieu, afin, le cas échéant, de modifier la rente. M. Henri Scherrer répond qu'en cas d'accident, il est essentiel pour le blessé, que guette la névrose traumatique, d'avoir une certitude.

Les rentes accordées aux survivants, veuves, enfants, ascendants, ne pourront pas excéder 60 % du gain annuel de l'assuré. La veuve qui se remarie reçoit, en liquidation de la rente, le triple du montant annuel de celle-ci. C'est la prime au « remariage ».

Le gain annuel s'entend du salaire que l'assuré a gagné, dans l'entreprise, durant l'année qui a précédé l'accident.

Pour prévenir la fraude, il est prévu que l'établissement ne paie aucune prestation, au cas où l'assuré s'est attiré un accident intentionnellement. Si l'accident est dû à une faute grave de l'assuré, l'indemnité de chômage et les rentes d'invalidité sont réduites de moitié.

Une proposition est présentée par M. Wyss, de faire abstraction de la faute grave ; mais toute la question de la déchéance des prestations est renvoyée, pour être discutée, avec celle du risque non professionnel, sur des chapitres principaux du projet.

Toute rente d'invalidité sera rachetable d'accord avec le titulaire, à part les rentes inférieures à cent francs que l'établissement peut racheter si cela lui convient.

En cas de nouvel accident, une nouvelle indemnité de chômage est payée.

Les primes sont fixées d'après les risques d'accidents et le salaire des assurés ; le tarif des primes est arrêté par le conseil d'administration selon les risques d'accidents des divers genres d'entreprises.

—

Le Génevois, **6 octobre 1908.**

LETTRE PARLEMENTAIRE.

De notre correspondant de Berne :

B. — En général, on avait accueilli avec quelque défiance la session extraordinaire des Cham-

bres fédérales qui a été ouverte au commencement de la semaine dernière ; on se disait : « Il n'y aura que des discours électoraux ». Eh bien! non, on a eu, au contraire, une semaine féconde en besogne faite avec calme, réflexion et bonne volonté.

Le Conseil national s'est occupé presque exclusivement de l'assurance accidents. Dès la première séance, M. Sulzer synthétisait dans sa proposition de renvoi au Conseil fédéral les griefs de l'opposition composée de députés hostiles par principe aux monopoles et à toute extension de l'intervention de l'Etat et dont quelques-uns représentaient, en outre, des intérêts privés menacés par quelques dispositions de la loi.

L'opposition portait sur deux points, comme vous l'ont appris les comptes rendus des séances : le monopole à accorder à la future caisse nationale et l'assurance des risques non professionnels. Les orateurs de l'opposition, afin de combattre le monopole, ont cité les fâcheuses expériences faites par la Caisse nationale hollandaise qui, précisément..., n'a pas de monopole ; ils ont cité aussi l'exemple de la Caisse nationale italienne qui a pu se développer de façon très satisfaisante, malgré la concurrence des sociétés particulières ; mais ils ont oublié qu'en Italie il y a de 8 à 10 millions d'assurés et nous n'en aurons en Suisse que 700.000 environ ; il pouvait donc y avoir chez nos voisins place, à côté de l'Etat, pour les sociétés particulières. Si nous admettions la coexistence des sociétés particulières en Suisse, elles s'arrangeraient de façon à assurer les risques les moins mauvais et ne laisseraient à la Caisse nationale que les pires.

La discussion par articles n'a plus offert aucun intérêt spécial ; tout s'est passé assez rapidement, quelques articles ont été renvoyés à la commission ; l'article instituant le monopole a été voté sans débat prolongé ; par contre, l'article sur les risques non professionnels a été réservé pour une des dernières séances de la session.

***

Le *Bulletin* du comité permanent des congrès internationaux des assurances sociales (55, rue de Châteaudun, Paris), publie à la page 307 de son numéro 2 de 1908, le texte de la loi-accident applicable en Hongrie. Nous extrayons de cette loi les quelques articles qui expliquent comment elle fonctionne *sans les assureurs professionnels* et *sans le monopole de l'Etat*, mais seulement sous son contrôle *et avec le libre choix du médecin*. Voici ces articles :

§ 118. — Les caisses d'assurance ouvrière de district ont pour objet, conformément aux dispositions de la présente loi, des statuts de la Caisse nationale d'assurance des ouvriers contre les maladies et *les accidents* et de leurs propres statuts :

1. D'effectuer l'assurance contre la maladie et d'en gérer les affaires locales ; à cet effet, elles :

a) . . . . . .

b) . . . . . .

c) répartissent et reçoivent les cotisations, tiennent note des cotisations en retard et veillent à leur paiement ;

d) fournissent les secours, veillent au traitement médical et à la remise des moyens thérapeutiques, et décident au sujet du traitement des malades à l'hôpital ;

§ 127. — Les membres de la direction et du conseil de surveillance sont élus, séparément et dans leurs groupes respectifs, pour la moitié par les délégués à l'assemblée générale des employeurs et pour l'autre moitié par ceux des employés assurés.

La compétence de la direction s'étend à toutes les affaires qui ne sont pas réservées à l'assemblée générale par les statuts.

Les médecins désignés par la caisse d'assurance ouvrière de district pour fournir l'assistance médicale choisissent parmi eux un comité médical permanent, dont la compétence et l'action sont régies par les dispositions énoncées au § 106.

Les statuts détermineront d'une manière plus précise la constitution, la compétence et l'activité de la direction, du *comité médical permanent* et du conseil de surveillance (§ 106, al. 5).

§ 106, al. 4. — Les médecins des caisses de district et de fabriques fixés au siège de la Caisse nationale d'assurances des ouvriers contre les maladies et les accidents constitueront parmi eux un comité médical permanent, qui servira d'organe consultatif dans les *questions intéressant le traitement sanitaire* des membres de la Caisse nationale, et *qui devra être entendu dans les questions sanitaires. Ce comité permanent pourra déléguer trois de ses membres à la direction de la Caisse nationale, où ils auront voix consultative* dans les questions concernant les soins à donner aux ouvriers assurés, mais non droit de vote.

§ 133. — Les rapports entre les caisses d'assurance ouvrière de district et les médecins font l'objet de la libre convention des parties.

La question de savoir si la caisse fournira l'assistance médicale aux membres assurés, en nommant ou *en désignant des médecins ou en autorisant de choisir librement un médecin*, sera décidée par l'assemblée générale de la caisse, sous réserve de l'assentiment de la direction de la Caisse nationale d'assurance des ouvriers contre les maladies et les accidents et de l'approbation de l'Office d'assurance ouvrière de l'Etat.

Les différends qui s'élèvent entre les caisses et les médecins au sujet des obligations incombant à ceux-ci ou *des honoraires* qui leur reviennent, sont tranchés, sous réserve de la compétence en cette matière de la Caisse nationale, par l'Office d'assurance ouvrière de l'Etat.

Est-ce que le fonctionnement d'une pareille caisse qui permettrait en France, comme en Hongrie et en Suisse, la suppression des assureurs, ne pourrait pas être rêvé pour notre pays. Espérons que ce ne sera bientôt plus un rêve. DIVERNERESSE.

CHRONIQUE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

La présence du médecin traitant à l'expertise.

Monsieur le rédacteur en chef,

Je vous soumets une circulaire que j'ai dû faire imprimer et que j'envoie à tous les experts nommés qui doivent examiner les blessés que j'ai en traitement.

Il s'était trouvé à Calais des médecins assez peu intelligents pour décider le contraire.

Je vous demande de vouloir bien insérer la circulaire dans le *Concours* ; elle intéressera peut-être quelques médecins.

Inutile de vous dire que M. le Juge de Paix de Calais-Nord m'a donné raison et m'a autorisé à soumettre préalablement aux experts cette lettre, avant l'expertise.

Remerciements.

Dr PERRIN.

Monsieur le Juge de Paix,

J'ai l'honneur de soumettre à votre appréciation le règlement d'une question relative aux expertises pour accidents du travail, et au sujet

de laquelle diverses opinions ont été soutenues.

Il arrive tous les jours que vous nommez des médecins-experts dont le rôle est de vous renseigner sur les points techniques soumis à leur compétence spéciale.

Le sens commun permet de penser que leur mission doit les engager à s'appuyer sur tous les renseignements possibles pour s'éclairer ; d'autre part, que le blessé, parce qu'il n'a aucune connaissance du droit, ni de la médecine, doit pouvoir, s'il le désire, se faire assister à l'expertise par un avocat-conseil, et mieux encore par un médecin-conseil, puisque les points en litige touchent presque en entier à la compétence médicale.

D'autres arguments d'ordre médical viennent plaider pour cette compréhension de la forme de l'expertise indiquée par le sens commun.

La maladie, en effet, variable d'un jour à l'autre en ses aspects, exige souvent, pour se présenter avec la physionomie exacte de son évolution totale, les explications de l'homme de l'art qui en a suivi les moindres péripéties. L'expert, en effet, sans les renseignements du médecin traitant, est exposé à commettre des erreurs graves dans ses appréciations — et cela de la meilleure foi du monde, et du haut de l'autorité médicale la moins contestée.

De plus, le médecin, par certains endroits de sa carrière qui touchent à ses intérêts personnels, peut n'être pas toujours l'homme impartial à qui le pouvoir judiciaire confie la charge d'apprécier ce qui échappe à son domaine.

Les suggestions de la riche clientèle des patrons et les relations confraternelles d'une part, les ambitions politiques ou les rivalités professionnelles, d'autre part, —peuvent jouer un rôle néfaste dans l'appréciation qu'on attendait équitable et qui n'en offre que l'apparence.

Pour ces raisons fondamentales, il apparaît comme étant le droit du blessé qu'à l'expertise il puisse, s'il le désire expressément, se faire assister de son médecin traitant.

Ce droit est, en réalité, à peine contesté.

Mais les experts, ici, prétendent *savoir, dans certains cas, se passer du médecin traitant et de ses renseignements,* — dans d'autres cas, pouvoir *les solliciter à leur gré,* — en tout cas, le médecin traitant n'aurait, d'après cette interprétation, droit d'être le conseil de son malade *qu'avec l'autorisation des médecins experts qui lui permettraient d'assister à l'expertise et lui donneraient ou lui refuseraient, à leur gré, la facilité de présenter des observations.*

Je ne saurais, pour ma part, Monsieur le Juge de paix, accepter cette interprétation.

Que les experts possèdent la règlementation de la forme de l'expertise, en ce sens qu'il leur appartienne de décider du moment et de l'heure où ils permettront au médecin traitant de présenter des observations, rien de plus naturel, — et encore, pour sauvegarder les droits du malade, à condition qu'il soit bien entendu qu'à la fin de l'expertise, une dernière question sera posée au malade et au médecin traitant pour savoir s'ils n'ont plus rien à présenter à l'appréciation des experts, — mais je n'admets pas que la présence du médecin traitant-conseil soit à la discrétion d'une autre autorité que celle du malade.

Convoqué à l'expertise par mon malade, je suis dans mon rôle de le défendre, de mettre en valeur ce qui l'intéresse ; cela fait partie de ma profession, de mon secret professionnel, dont mon malade me relève en me présentant avec lui.

Convoqué par les médecins experts, comment me forceraient-ils à m'y rendre si le malade prétendait ne pas y accéder ? Et comment me feraient-ils parler si le malade ne me relevait pas de la confidence médicale ?

Et convoqué par le blessé, sur la prière des experts, je serais alors exposé à me voir convoquer à des expertises où je n'ai rien à dire, tandis qu'à d'autres bien plus importantes et où je pourrais communiquer aux experts des choses de nature à changer leurs décisions, on jugerait, sans plus ample informé, superflu de s'éclairer davantage et de me convoquer !

Je considère comme surabondamment démontré ce que je viens d'exposer et je vous propose, Monsieur le Juge de paix, d'adopter pour les cas à venir les conventions suivantes :

1° La direction de l'expertise appartient aux Experts. Le malade ni ses conseils n'ont pas à s'y immiscer.

2° Le malade a le droit de se faire accompagner par un conseil, avocat ou médecin.

3° Les avocats ou médecins ont le droit de demander, à l'expertise, la parole pour fournir aux experts les observations qu'ils jugent convenables dans l'intérêt du malade.

....

Je n'hésite pas à admettre, Monsieur le Juge de Paix, qu'avec l'impartialité bien connue qui préside à vos décisions, vous me permettrez de prier, à l'avenir, Messieurs les Experts de vouloir bien, après lecture de cette lettre, se conformer à l'esprit de justice qui en a inspiré les conclusions.

Veuillez agréer, Monsieur le Juge de Paix, mes respectueuses salutations.

Docteur PERRIN.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

LE SOU MÉDICAL

Séance du 29 octobre 1908

Présents : MM. MAURAT, DIVERNERESSE, VIMONT, JEANNE, DE GRISSAC, DUMESNY.

La correspondance comprend :

Lettre du Dr W... de C.. qui expose l'état de son procès (contestation d'honoraires avec un industriel pour soins médicaux donnés à son personnel), et demande l'avis de notre avocat conseil.

Lettre de Me B....., avoué à N..., nous avertissant que le procès du Dr V... contre le Dr C.., va venir prochainement devant le tribunal et demande à s'entendre avec Me Gatineau pour fixer la date de l'audience.

Il s'agit d'une instance qui, après avoir épuisé toutes les juridictions, le Tribunal, la Cour d'appel, la Cour de Cassation, le Conseil d'Etat, le Tribunal des conflits, revient enfin devant le Tribunal : un maire interdisant aux agents de police de requérir pour le service de nuit un médecin régulièrement inscrit.

Le Dr S. à P. S. L... demande les conseils du « Sou Médical », sur la conduite qu'il doit tenir dans les circonstances suivantes : Les parents d'une jeune fille viennent lui demander d'établir dans un certificat que des violences ont été exercées sur leur enfant.

Rép. — Votre rôle doit se borner à dire ce que vous avez pu constater vous-même. En pareille matière, il faut être très circonspect et bien se garder de faire siennes les impressions de l'entourage.

Le Dr C..., de B..., écrit que très prochainement son affaire en responsabilité médicale pour délivrance d'un certificat viendra devant le tribunal, il espère obtenir un jugement favorable.

Lettre du Dr M.., de B..., disant qu'il va se conformer à l'avis que lui a donné Me Gatineau, qu'il va constituer un dossier, rechercher des documents et qu'il n'ira de l'avant qu'après avis de notre avocat-conseil. Il s'agit d'un débiteur qui dénie un engagement pris par écrit.

Lettre de Me Gatineau au sujet de l'affaire du Dr D.. de N... Notre confrère demandait l'appui du « Sou Médical » pour aller devant la Cour de Cassation.

Il ne peut être exercé de recours en Cassation contre un jugement qui, en présence d'une prescription invoquée par un débiteur, avant la délation du serment à celui-ci, et une fois le serment prêté, en tire la conséquence nécessaire, à savoir : le débouté de la demande.

Cependant, la partie à laquelle la prescription est opposée peut seule déférer le serment décisoire et l'initiative de la délation du serment ne peut venir du juge.

Il faudrait connaître le résumé de la procédure et les moyens proposés par les parties, c'est-à-dire «les qualités » du jugement et le texte du jugement lui-même pour savoir s' il y a un moyen de Cassation.

S'il résultait en outre de ces « qualités » que la délation de serment a eu lieu malgré une reconnaissance tout au moins explicite par les débiteurs du fait de non-paiement de la dette, il y aurait encore matière à cassation.

La lettre du Dr D.. fait allusion aussi à ses livres, à des reçus présentés et refusés, aux lettres de l'huissier restées sans réponse.

Ces divers éléments ne pouvaient pas faire obstacle à ce que la prescription fût invoquée. Ils ne pouvaient pas non plus constituer des actes interruptifs de la prescription et c'est à bon droit que le juge de paix n'en a pas fait état pour appliquer l'art. 2248 du C.C. etc.

Le conseil, avant de prendre une décision, est d'avis d'engager le confrère D.., à aller lire le jugement au greffe et vérifier si ce document présente les points faibles signalés plus haut, avant de faire les frais de la grosse du jugement.

Le Dr H. à P., demande des conseils. Il a donné pendant de nombreuses années des soins aux domestiques d'un châtelain de sa région. Il présente sa note et, devant le silence de son débiteur, se décide à le faire citer devant le juge de paix. Le client veut bien payer ce qu'il doit personnellement, mais ne veut pas payer les soins donnés à ses serviteurs.

Réponse. — Le secrétaire général a fait parvenir les documents de jurisprudence sur la question tels qu'ils résultent de plusieurs consultations données sur ce sujet par Me Gatineau.

Nouvelle lettre du Dr H., à P.., qui annonce que le juge de paix a désigné un expert pour vérifier les notes d'honoraires, et demande dans quelles conditions il doit communiquer ses carnets journaliers de visite et ses livres de comptes.

Réponse. — Faites en sorte que nul autre que l'expert ne puisse surprendre les secrets que la vue de vos livres pourraient trahir. L'expert, du reste, est tenu au secret.

Le Dr L. de N. a reçu de la Cie d'assurances, le P., la lettre suivante :

Paris, le 24 octobre 1908,

Monsieur le Dr L...
à N...

Nous sommes en possession des différentes notes concernant les soins donnés à M. C..., garde-chasse de M. M... notre assuré.

Nous vous informons qu'actuellement il existe une jurisprudence constante accordant une visite ou consultation tous les cinq jours lorsqu'il y a un traitement suivi de pansements ou massages. Cette même jurisprudence n'admet pas également le cumul et les *pansements antiseptiques complets* pendant la période qui précède la consolidation et la guérison, laquelle peut être fixée à partir du jour où le sieur C... a pu se rendre à votre consultation.

Quant à la note des fournitures pharmaceutiques, celles-ci se trouvant déjà comprises dans le prix du pansement antiseptique complet, nous ne pouvons vous les régler d'autre part.

En conséquence, nous tenons à votre disposition la somme de 238 fr. 50 pour le règlement de vos honoraires et fournitures faites concernant cet accident.

Nous vous prions de bien vouloir nous faire savoir si nous pouvons vous adresser une quittance de cette somme, faute de quoi nous vous laisserions votre entière liberté d'action pour ce que vous croiriez devoir faire.

Veuillez agréer, Monsieur, l'assurance de notre considération distinguée.

Le Directeur général.
(*Signature illisible*).

A ce bluff éhonté, il a répondu dans les termes ci-après :

Monsieur,

Vous me dites qu'il existe une jurisprudence accordant une visite ou consultation tous les 5 jours lorsqu'il y a traitement suivi.

Il n'est pas possible qu'il y ait une jurisprudence semblable ou alors elle ne s'applique qu'à certains cas chroniques ne menaçant pas la vie. Sinon elle est parfaitement dénuée de bon sens.

Supposez que je n'aie vu mon blessé que tous les cinq jours, il aurait fallu, le 5e jour, lui couper le bras, et la mort s'en serait probablement suivie par infection septique.

Il faut vraiment que chacun soit renvoyé à ses moutons: « Chacun selon son métier, a dit La Fontaine, et les vaches seront bien gardées ».

C'est M. M... qui m'a envoyé chercher en automobile et m'a prié de donner les soins nécessaires à son blessé. Je l'ai mis au courant, chaque fois que je l'ai vu, de l'état de M. C... qui n'avait rien de rassurant le premier mois. C'est grâce à mes soins qu'il a pu recouvrer la santé avec le minimum d'incapacité compatible avec son accident.

M. M... l'a reconnu et du reste j'avais ma conscience pour moi me forçant à des soins assidus.

J'ai rempli la mission qui m'avait été confiée. Il est de toute justice que je touche INTÉGRALEMENT les honoraires qui me sont dus.

Je mets au courant le « *Sou Médical* » de cette question de principe absurde que vous invoquez et vous prie de me régler dans les huit jours sinon je réclamerai comme cela doit être mes honoraires à celui qui m'a fait appeler (Monsieur M...)

Agréez, Monsieur etc.

Nous attendons le résultat.

Syndicat médical de la Dordogne

Extrait du compte rendu de la réunion du 26 mai 1908.

Conflit du Syndicat mussidanais avec la Société de Secours mutuels. — Mutualistes et médecins vivaient en paix à Mussidan. Les honoraires étaient payés d'après un ancien tarif (consultation et visite : 1 franc, avec tarif chirurgical) dont s'étaient toujours contentés les médecins actuels, désireux, comme leurs aînés, d'encourager le développement des idées mutalistes.

Ces bons rapports ont cessé. Le Président actuel de la Société ayant la conviction que si la Société était en « déchéance » il fallait en rendre responsable en grande partie le corps médical, il prit la présidence de la Société en disant « qu'il serait un chirurgien inflexible, que ni les cris, ni les protestations ne l'arrêteraient et qu'il porterait le bistouri dans les chairs pour en arracher, jusqu'à ses racines les plus profondes, le mal qui dévorait la Société ».

D'un autre côté, le Président actuel était persuadé que « jusqu'à ce jour les présidents qui se sont succédé ont bien senti que le corps médical était pour beaucoup dans la déchéance de la Société, mais, soit par faiblesse, soit par crainte de se créer des difficultés ou de l'impopularité, ils n'ont pas cherché à approfondir cette question. Il en est même qui ont subi sans protester la morgue du corps médical. »

Dans ces conditions, et avec un état d'esprit tel de la part du Président de la Société, un conflit était inévitable. Le Président de la Société de Secours mutuels l'a fait naître en voulant imposer un nouveau contrôle des visites jugé offensant pour la dignité professionnelle. Les choses auraient encore pu s'arranger, les médecins s'étant contentés, dans cette première phase du conflit, d'informer le Président de la Société que dans les conditions de contrôle exigé par lui ils ne signeraient plus les feuilles de visite. Mais le Président de la Société a singulièrement aggravé la situation en donnant les instructions suivantes :

« MM. les médecins refusant de signer les feuilles de visite, et *parfois même les détruisant*, afin de supprimer tout contrôle, ces feuilles ne leur seront ni livrées ni communiquées. Tout sociétaire qui s'en laissera déposséder ou la *laissera dénaturer par le médecin* perdra ses droits aux secours médicaux et aux indemnités journalières ».

Le Président de la Société de Secours mutuels de Mussidan ne s'est pas contenté de jeter la suspicion sur le corps médical : dans un discours écrit, lors d'une assemblée générale réunie à la demande des médecins, il leur a, nous ont affirmé les délégués du Syndicat de Mussidan, adressé de véritables injures. Le Secrétaire du Syndicat nous confirme, en effet, que « le Président accuse les médecins de vouloir empêcher tout contrôle, que cette résistance devient suspecte et que le contrôle en paraît d'autant plus justifié. Il ajoute qu'autrefois les médecins de Mussidan étaient riches et menaient la vie large ; qu'aujourd'hui ils sont pauvres, et que s'ils veulent paraître ce n'est pas à la Société de Secours mutuels à leur en fournir les moyens ; que trop de bruit est fait autour de la dignité professionnelle du médecin ; que celle de l'ouvrier lui paraît devoir être prise en plus de considération, l'ouvrier restant pauvre et ne devenant pas riche en volant. »

Les médecins n'ont pas troublé la lecture de ce réquisitoire. Quand le Président eut terminé, le doyen des médecins de Mussidan, le Dr Vidal, dont la vie professionnelle, toute de dignité, peut servir d'exemple, s'est levé et, simplement, a demandé à l'Assemblée si elle approuvait l'attitude et les paroles du Président. Sur 142 votants au bulletin secret, il y a eu 120 *oui* favorables au Président, 14 *non* condamnant les paroles du Président et 8 abstentions ou bulletins blancs.

Les médecins de Mussidan ont fait appel de ce jugement à leurs confrères de la Dordogne, et voici l'ordre du jour qui a été voté :

« Le conseil d'administration du Syndicat médical de la Dordogne et le bureau de l'Association des Médecins de la Dordogne, après avoir pris connaissance du conflit survenu entre les médecins de Mussidan et le bureau de la Société de Secours mutuels, approuvent entièrement la conduite de leurs confrères et se solidarisent avec eux.

«Ils déclarent que si un médecin pouvait accepter, dans les conditions actuelles, sur les menaces du Bureau de la Société de Secours mutuels, le monopole d'un service médical quelconque à Mussidan, aucun médecin de la Dordogne ne consentirait à avoir quelque rapport que ce soit avec lui. »

Le corps médical tout entier approuvera cet ordre du jour.

Dernière heure. — La situation reste toujours très tendue à Mussidan. Le Président est à la recherche d'un médecin ; mais, malgré démarches et sollicitations, aucun médecin n'a accepté les offres de la Société — et, que le Président le sache bien, aucun médecin ne les acceptera. C'est faire fausse route que chercher de ce côté la solution du conflit.

Cependant, dans l'intérêt général de la cause mutualiste, toujours si généreusement soutenue par le corps médical, il faut que le conflit s'apaise.

Le premier pas vers la solution serait, conformément au vœu que la commission qui, sous la présidence de M. Loubet, a posé les bases de l'accord médico-mutualiste, la nomination d'une commission d'arbitrage départementale, composée mi-partie de médecins, mi-partie de mutualistes. Cette commission aurait pour mission première de résoudre le conflit mussidanais. Nous sommes convaincus, quelle que soit la gravité de la situation, qu'il n'est pas impossible de trouver un terrain d'entente et de réaliser un loyal accord.

Espérons que ce conflit, après bien d'autres, fera réfléchir les quelques confrères réfractaires qui ne sont pas encore persuadés de l'utilité des syndicats médicaux.

Syndicat général des oculistes français.

Assemblée générale de 1908, 4 et 5 *mai.*

Les séances d'Assemblée générale de 1908, ont eu lieu les 4 et 5 mai à l'Hôtel des Sociétés savantes, à Paris, sous la présidence de M. Motais président, assisté, de MM. Bourgeois, Lagrange et Sauvineau, vice-présidents, de M. Cosse, secrétaire général, de M. Daulnoy, secrétaire-adjoint, de M. Gendron, trésorier et de M. Rocher, avocat-conseil.

Après lecture du rapport annuel du secrétaire général les actes du Bureau sont approuvés à l'unanimité. Il en est de même du rapport de gestion du trésorier. La cotisation est fixée à 10 francs pour l'année 1908.

Après discussion, l'Assemblée générale prend les décisions suivantes :

Modifications aux statuts :

Tout médecin muni d'un diplôme donnant le

droit d'exercer la profession médicale en France et s'étant spécialisé dans l'exercice ophtalmologique peut être admis dans le syndicat, à condition :

D'avoir accompli un stage minimum de deux années dans les cliniques d'ophtalmologie officielles ou privées, *françaises ou étrangères* ;

Sur la proposition de MM. Lagrange et Sauvineau, il est décidé qu'un délai d'un an sera à nouveau accordé, sans qu'ils soient astreints à la justification du stage de deux ans dans les services spécialisés, aux confrères exerçant l'oculistique avant la date de la fondation du syndicat.

Accidents du travail. — Revendications présentées à la commission de révision du tarif officiel.

L'Assemblée générale approuve le mémoire présenté à la commission de revision du tarif officiel par le conseil d'administration, et décide que les additions suivantes seront présentées à ce mémoire auprès de la commission.

L'autoplastie cutanée sera transportée de l'énumération des opérations dites « moyennes » à l'énumération des opérations dites « sérieuses ».

La tarsorraphie et l'extirpation du sac lacrymal seront ajoutées à l'énumération des opérations dites : « sérieuses ».

Rapport des oculistes syndiqués entre eux et vis-à-vis des oculistes non syndiqués.

Les régles de déontologie admises par le corps médical en général doivent être respectées par les médecins oculistes, et il n'y a pas lieu d'établir à leur intention un code spécial de déontologie.

Lorsque une sanction aura été prononcée contre un de ses membres par le Syndicat général des oculistes, indépendamment de la communication confidentielle qui, selon ses statuts, sera faite au bureau du syndicat local de la région habitée par ce confrère, les membres du syndicat habitant la même région seront priés de demander à leur syndicat local l'application des mêmes sanctions.

Les oculistes et les sociétés de secours mutuels.

Le Syndicat général des oculistes français, se ralliant entièrement aux décisions prises par le Congrès des Praticiens, l'Union des Syndicats médicaux et des nombreux groupements médicaux, approuve complètement le principe du « libre choix du médecin » par le mutualiste et sa conséquence obligatoire, le paiement des honoraires à la visite.

Les médecins oculistes accordent aux mutualistes le bénéfice du tarif minimum d'honoraires adopté par le Syndicat pour les accidents du travail, lequel sera complété à cet effet. (D'après ce tarif, le prix de la consultation est fixée à 3 francs). Toutefois ce tarif exceptionnel de consultation ne sera accordé qu'au cas où la Société de Secours mutuels consentira au tarif opératoire.

Ce tarif ne pourra être accordé qu'aux membres ouvriers des Sociétés de secours mutuels. Les membres patrons, rentiers ou propriétaires n'y auront aucun droit.

Les honoraires seront réglés à chaque consultation, soit directement par le mutualiste, auquel le médecin oculiste délivrera un reçu lui permettant de se faire rembourser en totalité ou en partie, par sa société, soit au moyen d'un ticket spécial, d'une valeur déterminée, remboursable par la Société, le mutualiste devant , s'il y a lieu, compléter la différence existant entre les honoraires dus et la valeur du ticket.

Les membres du Syndicat général des Oculistes français protestent énergiquement contre l'admission des mutualistes dans les hôpitaux où les chefs de service ne peuvent actuellement réclamer les honoraires qui leur sont légitimement dus par ceux-ci. Ils estiment que cette manière d'agir est contraire à la dignité du mutualiste, qui ne saurait être considéré comme un indigent, et contraire au droit des pauvres dont ils prennent ainsi la place.

Il est donné mission au Syndicat de porter cette protestation aux pouvoirs compétents et de leur signaler les hôpitaux dans lesquels les mutualistes sont hospitalisés dans les services ophtalmologiques au compte de leur société.

L'inspection oculistique des écoles, son organisation au point de vue déontologique.

Le Syndicat général des Oculistes français fera auprès des pouvoirs publics les démarches nécessaires pour que les élèves des écoles primaires, des Etablissements d'enseignement secondaire et des écoles professionnelles existant sur le territoire français, soient examinés au point de vue oculaire par des médecins oculistes.

Cette inspection devra être faite par tous les oculistes membres du Syndicat qui voudront s'en charger. Le nombre des élèves sera divisé en autant de parties égales qu'il y aura d'oculistes désireux de participer à cette inspection.

Pour respecter le droit des familles « au libre choix du médecin », l'oculiste inspecteur devra s'abstenir de tout acte thérapeutique dans l'exercice de ses fonctions et se borner à signaler aux parents, par l'intermédiaire des maîtres, les enfants qui ont besoin d'un oculiste. A cet effet, l'inspection doit avoir lieu à l'école même et les avis adressés aux familles doivent être anonymes et ne porter aucune indication de nature à influer sur le choix d'un oculiste traitant.

Dans les villes où il paraîtrait impossible d'organiser l'inspection sur ces bases, le titre et les fonctions d'inspecteur oculiste doivent être purement et simplement supprimés. Il suffira à l'autorité compétente de rappeler aux médecins chargés de l'inspection générale ou, à leur défaut, aux instituteurs, qu'ils doivent signaler aux parents les élèves dont la vision paraît défectueuse en leur conseillant de consulter un oculiste.

Règlementation de la vente des lunettes.

L'Assemblée décide de demander les modifications suivantes à la loi sur l'exercice de la médecine.

Dans l'intérêt de la santé publique, il semble nécessaire de comprendre dans les réformes de la loi de 1892 un projet de règlementation des produits touchant à l'optique médicale, branche importante de la thérapeutique.

« Toute personne qui, non munie du diplôme de docteur en médecine fera le choix de verres convexes, concaves, cylindriques ou sphérocylindriques par l'une quelconque des méthodes employées pour l'examen de la réfraction, sera considérée comme exerçant illégalement la médecine.

« Il est interdit aux opticiens, sous peine de commettre le délit d'exercice illégal de la médecine, de vendre, sans une ordonnance médicale, des verres simples ou composés ».

A titre subsidiaire, il est décidé que le projet de décret suivant sera proposé à l'approbation des pouvoirs publics.

Art. 1er. — A partir du 1er janvier 1909, sur tout le territoire de la République française, nul ne pourra vendre des verres, montés en lunettes, en pince-nez ou en face-à-main, pour corriger la myopie, l'hypermétropie, l'aphakie,

l'astigmie et la presbytie, ou pour servir à leur traitement, sans une ordonnance signée par un docteur en médecine, et spécialement par un médecin oculiste.

Art. 2. — Toute personne ayant commis une infraction au présent décret pourra être poursuivie pour contravention, entraînant une contravention d'un à cinq francs inclusivement, sans préjudice des poursuites en dommages-intérêts que tout acheteur aura le droit d'exercer pour une fourniture de verres inexacts et par suite nuisibles.

Syndicat médical de la région Louhannaise

Varennes Saint-Sauveur, le 15 octobre 1908,

Monsieur et très honoré Confrère,

J'ai l'honneur de vous adresser le compte-rendu de notre réunion du 14 juin dernier.

Je vous serais reconnaissant de vouloir bien reproduire dans le *Concours Médical* les deux ordres du jour présentés par le Dr Jeannin et qui ont été votés à l'unanimité, l'un relatif à l'affaire Goyon, l'autre relatif à l'affaire dite de « l'Ogresse ».

Au sujet de l'affaire Goyon, je dois vous donner les renseignements suivants :

Ce confrère avait été poursuivi pour tentative de viol sur une jeune bonne qui était venue le consulter en son cabinet.

Au premier abord, cette accusation paraissait peu fondée, puisque la soi-disant victime avait regagné son domicile dans l'automobile du Docteur, appelé près d'un malade du voisinage, et qu'elle n'avait porté plainte que tardivement.

Cette affaire, appelée une première fois devant les assises de Saône-et-Loire, avait été renvoyée, par suite d'une indisposition de l'avocat du Dr Goyon, à une autre session.

A sa 2e comparution, notre confrère a été acquitté, selon toutes les prévisions.

Dans l'intervalle des 2 sessions, un supplément d'enquête avait établi les faits auxquels il est fait allusion dans notre compte rendu et, à ce sujet, je tiendrais à ce que, dans votre journal, il soit dit un mot du zèle et de la ténéacité avec lesquels notre ancien président, le Dr Lefebvre, a défendu la cause de notre malheureux confrère.

Vieux membre du Concours médical, je compte sur votre obligeance pour donner satisfaction à notre requête.

Comme vous le verrez d'ailleurs, c'est à l'unanimité que les membres de notre syndicat ont demandé la publication dans le *Concours Médical* des deux ordres du jour précités.

Veuillez agréer, Monsieur et très honoré confrère, l'assurance de mes meilleurs sentiments.

Dr GUIMET.

Président du Syndicat médical de la Région Louhannaise.

Compte-rendu de la Réunion du 14 juin 1908.

La séance est ouverte à 10 heures sous la présidence de M. le Docteur Lefebvre, dans une salle de la mairie de Louhans.

Sont présents :

Dr Bonnand, Bouchard, Busson, Duchesneau, Dupuis, Florange, Gelin, Genevrier, Goyon, Gillemaut, Guimet, Jeannin, Lamard, Lamy, Léculier, Lefebvre, Richard, Roy, Thibaudet.

Invité : Dr Pitre, de St-Julien-sur-Reyssouze, représentant le Syndicat de la région de Bourg.

Absent et excusé : Dr Prince.

Absents et non excusés : Dr d'Armand et Gibaud.

Présentation d'un nouveau membre : M. le Dr Busson, nouvellement installé à Sagy, est admis à l'unanimité.

Compte rendu financier.

Du 9 juin 1907 au 14 juin 1908, les dépenses ont été de 464 fr. 30, les recettes de 516 fr. 85.

Donc :

Recettes	516.85
Dépenses	464.30
Solde bénéficiaire...	52.55

Il reste en caisse 52 fr. 55.

A la réunion de 1907, nous avions 254 fr. 85, mais il faut tenir compte qu'il figure aux dépenses 150 fr. versés à la Caisse d'épargne, plus une note d'imprimerie pour les tarifs, note élevée qui est une dépense exceptionnelle.

Si l'on tient compte de ces dépenses, notre budget reste en situation prospère.

Notre avoir à la Caisse d'épargne est à ce jour de 400 fr.

Les comptes présentés par le trésorier sont approuvés.

Adhésion à l'Union des Syndicats Médicaux de France.

L'adhésion à l'Union pour une nouvelle année est votée.

Renouvellement du Bureau.

Dans la lettre de convocation, adressée à chacun des membres par le Président, il était dit au sujet du renouvellement du Bureau :

« Le Bureau actuel estimant que l'œuvre d'un « Syndicat doit être l'œuvre de tous, et ne voulant pas que les fonctions actives de notre association puissent être monopolisées, proposera « que la réélection pour deux périodes triennales « consécutives ne soit plus admise et déclinera « formellement une nouvelle candidature ».

Cette décision a surpris et peiné les membres du Syndicat qui ont insisté avec énergie auprès du Bureau pour qu'il revînt sur sa détermination. Et, malgré son refus formel, l'ancien Bureau a été réélu à l'unanimité.

Néanmoins, il a persisté dans sa détermination, et l'on a procédé à une nouvelle élection.

Ont été élus :

Président : Dr Guimet, de Varennes-St-Sauveur ;

Vice-Président : Dr Jeannin, de Saint-Germain-du Plain ;

Secrétaire-trésorier : Dr Lamy, de Louhans.

Le Dr Guimet, en prenant possession, avec le Bureau, de ses nouvelles fonctions, a prononcé quelques mots pour remercier ses confrères de leur marque de confiance, et pour témoigner à l'ancien Bureau la gratitude de tous les membres de l'association au sujet des services rendus, tant pour la fondation que pour la bonne organisation du Syndicat.

Sur la proposition du Dr Gelin, chaudement appuyée par le Dr Pitre, du Syndicat de Bourg, le Dr Lefebvre a été acclamé *Président honoraire* de l'Association.

Au sujet du renouvellement triennal du Bureau, il n'a été pris, malgré une discussion assez longue, aucune décision.

Puis on passe à la suite de l'ordre du jour :

Soins gratuits donnés à certains fonctionnaires.

A ce sujet, les deux questions suivantes ont été posées :

1° *Y a-t-il des fonctionnaires que nous devons soigner gratuitement ?*

Sans discussion, et à l'unanimité, la réponse a été : *Non.*

2° *Doit-on respecter les situations acquises ?* (1).

Sur cette question, les voix se sont absolument partagées : 9 oui et 7 non. Et, par conséquent, d'après les statuts, aucune décision n'a pu être prise.

Cependant le Syndicat, voulant montrer l'esprit dont il est animé relativement aux gratuités de toutes sortes, a chargé son Bureau et particulièrement son Président, de prévenir le Lieutenant de gendarmerie de l'arrondissement de Louhans, de la décision prise, avec prière d'en informer ses gendarmes.

On trouvera copie de la lettre envoyée, à la fin du présent compte rendu.

Relativement aux gardes forestiers, leur demande de tarif gratuit ou de tarif réduit a paru tellement extraordinaire que presque tous les membres, sollicités individuellement, ont répondu par la négative, ou ont prié le Garde général des Eaux et Forêts, de porter la question devant le Bureau du Syndicat.

Or, le Bureau, l'ancien comme le nouveau, n'a reçu aucune demande officielle de cette administration et n'a pas eu, par conséquent, à entrer en relations avec elle.

Plainte a été déposée par plusieurs confrères contre un pharmacien de la région, dont les agissements manqueraient de correction. Avant de donner à cette plainte la suite qu'elle comportait, le Bureau a demandé à faire auprès du pharmacien incriminé une démarche officieuse et toute à l'amiable.

Cette démarche a eu lieu au commencement d'août ; nous en attendrons les résultats.

Lecture est donnée d'une lettre du Dr Goyon, soulevant différentes questions déjà à l'ordre du jour du Syndicat, et dont la plupart ont été tranchées dans les réunions antérieures.

Le Dr Jeannin demande à ce que l'ordre du jour de notre réunion extraordinaire du 8 décembre 1907, relatif à l'affaire Goyon, soit publié *in extenso*, d'abord dans le présent compte rendu, puis dans l'*Union des Syndicats* et dans le *Concours Médical*.

Satisfaction est donnée au Dr Jeannin. Voici l'ordre du jour tel qu'il fut voté :

« Les membres du Syndicat médical de la Région Louhannaise, réunis à Louhans, le 8 décembre 1907, en vue d'examiner l'affaire du Dr Goyon ;

« Après examen approfondi de celle-ci :

« Considérant que les faits reprochés au Dr Goyon, tout incorrects qu'ils soient, ont été singulièrement exagérés et qu'ils ne portent aucune atteinte à son honorabilité ;

« Considérant que ces faits ont été exploités avec animosité dans un tout autre but que celui de venger la morale ;

« Conservent au Dr Goyon toute leur estime, et lui envoient l'assurance de leur sympathie confraternelle à l'occasion des tribulations nombreuses qu'il a eues et qu'il aura encore à subir ;

« Protestent avec énergie et indignation contre les agissements qui ont conduit le Dr Goyon sur les bancs de la Cour d'Assises ;

« Décident de communiquer le présent ordre du jour à leurs confrères. »

Nous devons ajouter, au sujet de cette affaire, que, depuis la réunion du 8 décembre, notre confrère a définitivement passé aux Assises et qu'il a été acquitté.

Fait à noter : le supplément d'enquête a apporté *la preuve formelle* que l'accusatrice était atteinte de *grande hystérie* avec *grandes* crises, ce qu'elle niait et ce qui avait été nié par l'enquête médicale officielle.

A propos de l'affaire dite de « l'Ogresse », qui a émotionné l'opinion publique, le Dr Jeannin présente l'ordre du jour suivant qui est adopté à l'unanimité :

« Le Syndicat des médecins du Louhannais, réunis le 14 juin 1908, pour leur séance annuelle ;

« Après examen de l'affaire dite de « l'Ogresse »,

« Après avoir discuté la conduite des médecins légistes et de leurs suppôts les grands pontifes, dans les expertises et contre-expertises de l'affaire de Châteauroux, où leur insuffisance a été manifeste ;

« Attire spécialement l'attention des syndicats médicaux sur l'attitude des médecins experts, vis-à-vis de leurs confrères non titrés ;

« Blâme énergiquement le rôle de ces experts qui par leurs manœuvres conscientes ou inconscientes, nous ont donné consécutivement l'histoire du malheureux Laporte, l'histoire de l'escharre de la jeune appendiculaire, les erreurs plus que regrettables de l'affaire dite de « l'Ogresse ? » ;

« Affirme que la science n'a point fait faillite et que seule entre en jeu l'*invidia medicorum pessima* ;

« Envoie son salut confraternel à ceux de Châteauroux, pour l'énergie et la clairvoyance avec lesquelles ils ont soutenu la vérité et mis l'erreur en évidence. »

Le présent ordre du jour a été envoyé aux médecins de Châteauroux.

Lettre adressée au Lieutenant, commandant la gendarmerie de l'arrondissement de Louhans.

Mon Lieutenant,

Dans sa réunion du 14 juin dernier, le Syndicat médical de la Région Louhannaise, qui représente, à deux unités près, la totalité des médecins de l'arrondissement, a eu à s'occuper de la gratuité des soins donnés généralement aux gendarmes et à leur famille.

Conformément à l'esprit qui anime nos diverses associations corporatives, et se solidarisant avec elles, notre Syndicat a jugé que, dorénavant, cette gratuité ne saurait être admise.

Et il a chargé son Bureau de vous prévenir de sa décision, en vous priant de la porter à la connaissance de vos chefs de brigades et de leurs hommes.

Veuillez agréer, etc., etc.

Le Bureau.

CORRESPONDANCE

Un médecin fonctionnaire.

Cherbourg, le 1er novembre 1908,

Mon cher confrère,

Nous vous souvenez sans doute des événements qui se sont passés à Cherbourg lors de la révocation des médecins du bureau de bienfaisance.

Nous avons succombé. Le ministre a objecté que les médecins n'étaient pas *révoqués*, mais *remerciés*, et qu'un Bureau de bienfaisance demeurait libre de modifier dans de telles conditions son service médical. Décidément, notre département est destiné aux événements médicaux sensationnels puisqu'en ce moment l'honneur nous échoit de défrayer la chronique avec le cas du Dr Aubrée, médecin révoqué des douanes.

---

(1) En telle occurence, peut-on appeler situations acquises des situations aussi négatives. (Réflexion du bureau.)

Mais revenons au Bureau de bienfaisance. Un administrateur poursuit les médecins de sa haine : Avoir osé tenir en échec la toute puissance de ce tyranneau, songez donc ! Aussi a-t-il fait décider par la Commission que le Dr Legras serait autorisé : 1° à demander la place de médecin-adjoint du service sanitaire ; 2° à participer à des expertises médico-légales ; 3° à assurer les soins aux assistés victimes des accidents du travail. Or, notez que lors de la nomination de ce médecin-fonctionnaire, qui touche des émoluments élevés et participe à la caisse des retraites, il avait été décidé qu'il ne pourrait pas faire de clientèle et serait tout au plus autorisé à être, le cas échéant, médecin de sociétés de secours mutuels.

Sur le 1er point, il a été répondu qu'il n'y avait pas lieu de faire une nomination semblable. Sur le second point aucune lutte n'a encore été engagée. Le 3e est le plus intéressant de tous.

La Commission apprenant que nous n'allions pas laisser passer sa décision sans protester, a décidé, en effet, que le Dr Legras soignerait gratuitement les sinistrés du travail, membres du Bureau, et *que le Bureau recouvrerait sur les patrons et les compagnies responsables le montant des frais médicaux et pharmaceutiques.* Legras travaillera donc à l'œil et le Bureau empochera. Il est vrai qu'en fin d'année une gratification, un pourboire soigné, pourra venir récompenser sa complaisance. Dans ces conditions, le maire répond à notre Syndicat que nous n'avons rien à dire ; que le Dr Legras ne fait pas de clientèle, ne nous fait pas tort puisqu'il ne touche rien.

Nous protestons énergiquement. Les accidentés du travail ne sont plus des indigents, au point de vue médical tout au moins, et nous ne croyons pas que le Bureau ait le droit d'ouvrir un chapitre Recettes de son budget : « Produit des sommes perçues sur les patrons pour les blessés du travail » ainsi qu'il l'a fait. Nous croyons que c'est là purement et simplement, mais pour une seule catégorie d'individus, le renouvellement de la tentative du médecin communal chargé, moyennant appointements fixes, de soigner gratuitement toute la population. N'y a-t-il pas eu, en effet, tentative semblable faite quelque part, et déclarée illégale ?

En tout cas, je crois la question assez grave pour la signaler au monde médical. A cet égard je crois qu'il serait utile de publier cette lettre. De plus, comme membre du « Sou médical » je demanderai si notre Société estime qu'il y a là un abus de pouvoir de la part du Bureau de bienfaisance, et par quels moyens elle pense qu'on pourrait arriver à faire casser la délibération en question.

Sentiments dévoués.

Dr Le Duigou.

Une association internationale de médecins

Au Congrès de Dresde du mois d'août dernier une quarantaine de médecins appartenant à 12 ou 13 nationalités différentes ont fondé entre les médecins espérantistes du monde entier une Société à laquelle ils ont donné le nom de « Tutmonda Esperantista Kuracista Asocio ».

Cette Société a pour président le Professeur Dor, de Lyon, pour vice présidents, les docteurs Mybs, d'Altona et Whitaker de Liverpool, pour trésorier le Professeur Soullier, de Lyon, et pour secrétaire le docteur Robin, de Varsovie. Déjà, presque dans tous les pays, des docteurs espérantistes ont été désignés comme consuls et les médecins affiliés à la Société peuvent s'adresser à eux, soit qu'il s'agisse d'un simple renseignement, ou d'une enquête scientifique internationale, soit qu'il s'agisse d'un voyage d'études, etc.

La cotisation est de cinq francs par an et comprend l'abonnement à un excellent petit journal : *La Vocho de Kuracistoj.* Nous engageons vivement nos confrères à demander un numéro spécimen au docteur Stefan Mikolajski, rue Sniadeckich, 6, à Lwow (Autriche-Galicie).

Dr B. d'Armentières.

REPORTAGE MÉDICAL

Les criminels à responsabilité atténuée. — Au IIIe Congrès international pour l'assistance des aliénés, qui vient de se tenir à Vienne, M. le professeur Grasset (de Montpellier), délégué par le ministre de l'Intérieur, a attiré l'attention du Congrès sur la grave et difficile question de l'assistance des criminels à responsabilité atténuée. Ces criminels sont des malades comme les aliénés, mais la loi qui s'occupe de ces derniers ignore, ou à peu près, les premiers, vis-à-vis desquels la Société a cependant des devoirs aussi stricts d'assistance et de traitement. L'éminent professeur de Montpellier a proposé au Congrès de mettre à l'ordre du jour du prochain Congrès international, pour y être rapportée et discutée, la question suivante : Les criminels a responsabilité atténuée. *Nécessité de rendre légalement obligatoire, dans tous les pays, l'assistance et le traitement des demi-fous criminels, dans les asiles spéciaux, jusqu'à leur guérison et, s'ils sont incurables, pendant toute leur vie.*

Bureaux municipaux d'hygiène. — Aux termes du décret du 3 juillet 1905, portant réglementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires parmi les personnes reconnues aptes, à raison de leurs titres, par le conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Conformément à cette disposition et aux prescriptions de la circulaire ministérielle du 23 mars 1906, destinées à en assurer l'application, la vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour les villes ci-après, dans les conditions déterminées par les arrêtés municipaux :

Aix (Bouches-du-Rhône), arrêté municipal du 25 décembre 1907 ; traitement, 4,000 fr.

Montluçon (Allier), arrêté municipal du 11 août 1908 ; traitement, 3,600 fr.

Les candidats ont un délai de vingt jours, expirant le 10 novembre 1908, pour adresser au ministre de l'intérieur leurs demandes accompagnées de tous titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures. Cette candidature s'applique exclusivement au poste envisagé.

A la demande doit être jointe une copie certifiée conforme des diplômes obtenus : l'exposé des titres doit être aussi détaillé que possible et accompagné d'un exemplaire des ouvrages ou articles publiés. Les candidats peuvent en outre demander à être entendus par la commission du conseil supérieur d'hygiène.

Association confraternelle des médecins français *déclarée le 15 septembre 1908, conformément à l'article* 5 *de la loi* 1er *juillet* 1908, Siège social : 34, boulevard de Clichy, Paris. — Fondée dans le but de venir immédiatement en aide à la veuve, aux orphelins, aux ayants droit des Médecins décédés, l'Association Confraternelle des Médecins français vient combler une lacune. Elle ne veut se substituer à rien et n'a aucun point de commun avec les œuvres de mutualité déjà existantes. Toutes, en effet, ont songé aux nécessités immédiates de la vie : accidents, blessures, maladies, incapacités de travail temporaires ou permanentes, etc. Nous en avons vu de douloureux exemples : veuves ou enfants mineurs désemparés et sans ressources, brusque-

ment frappés par un deuil cruel et imprévu. Le deuil de l'âme s'alourdit de tout le poids des exigences insoupçonnées de la vie matérielle. La création de notre Société vient répondre à cette nécessité. Elle ne fait aucun bénéfice, elle est essentiellement médicale et humanitaire. Son fonctionnement est des plus simples. Au décès d'un sociétaire, chaque membre survivant verse une somme de 10 francs. Le total de ces versements est remis, sans frais ni retenue, à la personne désignée par le décédé ou à ses ayants droit. Ce n'est pas une charité, c'est un *secours dû, immédiat*, sans frais, sans intervention du fisc ou de la procédure légale habituelle. Un membre du bureau se rend au domicile de la veuve ou des orphelins. Il apporte le viatique espèces, tangible, plus éloquent que de bonnes et simples paroles.

Je ne sais si je me fais bien comprendre : c'est le secours *immédiat, réel* et *sûr*. Une Société similaire de pharmaciens, fondée en Seine-et-Oise, a versé 700.660 fr., depuis huit ans ! ! ! (soit près de 9.000 francs par décès). Pourquoi les médecins n'auraient-ils pas les mêmes avantages et les mêmes facilités ? Soyez mutualiste pour vous-mêmes mais soyez-le aussi pour ceux qui vous aiment et que votre décès plongera dans un double deuil de tristesse et de nécessité !

Le Président, Docteur G. Tissot.

Les demandes d'admissions, statuts, renseignements, doivent être adressées soit au Siège Social, au Président, docteur G. Tissot, 34 boulevard de Clichy ; soit aux Confrères : Pélaprat, *Vice-Président*, 8, boulevard de Clichy ; Lévi-Bram, *Secrétaire*, 6, boulevard de Clichy : Thil, *Trésorier*, 68, rue Doudeauville ; Soulier, *Trésorier*, 33, rue des Trois-Frères.

Un exemple de vraie solidarité. — On se souvient que le docteur Aubrée, médecin à Avranches se voyait à la suite de son élection au conseil d'arrondissement, révoqué brutalement, il y a quelques jours, de ses fonctions de médecin de plusieurs brigades de la douane. La cause, suivant la lettre même du directeur des douanes de Saint-Malo, c'était « son attitude politique ».

Ému de cet état de choses, le syndicat des médecins d'Avranches s'est réuni et a décidé qu'aucun de ses membres n'accepterait le poste du révoqué, ni aucun autre poste semblable devenu vacant par suite de démission ou de changement de titulaire.

A la suite de cette réunion, le docteur Dubost, de Sartilly, a donné sa démission de médecin de la brigade de douanes de Saint-Jean-le-Thomas.

On aimerait à voir se généraliser ces exemples de solidarité ; le corps médical serait le premier à en tirer profit.

Faculté et Hôpitaux.

M. le Prof. Joffroy commencera le cours de clinique des maladies mentales le samedi 14 novembre 1908, à 10 h., à l'Asile clinique (Ste-Anne) et le continuera les mercredis et samedis suivants à la même heure.

— M. le Prof. A. Robin commencera son cours de clinique thérapeutique, le jeudi 12 novembre 1908, à 10 h. du matin, à l'Hôpital Beaujon et le continuera les mardis et jeudis suivants à la même heure.

— MM. Bérillon et Paul Farez reprendront, le jeudi 5 novembre, à 11 h. du matin, leurs leçons de clinique psychothérapique, à l'Ecole de Psychologie, 49, rue St André-des-Arts.

Ils les continueront les jeudis suivants à la même heure.

— M. le Prof. Prenant commencera le cours d'histologie, le lundi 9 novembre, à 4 h., au grand amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

Objet du cours : Embryologie générale. Histologie des organes.

— M. le Prof. Debove fera ses leçons de clinique médicale tous les matins, à 10 h., dans l'amphithéâtre de la clinique médicale. Visite et examen des malades, tous les matins, à 9 h., salles Behier (femmes) et Sandras (hommes). Tous les vendredis, à 10 h, démonstrations de dermatologie, par M. Jeanselme, agrégé.

— M. le prof. Roger commencera son cours de pathologie expérimentale et comparée le mardi 10 novembre 1908, à 4 h. de l'après-midi (petit amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

Objet du cours : Digestion et nutrition.

— M. le Prof. Gilbert commencera le cours de thérapeutique, le samedi 7 novembre 1908, à 5 h. de l'après-midi (petit amphithéâtre), et le continuera les jeudis et samedis suivants à la même heure. Programme du cours : Les médicaments minéraux et les eaux minérales. L'art de rédiger une ordonnance.

— M. le Prof. Pozzi commencera ses leçons de clinique gynécologique le lundi 9 novembre à 10 h., à l'hôpital Broca, et les continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure.

— M. Lenormand, agrégé, chargé de cours, commencera ses leçons de clinique chirurgicale, le vendredi 6 novembre 1908, à 10 h. à l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Chomel) et les continuera les mardis et vendredis suivants à la même heure.

— M. le Prof. Hutinel, a commencé le cours de clinique des maladies infantiles, le lundi 2 novembre 1908, à 9 h. du matin à l'hôpital des Enfants malades et le continue les mercredis et samedis suivants à la même heure.

— M. Méry, agrégé, médecin des hôpitaux, commencera le mercredi 11 novembre, à 9 h. du matin à l'hôpital des enfants malades, un enseignement pratique du diagnostic et du traitement de la diphtérie. Seront admis à suivre cet enseignement, MM. les étudiants pourvus de 16 inscriptions et MM. les docteurs en médecine. On s'inscrit au secrétariat de la Faculté, guichet n° 2, tous les jours de midi à 3 h. Chaque série de cours durera 1 mois.

— M. A. Broca et Zimmern, assistés de M. Turchini, commenceront, le lundi 23 novembre, à 2 h. 1/2 une série de 15 séances d'exercices pratiques d'électrothérapie, d'électrodiagnostic, et de radiologie précédées de conférences explicatives et les continueront les mercredis, vendredis et lundis suivants.

Les élèves seront exercés individuellement.

Le droit à verser est de 50 fr.

Le nombre des élèves est limité.

— Des leçons de physiothérapie auront lieu au petit amphithéâtre de la Faculté, tous les jeudis à 5 h., à partir du 12 novembre. Elles seront faites par M. Béclère pour la radiothérapie, Beni-Barde pour l'hydrothérapie ; de Beurmann pour la photothérapie ; Lagrange pour la kinésithérapie ; Cautru et Dagron pour la massothérapie, Constensoux pour la rééducation motrice ; Zimmern et Weil pour l'électrothérapie ; Heitz pour les eaux minérales. A la suite de ces leçons théoriques, des visites seront faites aux établissements de physiothérapie et auront lieu des exercices pratiques de physiothérapie. Une leçon de psychothérapie sera faite en outre par M. Sollier.

Le Directeur-Gérant : **Dr H. JEANNE.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trentième année | N° 46 | Dimanche 15 NOVEMBRE 1908

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

SOMMAIRE

LE SOU MÉDICAL

Préparation de l'assemblée générale du 15 novembre.

Rapport du Secrétaire général du « Sou Médical » à l'Assemblée générale.

Mes chers confrères,

Le Secrétaire général du « Sou médical » ne vous présentera pas cette année (1907-1908), la onzième de notre Société, le long rapport qui encombrait autrefois les colonnes du *Concours médical*. Cette longue et fastidieuse énumération des affaires qui avaient fait l'objet des travaux du Conseil d'administration prouvait combien est grande l'activité de notre ligue de défense professionnelle. Nous n'avons plus à faire cette preuve aujourd'hui; chacun sait qu'il faut compter avec elle et que partout où il faut aller de l'avant, combattre le bon combat, le Sou est de la partie. Nos séances hebdomadaires du jeudi sont toujours très fournies et l'ordre du jour, qui comprend la correspondance de la semaine et les questions à l'étude est rarement épuisé. Lorsque l'heure vient de se séparer, chacun de nous emporte quelques questions à étudier pour la séance prochaine, quelque problème à résoudre. Tous participent à la tâche et nous sommes heureux de trouver parmi nos collaborateurs des hommes comme Maurat, notre Président, qui sait mieux que personne diriger une campagne de résistance contre les Compagnies d'assurances, ces éternels ennemis des médecins et mener à la bataille et à la victoire les groupements bien unis (Médecins de Creil).

Les contestations que soulèvent à chaque instant les Compagnies d'assurances tant vis-à-vis des blessés que des médecins trouvent en Diverneresse un documenté par excellence. La défensive ne contente pas notre dévoué confrère, il aborde franchement l'offensive et c'est au camp des assureurs qu'éclate un beau jour la *Contre-Enquête*.

Dans les questions de mutualité notre vice-président Vimont apporte une compétence toute spéciale. A l'exercice illégal Levassort est dans son élément; Jeanne, travailleur infatigable, nous excite de son exemple ; méthodique, pratique, précis, c'est avec des solutions le plus souvent écrites d'avance, qu'il donne à nos délibérations ces conclusions sages, utiles. Cézilly, Bellencontre, Dumény sont des assesseurs de bon conseil. Le dernier par un important travail de bureau que facilitent ses connaissances en droit donne à notre œuvre sa forme définitive.

De Gassot, notre trésorier, qu'en pouvons-nous dire qui n'ait été dit maintes fois? Comme trésorier, il est inimitable. Nous sommes au regret de ne pas le voir plus souvent à nos réunions, car ses avis qui tiennent d'une longue et sagace expérience sont des plus judicieux et des plus avisés.

Une fois par mois le Conseil d'administration

du « Sou Médical » tient une séance spéciale à laquelle est appelé Me Gatineau, notre si dévoué avocat conseil. Nous voudrions que l'écho de ces réunions soit répété dans tous les milieux où se discutent les intérêts généraux de la profession. Ce serait pour le plus grand profit de tous.

Voilà ce que nous faisons et comment nous procédons. Il est bon que chacun s'en puisse rendre compte ; aussi c'est toujours avec la plus grande satisfaction que nous admettons aux séances du jeudi, entre 4 et 6, les confrères qui se présentent.

***

Si le rapport de cette année ne comporte pas les travaux effectués dans tous leurs détails, les membres de la Société ne seront pas privés cependant, car il a été décidé que les procès-verbaux des séances du Conseil seront publiés chaque semaine. Depuis la fin de septembre il en est ainsi et on peut lire dans les numéros du *Concours* en détail, ce que le secrétaire général nous disait en bloc dans le n° du journal qui précédait l'assemblée générale.

Je dois vous dire cependant à quel point nous sommes arrivés et vous montrer comment notre Société a évolué depuis sa création.

Ce qu'elle était au début, vous le savez. Vous avez assisté aux hésitations des premières années, à nos tentatives. Nous voulions, quelque soit l'embarras dans lequel il pouvait être engagé, être utile au médecin et lui dire : *Nous sommes là* !..

Nous avions créé une caisse de prêts : prêts d'honneur. Hélas, il a fallu y renoncer : non pas que nous n'ayons rencontré des cas fort intéressants certes, mais nos interventions n'ont rien empêché ; si elles ont pu retarder une catastrophe, c'est tout. Or, notre caisse n'aurait pu suffire ; puis c'était faire dévier notre ligue de son but, celui de la défense et non de l'assistance. C'est donc avec juste raison que nous n'avons pas voulu persister dans cette voie pleine de périls pour notre caisse.

Nous avions pensé également à réunir en un groupe, pupilles du « Sou médical », les fils de nos confrères étudiants en médecine. Un certain nombre de jeunes gens se sont fait inscrire, mais la dispersion de ces étudiants dans les diverses écoles de Paris et de la province, la difficulté de les réunir, de leur faire prendre contact les uns avec les autres, nous a fait abandonner ce projet ou tout au moins en suspendre l'exécution.

Les critiques qu'on nous adresse, si elles sont empreintes de bonne foi, nous sont utiles ; elles permettent de corriger des défectuosités que nous sommes mal placés pour remarquer. Aussi avons-nous pour ceux qui nous les formulent une grande reconnaissance. C'est grâce à elles que nous avons supprimé, après avoir tenté de l'organiser pour le département de la Seine, le service de recouvrement litigieux pour les accidents du travail. Et cependant il faut le dire bien haut, le médecin praticien, libre de toute attache avec les assurances, est continuellement en butte aux tracasseries et au mauvais vouloir des Compagnies. Ces dernières, de par des contrats passés avec les industriels, les commerçants, sont devenues les débitrices des médecins et bien qu'elles n'aient avec eux aucun lien de droit, ce sont elles que le praticien trouve en face de lui au prétoire, lorsqu'il poursuit devant le juge de paix le recouvrement des honoraires afférents aux soins donnés aux victimes du travail. Or dans leurs rapports avec les médecins, les compagnies d'assurances apportent une âpreté, une malice, disons le mot, une mauvaise foi de tous les instants. Dans la lutte qu'elles ont entreprise contre les médecins, elles trouvent des auxiliaires partout. Les pouvoirs publics eux-mêmes semblent s'incliner devant leurs prétentions.

N'avons-nous pas vu dernièrement des médecins même, des parlementaires dont les noms sont sur toutes les lèvres, s'associer à une campagne de presse dont le but avoué était de retirer à l'ouvrier la liberté du choix du médecin.

On n'a reculé devant rien pour arriver à ce but. On a cité comme un monstrueux abus le fait d'un confrère faisant administrer du vin de Champagne à un malheureux frappé au ventre d'un coup de pied de cheval et atteint de péritonite traumatique.

Il fallait trouver des médecins se livrant à l'escroquerie, au mensonge ; c'est alors qu'on a tendu des pièges à des confrères, que des médecins se sont prêtés à ces œuvres soi disant de police. Mais vous connaissez ces faits : Le domicile du médecin violé, ses papiers fouillés, ses livres feuilletés, et pour quel résultat, grands Dieux !

Faut-il maintenant mettre en parallèle les méfaits que les Compagnies d'assurances reprochent aux médecins et les méfaits que les médecins reprochent aux assureurs ? Lisez la Contre-Enquête de Diverneresse et vous serez édifiés.

Dans cette guerre constante, lassante, qui a donc porté les premiers coups ? Ce n'est certes pas le corps médical ; il est resté sur la défensive et il a obtenu à l'heure qu'il est de très grands et très appréciables résultats.

Cette guerre, est-il désirable qu'elle dure ? Poser la question c'est la résoudre. A la commission du tarif ministériel pour les accidents du travail réunie en ce moment conformément aux dispositions du décret de 1905, notre excellent ami Jeanne vient de porter la branche d'olivier symbole de paix. Pour arriver à cette pacification si désirable il a proposé, ce qui a été accepté, d'organiser partout des commissions d'arbitrage pour régler les différends entre médecins et assureurs. Il faut bien augurer de ce principe de l'arbitrage. N'aurait-il que cet avantage de mettre fréquemment en rapport les médecins et les assureurs qu'il faudrait voir là le moyen de faire apprécier par des gens qui semblent ne pas nous connaître la loyauté qui règne dans la très grande généralité des membres du corps médical.

Cette paix avec les assurances, nous la voulons, nous la réclamons. Les compagnies font planer sur le corps médical les plus graves soupçons ; elles ont intérêt, semble-t-il, à nous discréditer auprès du public. Montrons qui nous sommes, de braves gens, qui donnent le plus souvent sans compter, qui font crédit à tous et puisqu'on sème le soupçon sur le moindre de nos actes, sollicitons *le contrôle*. Nous n'avons rien à cacher. Mais si nous voulons ce contrôle nous le voulons organisé. C'est dans les commissions d'arbitrage qui vont se créer et dans les contrôles organisés que l'on trouvera, de part et d'autre, les garanties que l'on désire.

N'oublions pas que dans fort peu de temps, la responsabilité patronale en matière d'accidents va s'étendre à tous les patrons. Elle ne comprend aujourd'hui que les industriels et les commerçants ; elle comprendra demain tous ceux qui emploient, tous ceux qui se servent d'autrui, et les agriculteurs et les bourgeois qui emploient des domestiques. Nous verrons la loi s'appliquer à nos cochers, valets de chambre ; à notre cuisinière, etc. Ce sera l'assurance partout dans notre clientèle.

Au « Sou médical » nous réclamerons comme sauvegarde de notre indépendance que toujours

soit appliqué le libre choix ; que les assureurs n'aient plus le droit d'avoir des médecins spéciaux autrement que pour sauvegarder, par un contrôle organisé, les intérêts dont ils ont la charge.

Excusez-moi de m'étendre si longuement sur cette question des accidents du travail, c'est que, voyez-vous, si elle n'existait pas, nos travaux du « Sou médical » seraient bien simplifiés. Ce serait presque l'âge d'or.

Ce sont les assurances, ce sont les mutualités, ce sont les collectivités qui dans ces dernières années se sont interposées entre le médecin et son client prétendant faire la loi. Au nom de la liberté, de la *liberté de confiance* suivant le mot si heureux de notre confrère le Dr Noir, nous repoussons tous ces intermédiaires qui n'ont rien à voir dans nos rapports avec nos clients.

***

Les questions de droit médical, *droits du médecin*, comme nous disions dans nos anciennes rubriques, se sont renouvelées avec des formes diverses. En droit, comme en médecine, il n'y a en effet que des espèces qui varient à l'infini, si bien qu'on a pu dire qu'il n'y avait jamais aucun cas semblable. Me Gatineau apporte à la solution de ces délicates questions sa compétence avisée pour le plus grand avantage de nos confrères.

Les imprévoyants qui sont amenés au « Sou médical » par un ennui immédiat, auront le concours moral, la caisse ne saurait leur être encore ouverte. Car ces fonds, mis à notre disposition par nos confrères, nous n'en pouvons disposer qu'en faveur de confrères adhérents déjà, et pour des affaires, des difficultés nées avant leur entrée dans le groupe.

Lorsqu'il s'agit de recouvrements d'honoraires, honoraires que le client conteste, nos collègues reçoivent toutes les indications, tous les conseils nécessaires pour intenter une action en justice. Si la caisse intervient parfois dans ces affaires, c'est qu'incidemment se pose une question d'intérêt général, un point délicat de jurisprudence à faire trancher ; ou bien alors que notre confrère ayant gagné son procès en 1re instance voit son adversaire en appeler devant la juridiction supérieure. L'application de cette règle n'est cependant pas absolue. Le Conseil ne prend de décision de ce genre qu'après avoir pris l'avis de nos conseils judiciaires. Nous avons toujours ainsi procédé et cela, nous le pensons, avec juste raison.

D'une manière générale, il est bon de se rendre compte que les interventions du « Sou médical » ont produit cet effet inattendu de réduire au minimum les procès de ses membres. Les conseils de jurisprudence fournis à nos confrères leur donnent une plus grande autorité pour défendre leurs droits, et les affaires, mieux instruites, mieux étudiées, mieux produites, sont solutionnées le plus souvent sans plaider.

Je ne dirai qu'un mot encore au sujet d'un très gros procès auquel a donné lieu la publication de la contre-enquête de notre syndic Diverneresse. Une compagnie d'assurances s'est trouvée compromise. Ne donnait-elle pas à ses médecins des ordres incompatibles avec la dignité professionnelle. La correspondance découverte et publiée a suscité un procès où notre ami Boudin, d'Oyonnax, se trouve soutenu par le « Sou médical » en 1ere instance, où il a eu plein succès, et en appel, où nous espérons qu'il obtiendra le même résultat.

Devant la police correctionnelle, encore pour avoir dit la vérité à de certains confrères complices des assureurs, poursuite de deux vaillants, Diverneresse et Noir. Vous le voyez, il n'est pas sans danger le rôle de défenseur des droits médicaux. Il nous fait applaudir sans réserve à ces valeureux confrères qui n'hésitent jamais lorsqu'il s'agit de la défense professionnelle, même s'il faut risquer des ennuis comme ceux qui viennent les assaillir actuellement.

***

Notre société ne s'est désintéressée d'aucune des manifestations de l'activité professionnelle, j'entends de cette activité spéciale ayant pour but la protection et la défense des intérêts généraux. Quand j'aurai parlé du Congrès des praticiens de Lille, quand j'aurai dit que tout le bureau du Conseil du « Sou médical » en faisait partie, j'aurai dit la large part que nous y avons prise. Diverneresse, Vimont et d'autres y étaient rapporteurs sur des sujets importants. Le « Sou médical » subventionne largement le comité de protection médicale organisé pour la lutte contre l'exercice illégal de la médecine.

Le « Sou médical » a été représenté dans les délégations envoyées par les groupes médicaux auprès des pouvoirs publics, ministres, sénateurs, députés, groupe de médecins parlementaires, commissions spéciales du Parlement.

Cette attitude que le « Sou médical » a tenue dans le cours de cette année, il compte bien la tenir encore dans les années qui viendront. Il marche ainsi dans la voie tracée par son programme et j'ose espérer que vous nous encouragerez à poursuivre dans ce sens notre ligue de protection et de défense professionnelles.

Dr de GRISSAC.
Secrétaire général.

Rapport du Trésorier.

Messieurs et chers confrères,

J'ai l'honneur de vous présenter le rapport financier du *Sou médical* pour l'année 1907.

Le nombre des membres qui, pendant cette année, ont cotisé régulièrement s'élève à 1049. La progression continue, trop lente à notre gré, mais pourtant sensible, les services rendus par le *Sou* étant de plus en plus appréciés.

D'ailleurs notre situation reste toujours excellente.

Recettes.

Les recettes se sont élevées à 24.201 fr. 37, savoir :

Cotisations	20.656 »»
Intérêts	762.67
Recouvrements	263.25
Dons	125.50
Versement du Concours Médical	2.098 »»
Divers	195.95
Remboursement d'indemnité	100 »»
Total	24.201.37

Sous la rubrique *Divers*, figurent les produits de la vente du tarif Jeanne et des brochures Diverneresse.

Dépenses.

Les dépenses, par contre, pendant cette année 1907 se sont élevées à :

Impressions	742.40	
Poste et transports divers	538.65	
Timbres quittances	72.70	
Frais de recouvrements et rappels	102 55	
Frais de bureau	750 »»	
Frais de trésorerie	5.50	
Divers	180.15	2.391.95
Indemnités au Président, au Secrétaire général et au Conseil judiciaire, délégués, arbitres		6.810 »»
Participation aux œuvres de défense professionelle		500 »»
Frais de justice		4.499.45
Total		14.201.40

Sous la rubrique *Divers* sont compris des achats de journaux judiciaires, des copies de jugements, des frais de renseignements, des achats de papier timbré... etc.; ce ne sont pas à proprement parler des dépenses d'administration ; il conviendrait plutôt de les rapprocher des indemnités allouées au Président, au secrétaire général, au conseil judiciaire qui sont, elles aussi, des dépenses faites pour les sociétaires puisqu'elles représentent des frais d'avis, de consultations, de rapports, d'expertises, d'arbitrages, etc... tous services qui deviennent de plus en plus nombreux et rendent les procès moins fréquents.

Balance des comptes.

Si au total des recettes de l'année		21.201 37
on ajoute les espèces à la Société Générale au 31 décembre 1906	7.852 fr. 20	
moins ce qui était dû au trésorier à la même date	2.541 fr. 72	5.310 48
on obtient :		29.511 » 85
Et si l'on déduit les dépenses		14.201» 40
il reste :		15.310 » 45

Représentés par :	
Espèces à la Société générale	18.109 » 35
moins dû au Trésorier	2.798 » 90
Total égal	15.310 » 45

Avoir du « Sou médical » au 31 décembre 1907.

1° Valeurs en portefeuille au prix d'achat :		
15 obligations P. L. M. 2.5 %		6.207.75
10 obligations Ouest 3 % nouvelles		4.597.10
20 obligations Ouest Algérien 3 %		4.637.50
10 obligations Gouvernement Général de Madagascar		8.600
2° Espèces à la Société Générale	18.109.35	15.310.45
moins dû au Trésorier	2.798.90	
Total		39.352.80
Avoir de la Caisse de garantie		20.774 »»
Reste à la Caisse Générale :		18.578.60

Caisse de Garantie.

La *Caisse de Garantie* au 31 décembre 1906 possédait		11.578 »»
Il lui a été versé pour 1049 cotisations	2.098 »»	
Le *Concours Médical* a versé somme égale	2.098 »»	
Enfin, par décision de l'Assemblée Générale du 17 novembre 1907, il a été versé à titre extraordinaire	5.000 »»	9.196 »»
Elle possède au 31 décembre 1907		20.774 »»

Vous voyez, Messieurs, que la situation du *Sou médical* est excellente et lui permet de faire face à toutes les nécessités.

Le Conseil d'administration vous demande de vouloir bien approuver ces comptes d'une manière définitive.

Le Trésorier,
A. Gassot.

LA SEMAINE MÉDICALE

La morphine dans le traitement de la coqueluche.

Il y a quelques années, tous les professeurs et tous les livres classiques enseignaient une sacro-sainte terreur pour la morphine dans la thérapeutique infantile. Or, depuis quelque temps, de nombreuses tentatives suivies de succès ont modifié complètement les anciens errements.

MM. Triboulet et Boyé, après MM. Lesage et Cléret, ont essayé la morphine dans une affection spasmodique chronique, la coqueluche (communication à la Société de Pédiatrie).

Ils donnent en injection sous-cutanée un quart de centigramme le premier jour, un tiers le second, un demi le troisième, puis ils arrêtent trois jours, et reprennent trois jours et ainsi de suite soit aux mêmes doses, si l'enfant a moins d'un an, soit en augmentant peu à peu la dose journalière jusqu'à 1 centigramme, si l'enfant est plus âgé.

MM. Triboulet et Boyé ont eu la surprise de voir, avec ce traitement, les quintes diminuer rapidement de nombre et d'intensité, si bien qu'elles disparaissaient au bout de deux à douze jours, quand il s'agissait de coqueluches en pleine évolution. Quand la coqueluche était traitée par la morphine dès son début, elle ne durait pas plus de trente à quarante jours.

Il n'y a jamais eu ni constipation, ni morphinisme, mais seulement quelquefois des sommeils prolongés n'ayant, du reste, aucun inconvénient.

Traitement de l'ulcère aigu de l'estomac.

Dans une récente clinique publiée par la *Médecine Interne*, M. le Dr Ch. Roux préconise la méthode suivante de traitement pour l'ulcère aigu de l'estomac :

1° *Repos absolu* au lit et immobilité, défense de se lever, même pour uriner ou aller à la garde-robe. Au besoin, on mettra une vessie remplie de glace et suspendue par un cerceau, au-dessus de l'estomac.

2° *Diète absolue*, avec permission de boire seulement 1/3 bouteille d'eau de source légère, dans le courant de la journée.

3° *Réhydratation de l'organisme* par l'administration de 3 ou 4 lavements d'eau bouillie chacun de 300 grammes) additionnés d'un ou deux jaunes d'œufs (pour effet psychique) d'un gramme de chlorure de calcium (et non pas de sodium) et de quelques gouttes de laudanum. Ces lavements doivent être conservés dans le rectum, afin d'en permettre l'absorption. Une surveillance très sérieuse doit être exercée sur la diurèse, car il faut que le malade n'urine pas moins d'un demi-litre par jour. Si le malade ne pouvait supporter les lavements, on les remplacerait par du sérum.

Ce procédé n'est pas très bon à cause du chlorure de sodium contenu dans le sérum. Pour éviter les grands inconvénients dus à son emploi vous essaierez de l'introduire par doses de 5 à 6 grammes à la fois, toutes les minutes, au moyen d'une sonde de Nélaton placée à demeure, de fa-

ţon à irriguer constamment l'intestin et à lui faire absorber d'eau la quantité désirée.

Tous ces procédés suffisent en général ; on peut y ajouter quelques petits moyens pour faciliter la disparition des hémorrhagies. Les *lavements chauds* d'un litre d'eau bouillie ramenée à la température de 48°, et administrés à la dose d'un ou deux par jour, semblent causer une dérivation sanguine sur le gros intestin et diminuer l'hémorragie.

Il faut aussi recommander au malade d'éviter les mouvements de déglutition, car l'aérophagie ballonne l'estomac et compromet la cicatrisation de l'ulcère.

Quant à l'intervention chirurgicale, M. Ch. Roux n'en est pas partisan, elle est trop meurtrière.

Après la cessation des hématémèses on supprime la diète hydrique et on réalimente le malade au bout de 5 à 6 jours.

Quel régime ordonner ? Pendant quelques jours, 400 grammes de lait auxquels vous ajouterez progressivement des œufs.

Si le malade saigne encore, vous y ajoutez du bouillon de pieds de veau ou une solution de gélatine, ce qui revient au même, sous forme de deux à trois potages par jour. Ces corps ont une action hémostatique certaine. Si le lait n'est pas supporté, vous le remplacerez par des potages à l'eau, avec farines.

Quel régime suivra ultérieurement le malade ? Le régime lacté pendant deux mois. Il est bon pendant ce laps de temps d'examiner, grâce à la réaction de Weber, les garde-robes, afin de voir si elles contiennent du sang, indice de non-guérison.

Ce n'est qu'ensuite et peu à peu que des *régimes progressifs* seront permis : d'abord quelques bouillies de farines, puis des viandes légères, des purées de légumes, puis un *régime dit d'exclusion* c'est à-dire comportant tous les aliments usuels à l'exception des mets épicés, de la charcuterie, du vinaigre, etc., qui doivent être interdits durant des années.

La scoliose.

D'après M. le Dr E. Terrien, dans les *Annales de Chirurgie et d'Orthopédie*, la scoliose est due à des causes multiples : tantôt c'est le *rachitisme* qui atteint directement la colonne vertébrale, tantôt c'est la *paralysie infantile* qui en est le point de départ ; celle-ci peut, en effet, aboutir à la scoliose par un double mécanisme : soit par l'intermédiaire du raccourcissement et de la paralysie d'un membre inférieur, soit comme conséquence directe de l'atrophie unilatérale des muscles spinaux. La scoliose est alors généralement très accusée et parfois très précoce. D'autres fois, enfin, elle est beaucoup plus tardive, et survient sans cause apparente, telle est la scoliose des *adolescents*.

« Mais quelle que soit sa cause, un fait essentiel domine son évolution : la *scoliose est avant tout une affection progressive* et s'accentue avec l'âge. Les déformations graves ne se rencontrent guère que chez les enfants déjà grands ; au-dessous de trois ans, elles sont au contraire à peine perceptibles et n'existent pour ainsi dire jamais qu'à l'état d'ébauche.

« Or, un traitement approprié appliqué de bonne heure pourra dans une certaine mesure limiter le degré du déplacement et des déformations ; et si l'on n'atteint pas ainsi une rectitude parfaite, du moins évitera-t-on que l'enfant ne devienne un bossu. Bien plus, la scoliose des écoliers pourra souvent être évitée ; celle ci, en effet, relève dans une certaine mesure d'attitudes vicieuses qu'il suffira de bien connaître et d'éviter pour empêcher le développement de cette affection.

« Il faut donc penser à la rechercher, afin d'éviter qu'elle ne devienne habituelle chez l'enfant ; il sera facile, d'ailleurs, de la dépister, car on note alors une inclinaison parallèle de la partie supérieure du tronc.

« Mais surtout, on se rappellera que cette attitude elle-même a pour point de départ habituel la fatigue due à une immobilité trop prolongée. C'est donc cette cause qu'il faut éviter, à plus forte raison, si un début de scoliose a déjà été constaté : comme le dit le Dr Lagrange, « l'indication la plus urgente, au début de « la scoliose scolaire, n'est *pas de redresser* la co- « lonne vertébrale, mais de *la reposer*. »

« Dans ce but, on pourra recourir à certains mouvements, à une gymnastique spéciale dont tout effort sera exclu ; on fera ainsi la « *rééducation de la tenue*. »

« Enfin, dans les scolioses du jeune âge qui succèdent au rachitisme et à la paralysie infantile on aura recours, dès qu'on aura constaté les premières déformations, aux manœuvres indiquées par Mme Nageotte : suspension latérale pratiquée au besoin par la mère qui couchera l'enfant en travers de son genou, gouttière plâtrée pour la nuit et une partie du jour, corset orthopédique un peu plus tard, exercices de gymnastique générale et respiratoire. »

L'atoxyl dans la syphilis

La faillite de l'atoxyl est en train de se produire : de nombreux médecins ont déjà signalé des cas où ce nouveau médicament avait échoué. Voici un résumé d'une communication du Dr Pignot, de Paris, à la Société médicale du Louvre.

Il s'agit d'un jeune homme qui contracte la syphilis en 1893 ; la lésion initiale est un chancre phagédénique du gland détruisant en partie cet organe. Le malade se soigne d'une façon irrégulière et seulement à l'occasion d'accidents.

« Au début de cette année le patient qui, depuis 3 ans, n'avait eu aucune manifestation spécifique, vient me voir à l'hôpital avec une ulcération syphilitique de la lèvre inférieure de la largeur d'une pièce de deux francs. Bien entendu, je lui conseille immédiatement le traitement mixte.

« Trois semaines plus tard quelle ne fut pas ma surprise de revoir mon malade porteur d'une ulcération beaucoup plus grande, à tendance nettement phagédénique, ayant entièrement envahi le menton ! Il m'avoua alors n'avoir pas suivi le traitement hydrargyrique, mais avoir reçu en 3 semaines 15 piqûres d'atoxyl de 50 centigrammes chacune : doses que les partisans de la méthode jugent nécessaires et suffisantes. De plus, depuis la troisième injection d'atoxyl, des troubles oculaires, assez graves pour empêcher la lecture, s'étaient manifestés.

« De nouveau, je conseillai six piqûres hebdomadaires d'huile grise à 40 0/0, de 0,07 centigr. chacune. Dès la deuxième piqûre l'amélioration était considérable et à le sixième tout était fini.

« La médication arsenicale dans la syphilis étant à l'étude, quelques succès et beaucoup d'insuccès dus à cette méthode étant journellement signalés, j'ai cru devoir relater une observation dans laquelle l'atoxyl avait eu un résultat particulièrement lamentable.

« Dr Baudouin.— Il n'est pas indifférent de relever les cas d'insuccès de l'atoxyl ; ce médi-

✦

cament à une action tonique, mais il n'est pas prouvé que l'atoxyl ait arrêté l'évolution d'une syphilis.

Dr BRUCHET.— Le Pr Gaucher a cité le cas d'un malade qui a subi 50 injections d'atoxyl à l'Institut Pasteur sans succès, et le Dr Plateau a rapporté l'observation d'une syphilis qui avait paru subir l'influence heureuse du cacodylate après une première série d'injections, mais cette guérison ne fut qu'apparente.

Dr CHASSEVANT.— L'atoxyl que j'ai étudié que j'estime un médicament dangereux, n'agit que quand il se décompose en éléments arsenicaux et en aniline ; or l'aniline détermine des troubles sérieux de névrite optique. Je connais un malade qui vient de subir une série d'injections d'atoxyl et qui présente deux gommes, et je me suis autorisé aujourd'hui même à faire un traitement mercuriel intensif. C'est Koch lui-même qui a signalé ces accidents de névrite optique.

« Dr POISSON. — J'ai donné mes soins à un malade qui venait de subir une série d'injec tions d'atoxyl et qui a présenté une série d'accidents secondaires.»

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Traitement des épanchements pleuraux récidivants par les injections gazeuses stérilisées.

En 1888, Potain signalait les bons effets des injections intra-pleurales d'air stérilisé dans le traitement des épanchements liquides consécutifs au pneumothorax.

La méthode imaginée par Potain fut reprise plus tard par M. VAQUEZ qui en étendit les indications et l'appliqua aux épanchements pleuraux récidivants, c'est-à-dire à des cas beaucoup plus fréquents. La communication faite sur ce sujet par M. Vaquez, en 1902, à la Société médicale des hôpitux, a été suivie d'assez nombreux travaux, tant en France qu'à l'étranger. Dernièrement, M.Vaquez revenait sur la question et présentait à l'Académie une étude nouvelle, qui vient d'être l'objet d'un rapport de M. NETTER.

Pour M. Netter, l'injection gazeuse pleurale a des indications variables. Ses résultats sont excellents dans les *pleurésies séro-fibrineuses récidivantes*. On sait que ces pleurésies récidivantes, dues à une tuberculose pleurale, déterminent des épanchements abondants qui dépassent souvent 3 ou 4 litres. On ne saurait tenter d'évacuer en une seule fois la totalité du liquide sans accidents sérieux, et si l'on ne soustrait qu'une partie de l'épanchement, celui-ci ne tarde pas à se reproduire ; il passe de plus, à la longue,et en dépit des précautions antiseptiques, facilement à la purulence. Contre ces pleurésies récidivantes,la méthode de Potain et Vaquez doit être considérée comme un traitement de choix.

On pratique l'évacuation du liquide par fractions de 500 à 1000 grammes,en faisant toujours succéder à l'issue du liquide l'introduction de gaz. La substitution du gaz au liquide produit un pneumothorax qui persiste d'ordinaire quelques semaines ou quelques mois. Le gaz, compressible, est infiniment mieux toléré que le liquide et il fait obstacle à la reproduction du liquide. Chez la plupart des malades,la guérison s'ensuit, définitive.Des malades de M. Vaquez, qui avaient été, avant l'injection de gaz, ponctionnés 5, 8, 10, 14 fois, ont guéri sans aucune autre ponction.

La méthode des injections gazeuses est également précieuse dans les épanchements hémorrhagiques liés au cancer pleuro-pulmonaire, primitif ou secondaire, dans les pleurésies compliquant une tuberculose pulmonaire,dans les pleurésies purulentes tuberculeuses. Dans les pleurésies compliquées de tuberculose du poumon, on a noté plus d'une fois une aggravation ou une généralisation de la tuberculose suivant de très près la ponction. L'introduction d'air dans la plèvre, en immobilisant le poumon, empêche cette aggravation.

En résumé, les injections gazeuses sont nettement indiquées dans le traitement des pleurésies séro fibrineuses *récidivantes*, des épanchements hémorrhagiques récidivants liés au cancer pleuro-pulmonaire, des pleurésies aiguës compliquées de tuberculose pulmonaire, des pleurésies purulentes tuberculeuses.

La méthode de Vaquez, d'autre part, serait simplement utile dans les pleurésies séro-fibrineuses aiguës. Il n'y a pas lieu, dans ces cas,de l'employer systématiquement, en raison de l'efficacité habituelle de la thoracentèse simple. Enfin, elle doit être déconseillée dans les empyèmes aigus à pneumocoques, streptocoques et staphylocoques.

Deux mots de technique. M. Vaquez emploie un tube en Y, une des branches servant à l'aspiration du liquide, l'autre au refoulement du gaz. L'évacuation et l'insufflation doivent être faites en plusieurs temps, et l'on injecte soit un volume de gaz pour deux volumes de liquide retiré (Vaquez et Achard), soit quantités égales (Lambrior). Quant à la nature du gaz, on peut se servir d'air stérilisé (filtré sur du coton) ou d'azote. L'oxygène ne doit pas être utilisé, sa résorption étant trop prompte.

Les fausses maladies du cœur.

M. HUCHARD fait une communication sur les fausses cardiopathies.

L'auteur montre qu'un certain nombre de troubles et de signes cardiaques, attribués souvent à des affections organiques du cœur, n'ont nullement cette signification. Il est bon que le praticien connaisse ces questions sous peine de faire des erreurs de diagnostic et d'appliquer des traitements inutiles.

Ainsi, les *sensations douloureuses à la région du cœur*, les *palpitations* ont plus fréquemment une origine extra-cardiaque qu'une origine cardiaque. Elles sont dues le plus généralement à des causes diverses, toxiques (café, tabac), réflexes (maladies des voies digestives), humorales (anémie, chlorose), etc.

De même, les *intermittences cardiaques* sont rarement des signes d'affection réelle du cœur. Elles sont, chez certains individus, presque physiologiques. En tout cas, on les a vues persister pendant vingt ou trente années, sans autre incident.

MATIÈRE MÉDICALE MODERNE

APPLICATIONS DU GOMENOL EN OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Otites. — Dans les otites, comme en général dans tous les processus douloureux et inflammatoires, le Gomenol assure les meilleurs résultats, d'abord en raison de son pouvoir antiseptique élevé, puis parce qu'il a l'avantage d'être un précieux analgésique. Cette dualité d'action fait qu'il représente, sans exagération d'aucune sorte, le pansement sédatif idéal.

Une touffe d'ouate bien imbibée d'huile gomenolée à 33 % ou à 50 % sera placée dans le conduit auditif. On procédera à de fréquentes injections ou lavage, d'eau gomenolée. Dans les formes subaiguës et chroniques, on instillera dans l'oreille quelques gouttes de Gomenol pur.

Rhinites. — Les inhalations de Gomenol pur trouvent ici leur utilisation la plus rationnelle. Ces inhalations se font à l'aide de Gomenolateurs de poche, ou d'appartement, ou de tout autre appareil similaire. Une pratique très simple est d'imbiber de Gomenol un mouchoir ou une touffe d'ouate qu'on place à proximité des narines : qui se sent pris de coryza s'en débarrasse ainsi infailliblement en une nuit.

L'eau gomenolée est, de toutes les solutions antiseptiques, celle qui convient le mieux pour le nettoyage des fosses nasales, car elle est fortement désodorisante et n'irrite pas. On s'en servira pour le bain nasal (pratiqué avec la pipette nasale ou le vase de Frœnkel), pour la douche nasale (administrée à l'aide d'un enéma et d'un bock, ou bien du siphon de Weber), pour la douche rétro-nasale (avec les canules rétro-nasales de Moure ou de Vacher).

On conseillera utilement aussi les fumigations gomenolées, le malade se tenant penché au-dessus d'un bol d'eau bouillante additionnée de Gomenol, et respirant ainsi les principes médicamenteux qu'entraîne la vapeur.

Enfin l'antisepsie nasale sera obtenue de la façon la plus sûre par l'introduction dans les narines d'onguent au Gomenol ou l'instillation d'huile gomenolée à 33 % ou à 50 %.

Laryngites. — Les inhalations et les fumigations gomenolées constituent la thérapeutique de choix. On y associera les gargarismes à l'eau gomenolée et, mieux encore, les badigeonnages et les attouchements de Gomenol pur.

Il est également d'une bonne pratique de verser dans le conduit auditif quelques gouttes de Gomenol pur, lequel pénètre par endosmose et complète l'effet des attouchements ou des badigeonnages dans la gorge. Cette double action du Gomenol administré par le pharynx et par l'oreille est surtout remarquable lorsqu'il s'agit de faire rétrocéder une amygdalite ou de lutter contre l'envahissement des fausses membranes dans la diphtérie.

Le traitement sera complété par l'administration interne de capsules ou de glutinules de gomenol ou de pâtes pectorales au Gomenol.

Dans les laryngites catarrhales chroniques, surtout lorsqu'il y a catarrhe trachéal concomitant, on aura recours aux injections intra trachéales d'huile gomenolée à 10 %.

Tuberculose laryngée. — Ces injections intra-trachéales sont également d'une activité fort appréciable dans la tuberculose laryngée ; elles en retardent l'évolution, en atténuent les symptômes les plus pénibles, décongestionnent la muqueuse, circonscrivent les infiltrations. C'est surtout quand les lésions se trouvent localisées à la région périglottique que la médication amène d'heureux effets.

La dose moyenne d'huile gomenolée à injecter à chaque séance (tous les jours ou tous les deux jours) est de 9 à 10 cent. cubes, mais il convient de débuter par 2 à 3 cent. cubes et d'augmenter progressivement à chaque séance.

Sur les ulcérations on procèdera à des attouchements de Gomenol pur. Enfin le malade devra prendre, comme traitement interne, des capsules ou des glutinules de Gomenol. On pourra aussi alterner les injections trachéales avec les injections intramusculaires d'huile gomenolée à 20 % (à doses progressives, en commençant par 2 cent. cubes).

LE SOU MÉDICAL

LIGUE DE PROTECTION & DE DÉFENSE PROFESSIONNELLES

Le « Sou Médical », Ligue de protection et de défense professionnelles fondée en 1897, est destiné à couvrir ses adhérents contre tous les risques professionnels et prend en outre la part la plus active à la défense générale des intérêts médicaux, se proposant de traduire par des actes les prédications du *Concours Médical.*

Pour la protection individuelle de ses membres, il est intervenu dans plus de 10.000 affaires : procès devant toutes les juridictions (y compris la Cour de Cassation, le Conseil d'Etat et le Tribunal des Conflits), litiges, revendications, arbitrages, consultations, etc. Pour les luttes d'intérêt général, il marche d'accord avec le Concours, l'Union des Syndicats, l'Association Générale des Médecins de France, etc.

Récemment, il a créé une caisse de garantie destinée à garantir **ses membres jusqu'à concurrence de 2.000 francs** contre les **actions civiles en dommages-intérêts** qui pourraient leur être intentées en raison des faits cliniques et thérapeutiques accomplis dans l'exercice de leur profession, et dès maintenant cette caisse est dotée de ressources suffisantes pour lui permettre d'envisager tous les aléas.

Faut-il ajouter que tous les avis possibles sont donnés, toutes les démarches sont faites en vue de rendre des services extra-professionnels ?

Pour être membre du « Sou Médical », il faut être membre d'un Syndicat ou d'une Association Médicale ou bien être présenté par deux confrères déjà membres du « Sou Médical ».

La cotisation annuelle est de 20 francs, comprise la participation à la caisse de garantie.

Les membres ne sont admis qu'après envoi de leur adhésion et paiement de la cotisation.

LE SOU MÉDICAL

BULLETIN D'ADHÉSION

Je soussigné (nom, prénoms, qualités)..

médecin à..*arrond^t de*..*dép^t de*..............................

né le..*à*..

reçu devant la Faculté de..*le*..

membre de(1) ....

ou présenté par MM.(2) ....

déclare adhérer à la Ligue de protection et de défense professionnelles LE SOU MÉDICAL

et envoie au Trésorier la somme de(3) ....

montant de ma cotisation pour l'année courante.

A.., *le*..

SIGNATURE :

(1) Syndicat médical ou Association médicale.
(2) Deux confrères, membres du Sou Médical.
(3) Du 1er Janvier au 1er Juillet : **Vingt francs.**
Du 1er Juillet au 1er Décembre : **Onze francs.**
Au delà du 1er Décembre, pour l'année suivante : **Vingt francs.**

ENVOYER CE BULLETIN AFFRANCHI, AVEC LE MANDAT INCLUS, AU TRÉSORIER DU **Sou Médical** : Dr GASSOT, A CHEVILLY (LOIRET)

De même, ajoute M. Huchard, l'*hypertrophie cardiaque de croissance*, des adolescents, décrite par G. Sée, est une fausse hypertrophie. Elle n'existe pas. Les troubles fonctionnels connus sous ce nom tiennent simplement à un développement incomplet de la cage thoracique : dans un thorax trop étroit, un cœur normal paraît trop volumineux ; sa pointe peut être sentie au-dessous du cinquième espace intercostal et donner l'apparence d'un choc plus énergique. Cette fausse hypertrophie, il est vrai, devient quelquefois réelle : le cœur, gêné dans une cavité thoracique petite, lutte et s'hypertrophie à la longue. Aussi, importe-t-il de reconnaître de bonne heure et de combattre la fausse hypertrophie en question. Point particulier : alors que, dans les maladies réelles du cœur, il faut prescrire le repos. dans la fausse hypertrophie de croissance on doit faire le contraire et développer le thorax par des exercices appropriés.

Une autre erreur du même genre, fréquente également, est relative aux *souffles extra-cardiaques*, que l'on confond avec des bruits valvulaires. Les souffles extra-cardiaques ne sont pas rares ; ils se produisent dans le poumon, selon un mécanisme diversement interprété par les auteurs. Au point de vue clinique, ces souffles ont des caractères qui leur sont propres. Ils peuvent s'entendre dans toutes les régions du cœur, sans spécialisation aux régions valvulaires. Ils ne se propagent pas comme les souffles organiques. Enfin et surtout, ils ne couvrent ordinairement pas le premier bruit, qu'ils suivent le plus souvent (ce que M. Huchard appelle *Pafoutt, pa* représentant le premier bruit, et *foutt* le bruit extra-cardiaque surajouté).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Le poumon porte d'entrée de la tuberculose chez l'enfant.

On connaît les idées pathogéniques défendues par Behring, Vallée et Calmette sur la transmission de la tuberculose par le tube digestif. Cette opinion, basée sur des données expérimentales, est loin d'être adoptée par tout le monde. Dans une récente communication à la Société médicale des hôpitaux, M. COMBY montre combien, au contraire, la clinique plaide en faveur de la contagion tuberculeuse par voie pulmonaire.

Depuis douze ans, dit-il, sur 1432 autopsies faites dans les hôpitaux d'enfants, j'ai relevé 529 fois la présence de lésions tuberculeuses. Or sur ces 529 tuberculeux, je n'ai pas constaté une seule fois la tuberculose primitive de l'intestin ; en revanche, j'ai trouvé constamment la tuberculose des ganglions trachéo-bronchiques ou des poumons. Chez les enfants, la tuberculose gravite tout entière autour de l'adénopathie bronchique.

P. L.

CLINIQUE ET BACTÉRIOLOGIE

Bacille d'Eberth ou colibacille ?

Que le colibacille soit capable, au même titre que le bacille d'Eberth, de causer la fièvre typhoïde, je le crois certain. Ils sont donc, tous deux, à mettre dans le même sac, sinon à ranger sous la même étiquette. Et encore, les bactériologistes, nous montrant le colibacille se tranformant en Eberth, ne nous empêchent pas de penser que cette transformation est, peut-être, toute d'apparence. Un simple changement d'uniforme ; il prend le gram, il ne le prend plus. Le cuirassier dans les dragons ! Les unicistes et les dualistes pourraient s'entendre s'ils voulaient.

Quoi qu'il en soit, je verse au débat et à leur intention, puisque le *Concours Médical* m'y convie, quelques faits. Les circonstances les ont groupés de façon à les rendre saisissants et j'ai pu en pousser l'analyse plus loin qu'il n'est souvent possible en clientèle rurale.

Dans ma petite ville de 2.000 habitants, j'ai passé d'abord onze ans, de 1893 à 1904, sans observer plus de deux cas de fièvre typhoïde. Ce n'est pas de l'endémie, je tiens à le faire remarquer.

En 1904, une petite épidémie frappe deux maisons contiguës, donnant cinq cas, dont un mortel.

Les deux puits voisinaient avec une fosse d'aisance et recevaient complaisamment son trop-plein sans compter les infiltrations. On remédie à cette situation fâcheuse et l'épidémie s'arrête.

Pas besoin d'un long examen pour être sûr qu'il y avait pollution massive par le colibacille. L'Éberth, s'il y en avait, avait dû naître sur place. Les trois premiers cas en date furent bénins, le quatrième fut rapidement mortel. Le contage était donc passé d'une bénignité réelle à la plus extrême virulence.

Silence complet ensuite, jusqu'en 1906. Cette année-là, 24 cas se produisirent dans un quartier ouvrier occupant un segment de rue de 150 mètres environ. Ils furent soignés par mon confrère le Dr Renoult et par moi. A quelques détails près, leur évolution fut la même, celle d'une fièvre typhoïde classique mais bénigne. La description sommaire que j'en ferai concerne particulièrement mes onze cas.

Le ballonnement du ventre, la douleur et le gargouillement de la fosse iliaque, la diarrhée, la légère congestion bronchique ne manquèrent jamais ; les taches rosées furent observées toujours, très nettes et parfois très abondantes. Les symptômes nerveux, toujours très nettement accusés, ne présentèrent aucune sévérité. La température se maintenait autour de 39°5 à la période d'état, ne dépassant 40° que d'une façon tout à fait exceptionnelle et passagère.

La durée de la maladie fut généralement courte puisque, sur 11 cas, j'ai trouvé une moyenne de 21 jours 60 avec un maximum de 40 jours et un minimum de 13.

Sur les 24 cas, il s'est produit trois rechutes ; l'une d'elles fut suivie de mort chez une femme chétive et en état de grossesse avancée. C'est le seul décès que nous ayons eu.

Nos malades étaient groupés dans un quartier de très petite étendue ; on en comptait deux, quelquefois trois, par maison. Le plus jeune avait 6 ans, le plus âgé 54. Tous avaient été pris à peu près en même temps et, pour 10 de mes cas, autant que j'ai pu m'en assurer, c'était entre le 15 et le 24 septembre. Le 11e fut un cas de contagion au lit du malade.

C'était donc une contamination massive et qui devait avoir une cause unique et fortuite. Une enquête sommaire me fit découvrir que tous les ménages frappés buvaient l'eau d'une même fontaine publique. Comme pour souligner cette coïncidence, à la caserne de gendarmerie, où le fils du brigadier était pris, un seul ménage sur quatre faisait usage de cette eau, c'était celui du brigadier. Une exception se présentait : un ménage ouvrier n'en faisait pas usage, mais l'enfant, qui avait la fièvre typhoïde, déclarait que, passant tous les jours devant cette fontaine, au retour de l'école, il y puisait largement. Il passa d'ailleurs

la maladie à sa mère qui, dans des conditions particulières de surmenage, se laissa infecter d'une façon qui resta bénigne. C'était là une double exception confirmant la règle.

La fontaine fut fermée le 23 septembre et pas un cas nouveau ne se produisit, sauf ce cas de contagion, le 24 octobre.

Cette fontaine était donc la coupable. Elle voisinait avec un égout mal construit et encore plus mal entretenu ; rien ne s'opposait aux infiltrations de l'un à l'autre.

Un échantillon d'eau prélevé par moi le 22 septembre fut analysé par le Dr Boureau, de Tours, et voici le résultat de ses recherches qu'il m'adressait le 8 octobre suivant :

« Cultures : sur bouillon, pousse rapide ; en 5 heures trouble, odeur assez accentuée, fétide.

Sur gélose, les colonies produites sont abondantes, peu variées, donnant un bacille ne prenant pas le Gram.

Sur gélose lactosée au tournesol, après passage sur un milieu phéniqué à 1/1000, les cultures donnent, de nouveau, le bacille ne prenant pas le Gram. Ce bacille transplanté sur gélose lactosée n'a pas fait virer complètement au rouge. Ses autres caractères tendent à le faire ranger parmi les bacterium coli, *variété éberthiforme.* »

La même année, fin de décembre, trois nouveaux cas éclatent dans un quartier très éloigné du précédent et parfaitement indépendant de lui au point de vue des eaux de boisson et de l'écoulement des eaux d'égout.

L'un des cas, chez un homme épuisé de privations et de fatigue, se termine rapidement par la mort. Un enfant de trois ans est pris et évolue en trois semaines. Un ouvrier de son père, âgé de vingt ans, tombe à son tour et fait une fièvre typhoïde assez longue, soignée dans sa famille par le Dr Legros, de Montrichard, qui a bien voulu me tenir au courant de l'évolution et confirmer mon diagnostic.

Je soupçonnai encore une fontaine publique : elle fut fermée pendant un mois et demi environ et l'épidémie s'arrêta net. Un examen minutieux fit découvrir une communication entre le réservoir de la fontaine et l'égout qui passe dans son voisinage. Ici encore, la pollution par des matières fécales avait été massive. Assez longtemps après, le laboratoire municipal de Paris a trouvé dans l'eau de cette fontaine une moyenne de 165 colibacilles par litre.

Résumons : D'une part, la fièvre typhoïde toujours *une* dans ses grands symptômes si caractéristiques et son évolution ;

D'autre part, toujours, à son origine, le colibacille. Quand on ne le voit pas, on le soupçonne, on le devine. Pour 24 cas sur 32, il a été pris en flagrant délit de maléfice..... et aussi de *travestissement*, diront quelques-uns. Cet *éberthiforme*, nul ne sait si c'est le coli qui devient éberth ou l'éberth qui redevient coli, mais, de toute façon, il nous est un témoin qu'il n'y a pas de fièvre typhoïde sans bacille d'éberth.

C'est ce que me disait, vers 1898, le maire de ma commune, un médecin, se portant garant de la salubrité d'une fontaine que je lui dénonçais, analyse en main, comme infectée de colibacilles. Or, cette fontaine est précisément celle qui causa l'épidémie de septembre 1906.

J'en conclus que, sans doute, il n'y a pas non plus de bacille d'éberth sans colibacille et que celui-ci, s'il n'est pas toujours le coupable avéré, mérite toujours qu'on le tienne en état de prévention.

4 novembre 1908.

Dr Médail.
de Bessé-sur-Braye (Sarthe).

GYNÉCOLOGIE

Le traitement direct, sans vaso-constricteurs des hémorragies métritiques,

Par le Dr Ed. Hatto

Parmi les symptômes métritiques habituels, il en est un qui parfois prédomine et préoccupe fort les malades, ce sont les hémorrhagies profuses au moment des règles. Elles durent 8 à 10 jours, et s'accompagnent d'anémie progressive, car la période menstruelle suivante ne laisse pas aux reconstituants le temps d'agir.

On fait alors appel aux vaso-constricteurs avec un succès momentané parce qu'il s'agit ici d'une médication symptomatique.

On fait appel au curettage pour éliminer des fongosités utérines, et, dans beaucoup de cas l'affection reparaît, ou bien encore (nous l'avons vu), il existe une *disparition définitive et totale* des règles.

Or, dans les cas de ménorrhagie, la thérapeutique peut être causale sans opération sanglante destructive de la muqueuse. Il suffit d'agir sur l'utérus par une médication décongestive et résolutive puissante, et pour cela, nous prescrivons le thigénol.

Lorsque, en effet, on place sur le col utérin des tampons biquotidiens de glycérine thigénolée (40 gr. p. 60), on observe des écoulements séreux d'abondance progressive et qui obligent la malade, prévenue d'ailleurs, à se garnir. Sous l'influence de ces écoulements qui viennent des glandes muqueuses et aussi des vaisseaux dilatés, la pression diminue dans le système artério-veineux génital ; dégorgés de sang, ces vaisseaux retrouvent leur tonus musculaire, et ils tendent à se resserrer.

Remarquons ici, que cette vaso-constriction due au thigénol, n'est pas comparable à celle produite par l'ergot, l'hamamelis, etc. Elle est secondaire à une diminution de pression, à une sorte de saignée directe continue et par conséquent elle est permanente. Les vaso-constricteurs, au contraire, agissent primitivement sur la tunique des vaisseaux ; le sang trouvant devant lui moins d'espace à remplir, s'éloigne, mais il ne tarde pas à revenir quand la vaso-constriction cesse, et la pression du début se rétablit. Ainsi, par le thigénol, l'hypotension est permanente, par les vaso-constricteurs elle ne peut être que momentanée.

C'est ainsi qu'il faut expliquer ce fait bien constaté dans nombre d'observations, que si l'on commence une semaine avant les règles, les pansements thigénolés, celles-ci sont moins abondantes, durent moins longtemps et n'affaiblissent pas la malade.

Quand l'époque menstruelle a disparu, nous continuons encore la médication parce que l'utérus congestionné par la crise qu'il vient de subir doit être énergiquement soulagé. Pendant une bonne semaine encore, nous procédons aux mêmes pansements et après quelques jours de repos (pas toujours utiles), nous reprenons le remède pour agir nettement sur les règles suivantes.

Par ce procédé, il est rare que les menstrues ne se régularisent pas. Au bout de 2 à 3 mois, elles sont normales et désormais conservent ce caractère si la malade ne se fatigue pas plus que de coutume ou ne subit pas une infection nouvelle.

Ce que nous observons pour les ménorrhagies, doit être rejeté pour les métrorrhagies. Bien souvent métrorrhagies et ménorrhagies se succèdent et se confondent ; l'action hypotensive du thigénol exerce des effets tout aussi favorables.

Dans ces cas, où l'on n'hésiterait pas à opérer

soit par curettage, soit même par hystérectomie, nous pensons qu'il est nécessaire de tenir constamment la malade, pendant 20 jours par mois, et cela malgré les écoulements sanguins, sous l'influence du thigénol.

Aux pansements faits par nous-même tous les deux jours, nous ajoutons les jours intercalaires, l'usage des ovules Roche à 30 % de thigénol.

La malade les place elle-même, le soir en se couchant. Il faut lui recommander de garder pendant une demi-heure environ le décubitus dorsal, afin que le thigénol puisse se répandre également sur toute l'étendue du museau de tanche. Il faut aussi lui recommander de porter le plus loin possible l'ovule thigénolé, car il y a des malades, les névropathes surtout, qui, par des contractions réflexes vaginales, chassent au dehors l'ovule encore peu fondu.

Par ce double moyen thérapeutique, l'action décongestive et résolutive est tout à fait énergique. Les écoulements séreux sont fort abandants et ne diminuent d'intensité qu'au moment où l'utérus est suffisamment décongestionné, les hémorrhagies alors ont disparu et le volume de l'organe est revenu à la normale.

Nous n'avons pas parlé encore de l'influence du thigénol sur la douleur et la leucorrhée qui accompagnent souvent les hémorrhagies utérines.

La douleur hypogastrique et iliaque, surtout la douleur lombaire s'atténuent en quelques jours. C'est même là, le premier résultat favorable observé. Puis elles disparaissent totalement bien avant la cessation des hémorrhagies. Ces résultats sont dus à l'action résolutive du thigénol, mais aussi à ses effets analgésiques directs aujourd'hui établis.

Quant aux pertes muco-purulentes, elles ne tardent pas à se modifier ; leur coloration jaunâtre disparaît d'abord puis elles se fluidifient, diminuent d'abondance et dans beaucoup de cas se tarissent totalement en 2 mois environ.

Logiquement, d'ailleurs, il ne peut en être autrement, car la décongestion, de la muqueuse utérine amène une moins grande production de mucus. En outre, sous l'effet de la sécrétion thérapeutique abondante et aussi par l'action antiseptique du remède, les micro-organismes de la cavité utérine sont draînés à l'extérieur et perdent leur virulence.

Ce triple résultat, sédation des douleurs, atténuation et disparition des hémorrhagies, atténuation et disparition de la leucorrhée, se manifeste en même temps, puisqu'*il est sous la dépendance* des mêmes propriétés médicamenteuses, mais il faut insister, avant tout, sur l'action remarquable du thigénol, sur les ménorrhagies et les métrorrhagies, action constante et progressivement curative, diminuant le nombre des indications chirurgicales.

PRATIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE
DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

XIX

G. 5. — Réduction des fractures intra ou juxta-articulaires du poignet ou des os de la face (*Suite*).

Les chocs directs sur le poignet déterminent la fracture à deux ou trois centimètres de l'articulation et souvent les deux os sont atteints.

Nous avons étudié dans le précédent numéro cette fracture et son traitement.

Aujourd'hui, nous nous attacherons à préciser ce qu'il faut entendre par la fracture du poignet et nous étudierons, en même temps que ses variétés, ses divers modes de traitement.

Posons tout d'abord en principe que nous aurons le plus souvent affaire à la fracture de l'extrémité inférieure du radius seule. Le cubitus résiste généralement. Cette fracture, qui n'est que l'exagération d'une entorse, se produit à l'occasion d'une chute sur la main. Il y a renversement de la main sur l'avant-bras, comme si la face dorsale de la main allait entrer en contact avec l'avant-bras.

Outre la douleur et le fameux dos de fourchette qui frappera le médecin comme il a frappé le blessé et son entourage, il y a un autre signe qu'il nous faudra rechercher et dont nous tirerons un parti important pour notre diagnostic et aussi pour notre traitement.

Lorsque nous saisissons un poignet sain, le nôtre par exemple, en enfonçant le pouce dans la dépression connue sous le nom de « tabatière anatomique » et que nous plaçons l'extrémité de notre médius à la base du cubitus, nous sentons nettement deux extrémités osseuses faisant saillie puis dépression. Ce sont les apophyses cubitales et radiale ; la ligne qui réunirait ces deux crans articulaires forme la ligne bistyloïdienne dont tous nos traités font mention. Disons que cette ligne est presque horizontale, on trouve une légère différence sur un poignet sain, mais franchement, il faut mieux considérer ces deux points comme situés à la même hauteur. Lorsqu'il y aura fracture de l'extrémité inférieure du radius, l'apophyse styloïde de cet os sera remontée, il y aura un arrachement de son insertion ligamentaire et en même temps nous constaterons une saillie de l'extrémité cubitale qui nous paraîtra anormale. La douleur, la déformation qui, masquée par le gonflement, est peu marquée parfois, l'ascension de la malléole radiale, voici des signes qui nous feront poser un diagnostic presque certain.

J'ai dit, dans un précédent article, que lorsque nous douterions, il ne faudrait pas hésiter à baptiser fracture ce que nous serions tentés d'appeler entorse du poignet ; c'est qu'en effet, l'entorse de cette articulation ne se rencontre pas avec les signes que nous venons de dire.

Avec intention nous n'avons parlé ni de la mobilité anormale, ni de la crépitation. Ces signes sont rares; quand ils se rencontrent, leur constatation positive possède une valeur de premier ordre et comporte des indications pour le traite*ment, sur lesquelles nous reviendrons*, mais leur absence n'infirme en rien le diagnostic de fracture.

Au poignet, en effet, la fracture de l'extrémité inférieure du radius détermine le plus souvent un éclatement du bout supérieur et une pénétration avec engrènement de l'extrémité inférieure dans l'autre partie de l'os.

On comprend donc pourquoi il peut ne se montrer ni mobilité, ni crépitation ; l'os est fixé, il est solide et le désengrènement ne se ferait pas sans beaucoup de difficultés et même sans inconvénients.

Lucas-Championnière, auquel nous empruntons quelques-uns de nos arguments, a traité dernièrement ce chapitre des fractures du radius avec beaucoup de soin ; cet article, paru dans la *Revue Clinique* de cette année (octobre 1908), est fort intéressant à consulter. Il pose en principe que le désengrènement est une faute et que le chirurgien doit respecter ce travail de la nature qui nous vient en aide en nous apportant la solidité. Il ajoute, ce qui se comprend, que si le désengrènement était obtenu, la contention ne serait pas faci-

litée, bien au contraire, et même qu'elle ne serait pas aisément maintenue, car l'appareil enlevé, il y aurait ascension de l'apophyse radiale allant à la rencontre du bout central. Le fracas ayant produit une perte de substance, cette perte de substance persistera avec ses conséquences.

Ainsi donc, disons que la fracture sans mobilité, sans crépitation devra être respectée.

Elle guérirait seule peut-être mieux qu'avec notre intervention, aussi devons-nous aider la nature sans nuire à son œuvre réparatrice.

C'est ici que nous devons nous rappeler ce que nous avons dit au début : qu'il vaut mieux un membre un peu déformé, mais utile, qu'un membre droit, mais raide et douloureux. Cette fracture consolidée au moment même de sa production sera le triomphe du massage et de la mobilisation.

Le seul mouvement à éviter sera le mouvement qui rappellera celui qui aura causé l'accident, c'est-à-dire le mouvement de redressement du poignet. On s'arrangera donc pour que la main soit plutôt fléchie vers la face palmaire.

Mettrons-nous un appareil ? Oui, il le faut. En dehors de l'hôpital, on ne nous autorisera jamais à ne rien faire, et c'est ne rien faire que ne pas entourer un bras cassé de bandelettes ou de plâtre.

Mais l'appareil sera toujours amovible. Si ce sont des attelles, l'une ira jusqu'à la ligne articulaire métacarpienne ; l'autre ira jusqu'au milieu des doigts ; bien matelassées, bien rembourrées, ces attelles seront maintenues par des bandes.

Le massage sera doux, quotidien, la main posant à plat sur un coussin un peu dur. L'avant-bras et le coude bien placés pour qu'il n'y ait pas de fatigue. On s'attaquera à l'œdème qu'on verra disparaître presque magiquement ; il se reproduira, mais le malade, enchanté et confiant, aura une grande reconnaissance à son médecin, car il lui aura fait passer la douleur, cette sensation de serrement que les blessés nous décrivent si bien.

Soyez certains que le malade réclamera son massage et qu'il aura, parbleu, bien raison. Travaillez les mouvements ; les doigts seront fléchis, puis redressés. Le poignet sera, lui aussi, amené sur le bord de la table, fléchi, puis légèrement tourné autour de l'axe cubital; il ne faut pas que la rouille se mette dans tout cela ; imitez le serrurier qui fait marcher plusieurs fois la clef dans la serrure.

Tout cela a pris du temps, c'est minutieux et certainement pas assez bien payé pour le mal qu'on se donne et le bien qu'on fait. Mais patience. Plus tard, on nous rendra peut-être justice.

Si on fait un plâtre, il devra s'inspirer des indications que nous venons de donner. On le laissera peu de jours en place. Quatre ou six au plus.

Si au lieu de cette fracture avec engrènement, nous nous trouvons en face d'une fracture avec mobilité et crépitation, le traitement rentrerait dans celui que nous avons décrit pour la fracture des deux os. Il y aurait lieu à réduction, il y aurait lieu de faire une contention plus prolongée et le début du massage et de la mobilisation se trouverait retardé. Cette fracture est plus fréquente chez l'enfant, chez l'adulte même, jusqu'à 24 ou 25 ans. Il s'agit alors d'un décollement épiphysaire plutôt que d'une fracture type.

Bien entendu, chaque fois que la chose sera possible, il y aura avantage à utiliser la radiographie, soit comme complément de diagnostic, soit comme contrôle du traitement. Pas besoin de grandes plaques, la main n'est pas utile et on peut très bien obtenir les renseignements suffisants avec un cliché de petite dimension.

J'ai tâché d'être clair et de donner sur cette fracture des indications précises ; on peut s'étendre beaucoup sur ce sujet et décrire un tas de variétés et de modalités. Mais dans la pratique, ces finesses et ces fioritures de concours sont inutiles. Je crois qu'avec ce que j'ai mentionné, on sera en état de faire de la bonne besogne ; c'est pour nous le principal.

L'article que je viens de commenter parle de la réduction des fractures articulaires ou juxta-articulaires des os de la face. Je ne comprends pas. S'il s'agit du maxillaire, il ne peut être question que de gros traumatisme ; il y aura des séquestres ou la suture s'imposera. La réduction sera illusoire et presque impossible à l'aide de ce dont nous disposons couramment.

J'avoue ne pas comprendre ce qu'on a voulu dire ; l'honoraire qui nous est alloué pour ce travail bizarre est de 25, 30 ou 40 francs.

(*A suivre.*)

D[r] Ch. LEVASSORT.

LA RÉFORME DES ÉTUDES MÉDICALES

A. — La réforme des études médicales et l'encombrement professionnel.

Le D[r] Delpeut, de Saint-Chéron (Seine-et-Oise), a fait paraître dans le numéro du 1[er] novembre dernier du *Concours Médical* un long article, intéressant et très documenté dans son ensemble, sur la réforme des études médicales. La pensée maîtresse de l'auteur, à laquelle tout le monde doit souscrire, aussi bien dans l'intérêt du public que du corps médical, c'est qu'il faut arriver à la limitation du nombre des étudiants, viser la qualité et non la quantité des futurs médecins. Pour parvenir à ce but, le D[r] Delpeut propose conjointement les deux solutions suivantes : suppression d'un certain nombre d'écoles ; concours à l'entrée des écoles de médecine.

Pour la suppression des écoles, un certain nombre d'objections viennent immédiatement à l'esprit. D'abord cette suppression va à l'encontre de la décentralisation tant demandée ; elle nuirait, en outre, à la bonne instruction des étudiants, but ultime et supérieur de toute diminution du nombre. Pour que l'enseignement réponde aux vœux réitérés des Praticiens, pour qu'il soit, non pas théorique, mais surtout clinique et pratique, il faut que les services, les laboratoires ne soient pas encombrés, il faut, au contraire, un nombre assez grand de professeurs par rapport à celui des élèves. Cette suppression d'un certain nombre d'écoles irait donc à l'encontre du résultat recherché et réclamé. Elle ne saurait en tout état de cause, être primitive ; elle ne pourrait être que secondaire et lointaine lorsque la « matière étudiante » serait devenue trop rare, trop clairsemée, ce qui ne se réalisera pas en raison de la diffusion de l'instruction et ne doit pas être souhaité, car le public manquerait de praticiens.

Toujours au sujet de la suppression d'un certain nombre d'écoles, le D[r] Delpeut propose notamment celle des écoles de médecine militaire et coloniale, de Lyon et de Bordeaux. Ces écoles créant des médecins pour des services spéciaux de l'Etat, le corps médical n'a pas à s'en occuper : l'Etat est libre de recruter ses fonctionnaires où il lui plaît et de la façon qu'il juge la meilleure. En tous cas, le recrutement tel qu'il en est effectué, répond précisément aux desiderata de notre confrère. Pour entrer dans ces Ecoles, il y a d'abord un concours. C'est donc une élite qui est admise, si tant est que l'élite sorte toujours des concours. En outre, à la fin des études un peu écourtées par

rapport à celles des étudiants civils, temps d'ailleurs en partie compensé par l'instruction intensive (trop intensive même), donnée dans ces écoles, les élèves munis du diplôme de docteur ne sont pas utilisés immédiatement dans les services de l'État ; ils sont envoyés comme stagiaires pendant 8 à 9 mois dans les Ecoles d'application où ils font exclusivement de la clinique, des travaux pratiques de médecine opératoire et de bactériologie. Après cette école d'application, fructueuse puisque tout souci de savoir livresque est banni, ils subissent un nouveau concours, le concours pour l'obtention du grade et le classement d'ancienneté par ordre de mérite ; ce concours roule presque exclusivement sur des épreuves cliniques et pratiques. A la sortie enfin de ces Ecoles d'application, ils attendent leur affectation en remplissant les fonctions de médecins de garde, d'aides dans les services de chirurgie, ou sont envoyés dans les hôpitaux coloniaux comme médecins en sous-ordre. Aussi, quand le Dr Delpeut parle des lacunes de l'instruction des médecins militaires, ses renseignements à ce sujet sont inexacts, puisque si tous les médecins subissaient une préparation aussi complète, des concours aussi nombreux, il n'y en aurait pas beaucoup à avoir le droit d'aller exercer librement la profession médicale.

En ce qui concerne le concours proposé à l'entrée de toutes les Ecoles de médecine, je ne partage pas entièrement l'opinion de notre confrère. Ce concours ne doit pas présenter des difficultés trop grandes et porter sur des connaissances trop multiples. Comprendre dans les épreuves d'élimination des branches qui n'ont rien à voir, comme les mathématiques, avec les sciences naturelles et biologiques, est une exagération manifeste. C'est méconnaître ou oublier la méthode en usage dans les sciences médicales. Il faut que l'étudiant ait appris, dans ses études antérieures, à raisonner, comparer, classer et choisir—, c'est ce qu'on nous apprenait autrefois en philosophie et c'est ce qu'on doit y apprendre encore vraisemblablement — ; il n'a nullement besoin de raisonner mathématiquement par abstraction, mais sur les faits recueillis par l'observation. La vérité, but de la recherche en mathématique, est absolue ; elles est toujours, en biologie, contingente, relative. Par conséquent, il y a là deux méthodes différentes et qui supposent des aptitudes très différentes de la part des individus, aptitudes qui doivent être développées pleinement suivant la direction choisie.

L'élimination d'épreuves n'ayant rien à voir avec la méthode des sciences naturelles une fois faite, j'ai dit que le concours ne doit pas présenter de difficultés trop grandes; voici pourquoi. Si le concours est très dur par le nombre et la nature des épreuves, ce concours ne portant dans son ensemble que sur des notions théoriques, il s'ensuit que vous éliminerez un grand nombre d'étudiants dont l'intelligence claire et précise se refuse à emmagasiner et à bien classer des notions apprises dans les livres. En reculant l'époque de l'observation directe, vous continuez à maintenir ces esprits en lisière, vous reculez le moment de leur formation intellectuelle. Après une bonne culture théorique comme celle donnée par les études actuelles et *qui peut être améliorée*, il faut mettre l'étudiant en contact avec la réalité et c'est dans ce contact qui oblige à aller de la théorie à l'observation et de l'observation à la théorie qu'il donnera toute sa mesure, développera son fonds, s'il en possède un véritablement. En définitive le concours devrait être un résumé, une synthèse de toutes les études antérieures, lettres, sciences, P. C. N., afin que si quelques sujets insuffisants avaient pu passer à travers le crible des divers examens, ils soient arrêtés à temps, à l'orée des études médicales. Par ces moyens, vous n'empêcherez pas certains étudiants d'être mauvais élèves, pendant leurs études, mais le concours à l'entrée des écoles ne supprime pas toutes les médiocrités ; tel a fourni un concours qui ne fournit plus rien, à l'Ecole, ni durant toute sa vie.

Dans ces conditions, dira-t-on, vous n'arrêterez qu'un petit nombre d'étudiants, vous ne supprimerez pas la pléthore ? La pléthore qui existe dans la profession médicale comme dans toutes les professions d'ailleurs, grâce aux bienfaits de l'instruction obligatoire, ne peut être atténuée que par des mesures justes, graduées et elle peut l'être par la sévérité aux examens. Le corps médical souffre de l'encombrement, et disent quelques-uns, de l'insuffisance de quelques confrères, eh bien, il faut que les professeurs ne délivrent le « satisfecit » qu'à ceux qui le méritent réellement ; ils doivent renvoyer l'étudiant qui n'a pas travaillé ou qui a mal travaillé à 6 mois, un an, prolonger la durée des études et ne le recevoir que lorsqu'il sera digne, et pour qu'il n'y ait pas de parti-pris, il faut changer chaque fois le jury et que le jury juge sans connaître le passé scolaire.

Ce serait la leçon des faits, la seule qui demande un peu de courage et qui est conforme à la justice. Lorsque les étudiants et leurs familles sauraient qu'on ne devient pas docteur en lassant la patience des juges, qu'il faut beaucoup et longtemps travailler avant de décrocher la timbale, ils y regarderaient à 2 fois, avant de s'engager ou d'engager leurs enfants dans cette voie hérissée de difficultés. Il faut que les professeurs n'écoutent ni leur intérêt, ni les recommandations — du reste la grande majorité est ainsi composée — et le mal de l'encombrement s'atténuera, en tous cas, il n'ira pas en s'aggravant. Que le corps enseignant qui est la tête qui pense, soit en même temps le bras qui exécute, opère les retranchements nécessaires.

Dr CHARÉZIEUX.

B. — La réforme de l'enseignement et la pléthore médicale.

Mon cher ami,

J'ai lu avec la plus grande attention et un réel intérêt les articles que nos confrères Dupont et Delpeut ont consacrés récemment dans le *Concours* aux questions de la réforme de l'enseignement et de l'encombrement médical.

Les idées exposées par nos confrères seront soumises par eux au Comité de vigilance. Je ne crois pas le moment venu de discuter, dans tous leurs détails, des opinions, inspirées par le souci évident des besoins du corps médical, quoique différentes de celles qui ont été adoptées, d'une manière à peu près unanime, par le Congrès des Praticiens de Paris et par celui de Lille. Mais il me sera permis de faire observer que la question de l'encombrement n'a pas laissé indifférents ceux des médecins qui ont pris une part active au mouvement de réformes.

***

Je crois que le corps médical, réuni dans les Congrès, avait pour premier devoir d'étudier l'éducation des futurs médecins, les conditions d'un enseignement qui leur permettra de remplir, mieux que nous-mêmes, le rôle social qui nous est attribué. L'action du corps médical a été profondément désintéressée. Mais, tout le monde le comprend aujourd'hui : l'autorité morale qu'il y a gagnée ne saurait être inutile à son

influence, ni à la solution des problèmes qui l'intéressent d'une manière directe. Le Congrès de Lille a tracé la route des réformateurs futurs : il a affirmé que l'enseignement ne peut prendre un caractère technique et professionnel, sans être affranchi de la tutelle administrative, sans l'accord des maîtres et des praticiens, sans suppression des barrières qui séparent actuellement de ceux-ci le monde enseignant officiel.

Cependant les rapporteurs du Congrès, les membres de la Commission de vigilance auraient agi au mépris des intérêts du corps médical actuel, s'ils n'avaient cherché un remède à l'encombrement, tout en faisant effort pour renouveler l'enseignement dans son esprit et dans sa forme. Le Dr Dupont et le Dr Delpeut ne semblent pas avoir eu connaissance des idées émises à ce sujet ; je les ai résumées dans un travail publié, un mois avant le Congrès de Lille, dans le *Bulletin de l'Union des Syndicats* et le *Petit Praticien*. Il n'en est pas question dans leurs articles. Le Congrès de Lille, en s'associant aux projets sur l'autonomie, a demandé que les praticiens fussent chargés de faire passer les examens professionnels, en fin d'études : les médecins auraient ainsi eux-mêmes le moyen d'atténuer l'encombrement, en agissant d'une manière équitable envers les étudiants, médecins, confrères de demain.

Au système du Congrès de Lille, cherchant à libérer nos Ecoles de l'Etat, à leur rendre une personnalité morale, à unir le corps officiel et les praticiens, laissant à ceux-ci le soin d'apporter dans les examens *professionnels* une barrière à l'encombrement, on peut opposer un système qui consiste à faire appel à l'Etat qui risquerait de donner, à mon avis, aux Ecoles de Médecine un caractère plus étroit, plus artificiel que celui d'aujourd'hui, à transformer nos maîtres en fonctionnaires d'enseignement dans toute la force du terme. Dans ce système, la question de l'encombrement semble passer au premier plan, l'intérêt de l'enseignement passe au second. Je ne crois pas qu'il offre la moindre chance de succès.

Le corps médical devait, dans cette voie, exercer une pression incessante sur l'Etat, auquel la question de l'encombrement est et sera toujours parfaitement indifférente. Par quels moyens l'exercera-t-il et quelle sera sa force contre celui-ci ? L'autorité des médecins n'est due ni à leur nombre, ni à leur puissance matérielle. Leurs revendications sont toutes puissantes tant qu'elles s'appuient sur l'intérêt général, sur des raisons morales. Mais pourraient-ils atteindre un résultat en défendant des intérêts égoïstes, réellement ou en apparence ? L'opinion publique, sur laquelle nous devons nous appuyer, sans laquelle nous ne pourrons vaincre, serait-elle d'accord avec nous, si nous déclarions vouloir remanier l'organisation de nos Ecoles, simplement pour réduire le nombre des médecins ?

***

Quel que soit le système adopté par le corps médical — et on pourrait m'accuser de ne pas juger en toute équité et toute impartialité les idées du Dr Dupont et du Dr Delpeut — l'essentiel est aujourd'hui et sera demain de maintenir l'union du corps médical. Sinon, l'Etat fera toujours ce qu'il voudra, contre nous et malgré nous, et dans l'intérêt seul de l'administration. Le Congrès de Lille a montré que cet intérêt est opposé à celui de l'enseignement ; il ne l'est pas moins à celui du corps médical ; et l'affaire du C. E. H. S. et du certificat d'admissibilité à l'agrégation est trop récente pour que nous l'ayons oubliée ! Comme moi, nos confrères comprennent l'inconvénient qu'il y aurait à revenir à la légère sur les décisions des Congrès, les projets de réformes qu'ils ont élaborés. Leurs idées ont besoin d'être creusées, d'être développées en se plaçant au point de vue de l'intérêt des étudiants, de l'enseignement, et non au point de vue de l'encombrement seul. Il faudrait que nous connaissions ce que seraient les Ecoles qu'ils veulent substituer aux Ecoles actuelles, leurs opinions sur la réforme de l'enseignement. Sinon, ils pourraient sans doute empêcher le succès des réformes demandées par les Congrès, mais ils ne pourraient eux-mêmes rien obtenir.

Bien à vous,

8 novembre 1908,

Dr LEREDDE.

C. — L'encombrement médical et les Congrès des praticiens.

L'article que j'ai consacré à cette question dans le n° 44 du *Concours médical* m'a valu une très intéressante correspondance de la part de nombreux confrères qui, tout en approuvant l'idée de la suppression possible d'un certain nombre d'écoles préparatoires et celle d'un concours d'admission aux écoles de médecine, m'ont signalé une erreur que je tiens à réparer au plus tôt.

Dans ce travail je dis, en effet (1) : « Quel mal verriez-vous encore à la disparition des écoles du service de santé militaire de Lyon et de médecine navale de Bordeaux. Ces deux Écoles en effet, ont le droit de conférer le diplôme de docteur en médecine après des études absolument incomplètes, etc., etc. ».

Or je dois à la vérité de dire qu'il n'en est point ainsi et que les deux Ecoles de Lyon et de Bordeaux ne confèrent point le diplôme de docteur en médecine. Bien au contraire, leur objet d'après l'instruction ministérielle du 21 mars 1907 est : 1° d'assurer le recrutement des médecins de l'armée active ou de l'armée navale et 2° *de seconder les études universitaires des élèves de l'Ecole du service de santé militaire* (2). L'instruction ministérielle ajoute en effet : « *En même temps qu'ils suivent les cours, cliniques, conférences et travaux pratiques de la Faculté de médecine, les élèves reçoivent à l'Ecole un complément d'instruction scientifique et littéraire* ». En d'autres termes, l'Etat pour le recrutement des médecins de l'armée active n'a fait que nous devancer dans la voie que nous nous proposons de suivre, puisqu'il a décidé, et cela ne date que d'hier, que ce recrutement nécessitait un concours et que, jugeant les études universitaires absolument insuffisantes, il y avait lieu de créer une étude spéciale où les élus de ce concours pourraient parfaire leur éducation tant au point de vue de ces études universitaires, que de l'éducation militaire propre.

L'Etat a donc jugé que le recrutement des médecins chargés de soigner nos soldats devait être entouré d'un certain nombre de garanties que ne lui offrait pas le diplôme de docteur en médecine, tel qu'il a été institué par la loi de 1892. Il a voulu sélectionner et on ne peut que l'approuver de l'avoir fait. Mais alors on se demande pourquoi le reste de la nation ne mériterait pas la même faveur que nos soldats et pourquoi la même sélection ne présiderait pas au choix des docteurs en médecine de la nation tout entière,

(1) *Concours*, 1908, p. 781.
(2) Instruction ministérielle du 21 mars 1907.

au lieu de restreindre cette sélection aux médecins de l'armée active.

Cette rectification, que je fais avec d'autant plus de plaisir qu'elle vient, avec une force considérable, appuyer la thèse que nous soutenons, ne change en rien les conclusions que je vous soumettais antérieurement et que je prie l'Assemblée générale du Concours médical d'approuver.

Docteur DELPEUT
(de St-Chéron (S.-et-O.).

CHRONIQUE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Secours et soins aux accidentés du travail

Par le Dr Charles PÉRIER (1),
Membre de l'Académie de Médecine

MESSIEURS,

Il m'a semblé que, jusqu'ici, les discussions relatives à l'intervention du médecin prenaient un peu partout l'allure d'une lutte entre adversaires, l'un demandant plus, l'autre offrant moins et s'accusant réciproquement de vouloir pratiquer l'art de vivre aux dépens des autres.

Je m'abstiendrai de toute polémique et n'envisagerai la question qu'au seul point de vue du prompt rétablissement de la santé de l'accidenté, même malgré lui, puisque le cas existe. Pour moi, tous les autres intérêts sont de second plan.

Je ne m'écarterai pas plus aujourd'hui de ce but, que je ne l'ai fait dans notre séance du 14 mars dernier.

Je vous dirai, tout d'abord, qu'il est une notion dont on ne tient pas assez compte, c'est la suivante :

Tout accidenté passe par deux phases très distinctes : celle qui précède et celle qui suit l'arrivée du médecin.

Dans la première, le hasard joue un rôle déconcertant, dans la seconde tout est subordonné aux règles de la pratique médicale.

Pour mieux caractériser ces deux phases, j'appellerai la première : phase dangereuse ; la seconde : phase curative.

Dans la première, la porte reste ouverte à tous les germes infectieux, dans la seconde, le médecin, dès son arrivée, doit fermer toute porte d'entrée, après s'être assuré qu'il n'enferme pas le loup dans la bergerie.

Il est facile de voir que la première phase comprend l'avenir de la seconde et impossible de n'en pas saisir l'importance primordiale.

On doit donc, en toute circonstance et par tout moyen utile, s'efforcer d'en abréger la durée, d'en supprimer ou, au moins, d'en atténuer les dangers.

Il faudrait, en un mot, ne jamais se laisser prendre au dépourvu par l'imprévu.

C'est le but visé par toutes les organisations dites de : « prompt secours ». On en trouve d'excellents modèles dans les grands centres urbains, les grandes usines, grands ateliers, chantiers, gares et autres lieux de concentration. Mais est-il possible d'en installer d'équivalentes partout, loin des centres, en pleine campagne ?

Avant de répondre à la question, et pour bien ressortir les éléments du problème, il nous suffira d'un exemple tiré des innombrables occurences.

A sept ou huit kilomètres d'un chef-lieu d'arrondissement, dont je parcours souvent les alentours, à la recherche des champignons qui y abondent, un coteau assez élevé est couvert d'un bois où se trouve, non loin de la lisière, un rendez-vous de chasse, dont la toiture nécessita une réparation. Un ouvrier couvreur y fut envoyé. Il répare le toit sans accident. Mais, en sa qualité de couvreur, son risque spécial est la chute d'un lieu élevé, c'est-à-dire qu'il est plus spécialement exposé à se casser la tête ou les membres. S'il s'était cassé l'extrémité inférieure du radius, il pouvait, à la rigueur, rentrer à pied. S'il s'était cassé l'extrémité inférieure du péroné, on pouvait le ramener chez lui sans grand danger. S'il s'était cassé la jambe, avec issue du tibia à travers la peau déchirée, la situation était toute autre.

Il restait sur place, jusqu'à l'arrivée des gens requis au hameau du bas de la côte ; il était relevé, puis descendu tant bien que mal, plutôt mal que bien, par un chemin étroit, rocailleux, abrupt. En bas, un nouveau danger l'attend, celui de recevoir des soins empressés, mais mal éclairés, dans un hameau où l'eau est tirée d'un puits à ciel ouvert, voisinant avec des mares dont l'eau vaseuse simule le purin et ne laisse vivre la moindre lentille d'eau ; l'intérieur des habitations n'est pas beaucoup plus rassurant.

Au lieu de courir à la recherche du médecin et d'attendre sa venue (affaire de quelques heures), le mieux est de placer le blessé dans une charrette, sur un matelas, de le conduire à la ville, en lui évitant les cahots, et de le mener directement à l'hôpital où, dès son entrée, on le mettra en état d'attendre, avec beaucoup moins de danger, la venue du médecin qu'il reste à prévenir.

Tout chef-lieu d'arrondissement est pourvu de moyens de secours contre l'incendie, pourquoi n'y joindrait-on pas un moyen de transport (automobile si possible) permettant de mener rapidement, sur appel téléphonique, au lieu même de l'accident, un médecin ou, en son absence, un infirmier qualifié, muni du matériel nécessaire à l'administration des premiers soins contre l'hémorragie et l'infection, puis d'un bon couchage pour le retour du blessé, qu'on ramènerait sans délai à l'endroit où commencera pour lui la période curative, dans des conditions autrement rassurantes pour l'avenir et moins douloureuses pour le présent.

A défaut d'une organisation de cet ordre, si notre couvreur, à la fracture hypothétique, était porteur d'un pansement individuel, semblable ou identique à ceux de l'armée et des compagnies de chemin de fer, il pouvait traverser sans autant de risques le hameau aux eaux impures.

Cet exemple, ou plutôt ce schéma que l'on pourrait multiplier et varier à l'infini, suffit à lui seul pour démontrer la nécessité d'organisations diverses suivant les lieux, mais concourant partout au même but : la préservation de tout accidenté contre les redoutables complications originaires de la période dangereuse et pouvant compromettre la période curative. Le prompt secours, bien organisé, peut sauver la vie, sauver un membre, réduire au minimum l'infirmité fatalement inhérente à tel ou tel mode de blessure et, par là même, atténuer largement les conséquences financières que les Compagnies d'assurances sentent devenir chaque jour plus pesantes.

Créer un réseau de prompts secours étalé sur

(1) Lecture faite devant l'Association Française des Assurances sociales (commission des accidents du travail, séance du 16 mai 1908).

toute la France n'est pas œuvre facile, mais, comme l'a fait justement remarquer notre honorable Président, M. Cheysson, avec le concours simultané des communes, des compagnies et des œuvres de bienfaisance privée, on peut surmonter bien des obstacles.

Je crois en avoir assez dit pour attirer suffisamment votre attention sur l'extrême importance de la période que je qualifie dangereuse.

***

J'examinerai maintenant la période curative. Elle commence avec l'apparition du médecin, à qui incombera le traitement du blessé, et qui n'est pas fatalement le médecin du premier appel. Cette distinction est nécessaire.

En effet, en cas d'accident, on court au plus pressé ; on saisit le médecin qui passe ; on amène le premier médecin qu'on trouve chez lui, ce qui n'empêche pas toujours les médecins mandés en leur absence d'arriver à leur tour. Ils ne peuvent faire qu'un pansement d'attente, dont ils n'ont pas toujours les éléments sous la main et mettre seulement le blessé dans les meilleures conditions de transport au lieu où le traitement pourra être entrepris à tête reposée et avec toutes les ressources voulues.

Cette première intervention d'urgence ne donne pas au médecin un titre de possession de client, celui-ci, de par la loi, reste libre de son choix et, s'il s'adresse à un autre médecin, en ville ou à l'hôpital, le premier médecin n'a droit qu'à un honoraire, non soumis au tarif, qui est à la charge de celui qui l'a mandé.

Je n'ai pas à revenir sur ce que j'ai eu l'honneur de vous dire à propos du choix du médecin. Ce que je voudrais aujourd'hui, c'est devant l'extraordinaire complexité des justiciables de la loi sur les accidents du travail, vous bien faire sentir la difficulté, pour ne pas dire l'impossibilité, de réunir dans un cadre commun même des faits, qui, à première vue, sembleraient pouvoir y tenir.

La durée de l'intervention thérapeutique obligatoire, jusqu'à la consolidation, pour employer le terme consacré, n'est pas dans un rapport nécessaire et constant avec l'importance du traumatisme.

Tel accidenté, obligé de garder le lit, reprendra son travail avant tel autre qui n'était même pas tenu de garder la chambre.

Un blessé peut être traité sans danger à domicile, même en y gardant le lit ; pour un autre, l'hospitalisation s'imposera. De deux blessures en apparence identiques et soignées de même, l'une guérira bien avant l'autre, la valeur réparatrice de deux organismes peut, en effet, présenter des écarts considérables.

Quand un ébéniste veut assembler deux pièces, si la colle ne prend pas, c'est sa faute ; quand le chirurgien a mis et maintenu en parfait contact les deux bouts d'un os cassé, si la colle ne prend pas, elle est mauvaise, et c'est la faute du blessé, seul fournisseur ; si la chaux dont on le bourre reste inactive, il est encore une ressource qui compte des succès : le traitement spécifique, dont la réussite prouve que la colle était franchement avariée, mais on a le devoir de se taire. D'ailleurs cela ne compterait pas plus en justice que toute autre tare constitutionnelle ou infectieuse, avouable ou non avouable, préexistant à un accident : c'est au patron à n'avoir qu'un personnel sain. Mais cela compte fort dans le pronostic de toute blessure de catégorie quelconque, et ce n'est pas tout.

Trop souvent, à date variable, plus ou moins proche de celle de l'accident, on voit poindre, croître et proliférer certains phénomènes purement subjectifs, qu'on ne tarde pas à qualifier de neurasthénie traumatique, hystérie traumatique, hystéro-neurasthénie traumatique et qu'on englobe sous le vocable unique : névrose traumatique, terme plus compréhensif.

Ces troubles ont ceci de particulier qu'il suffit de les chercher minutieusement pour les faire naître et grandir, que plus on les étudie sur un même sujet, plus on les entretient, plus on les développe et, ce qui frappe davantage, c'est leur disparition presque magique lorsque toutes les incertitudes sur le quantum compensateur sont enfin définitivement levées.

Les hommes les plus compétents en neurologie sont souvent fort embarrassés pour affirmer la réalité de la névrose qui est soumise à leur examen, pour mesurer la part de l'exagération, pour dire, en cas de simulation vérifiée, si la simulation est consciente ou inconsciente.

On reproche au médecin (en généralisant à tort le reproche) l'abus des interventions.

Il est certain qu'une plaie simple, bien désinfectée, peut guérir rapidement, sous un ou deux pansements, à la condition d'être soustraite sûrement à la fois au contact des germes infectieux et à celui des antiseptiques toujours irritants, résultat facile à obtenir avec un pansement parfaitement aseptique.

Je n'ai pas besoin d'entrer dans les détails. Mais toutes les plaies ne sont pas simples : les plaies contuses se compliquent de décollements plus ou moins étendus, de broiement de tissus qui, mortifiés, devront être éliminés, en partie, par un travail lent de cicatrisation accompagné de suintements qui souillent les pansements, en nécessitent le renouvellement, avec nouveaux recours aux antiseptiques et lavages plus ou moins abondants, qui entraînent forcément une partie des matériaux de réparation sur le point d'être fixés, mais encore bien fragiles, d'où retard de consolidation.

Si la plaie communique avec une grande cavité, on peut être obligé de recourir à la trépanation, à des résections de côtes, à des laparotomies suivies ou non de sutures intestinales, à des interventions délicates sur les voies urinaires, sans compter les amputations, résections, sutures osseuses, énucléation d'un œil et autres interventions spéciales : chaque cas a ses indications particulières, que le médecin doit poser et remplir selon sa science et sa conscience, avec une sagacité qui est toujours personnelle.

En laissant de côté tout ce qui, dans l'intervention du médecin, pourrait être justiciable du Code pénal, on voit que la tâche du médecin digne de ce nom, celui qui, fidèle au serment d'Hippocrate, se fait le constant devoir « de s'abstenir de tout mal et de toute injustice », que sa tâche, dis-je, est souvent extrêmement lourde et difficile, et que sa sagacité, sa probité, doivent être à la hauteur de sa tâche.

***

Si le diplôme donne à tous les médecins des droits professionnels égaux, il n'a pas la vertu de rendre égale la confiance qu'ils inspirent, et comme il n'y a pas de loi qui puisse imposer la confiance, le libre choix s'impose.

Je ne reviendrai pas sur ce que j'ai dit à ce sujet : je crois avoir démontré que l'intérêt le plus certain de l'accidenté était, en principe, de suivre le choix du patron, je dis en principe, car le choix d'un patron peut parfois, involontairement, et malheureusement pour lui, ne pas être le meilleur.

Pour les accidentés qui s'abandonnent au

CORRESPONDANCE HEBDOMADAIRE

Dr C. à D. à *Concours.* — Ayant attaqué divers patrons, tous assurés à la « Zurich », pour la loi de 1898, j'ai obtenu des jugements, que je tiens à votre disposition si cela vous intéresse, faisant entièrement droit à mes réclamations et les condamnant *à tous les frais.*

Chez tous les patrons, j'avais été appelé par les patrons et accepté par l'ouvrier ; jamais je n'ai été appelé directement par l'ouvrier, *je peux le prouver.*

Or la « Zurich » a accepté les jugements ; seulement elle soutient que, conformément à la loi de 1898, j'aurais dû employer le papier libre, sans timbre, pour les avertissements et citations et ne veut pas payer les frais inhérents au timbre disant que les juges de paix ont dépassé leur pouvoir.

Elle m'a notifié ceci par ministère d'huissier et fait déposer les fonds à la Caisse des dépôts et consignations, c'est-à-dire n'a pas versé les frais de timbres.

Moi je soutiens qu'appelé par le patron, étant même le médecin attitré d'un directeur de bazar que j'ai fait condamner, je devais employer le droit commun pour le poursuivre en justice et non pas le papier libre comme le veut la loi de 1898, chose que j'aurais faite si c'était l'ouvrier qui m'avait appelé.

Or ce n'est pas le cas pour aucun des patrons que j'ai fait condamner.

Dois-je accepter les propositions de la Zurich ou puis-je carrément faire exécuter mes jugements sans crainte de me voir susciter des ennuis pour les frais de justice que je réclame et que la « Zurich » ne veut pas payer.

Personne n'a pu me renseigner d'une façon ferme à D., pour ce différend qui ne s'était jamais produit.

A ce qu'il paraît que les avoués, quand ils réclament leurs honoraires aux patrons, sont tenus de le faire sur papier libre.

Réponse. — L'article 29 de la loi du 9 avril 1898, dispose que les actes « faits ou rendus en vertu et pour l'exécution de la présente loi sont délivrés gratuitement, visés pour timbre et enregistrés gratis. »

Cette disposition s'applique dans tous les cas, aussi bien lorsqu'il s'agit de la procédure engagée contre le patron qui a choisi le médecin que dans le cas où le médecin aurait été choisi par l'ouvrier.

Nous sommes donc d'avis, bien que nous ne connaissions pas encore de précédent, que le patron (ou la compagnie qui plaide en

Suite page XII.

choix du patron, comment celui-ci devra-t-il se comporter dans ce choix ?

Nous avons vu que dans les grandes entreprises, le prompt secours était bien organisé ; il peut en être de même pour l'administration des soins consécutifs.

Quant aux patrons qui manquent de ressources pour satisfaire aux exigences de pareilles organisations, c'est aux Compagnies d'assurances qu'il appartient de s'en charger pour eux. Les Compagnies ne sont pas moins intéressées à la prompte et définitive guérison de l'accidenté.

Comment peuvent-elles obtenir le plus sûrement possible ce résultat ? Voilà le problème dont elles cherchent la meilleure solution et où j'ai à donner mon avis.

***

Revenons, si vous le voulez bien, à mon couvreur qui ne s'est rien cassé, mais qui aurait pu se casser un membre. J'avais envisagé trois cas possibles.

Dans le premier cas, il conservait l'usage de ses jambes, il pouvait donc se rendre au domicile du médecin autant de fois qu'il était nécessaire.

Dans le second cas, il pouvait à la rigueur, être soigné à domicile ; mais le médecin devait l'y aller soigner.

Dans le troisième, il devait être hospitalisé dans un établissement dûment organisé en vue d'un traitement sérieux.

Dans les deux premiers cas, s'il était célibataire, vivant seul, il était nécessaire de lui donner un asile, où trouver l'aide indispensable pendant la durée d'impotence du bras ou de la jambe. Dans le troisième cas, l'hôpital de la ville était le seul lieu de traitement possible, et la gravité de la blessure comportait l'admission d'urgence ; par suite, le choix du médecin chargé du service de chirurgie s'imposait, sans autres conditions que la soumission au règlement particulier du dit hôpital.

Pour les deux premiers cas, le choix restait libre entre les six médecins de l'endroit, tous parfaitement honorables et instruits, ne différant que par le tempérament, je puis le dire, car, dans mes séjours, je n'ai jamais refusé à chacun d'eux d'aller ranimer la confiance de ceux de leurs clients auxquels la médecine n'avait plus que le soulagement et la consolation à offrir ; je les connais donc bien et ne les crois pas capables des abus que l'on peut reprocher à certains médecins, plutôt des grands centres, qui lient partie avec des rabatteurs.

Dans l'hypothèse où mon couvreur n'aurait eu d'autre gêne que la privation momentanée de l'usage d'un bras ou d'une jambe, le concours permanent d'un bon voisin, à défaut de cohabitant, lui devenait indispensable ; d'où une source de frais, à la vérité remboursables, mais seulement dans le cas où, faute de place à l'hôpital, il eût dû attendre, pour y être mis en subsistance, le départ de quelque convalescent dont l'exeat fût sans aucun danger.

Dans cette région que je fréquente, dépourvue d'établissements industriels, habitée par des vignerons et des cultivateurs, les accidents du travail sont assez rares pour que les Compagnies d'assurances n'aient aucune raison de songer à une organisation spéciale, distincte, coûteuse : l'hôpital existant suffit. Il peut servir de dispensaire pour les blessés ou malades résidant en ville.

Ce qui manque, c'est un service de « Prompts Secours », je vous l'ai dit.

***

Messieurs, je viens de vous fournir une donnée basée sur un exemple concret : vouloir la généraliser sans examen serait dangereux.

Il faudrait savoir comment les choses peuvent se passer ailleurs ; on ne peut le savoir que par des enquêtes sérieuses auprès d'autorités compétentes, comme les présidents et secrétaires d'assistance publique et privée, ceux des sociétés médicales, affiliées ou non à l'Association générale des médecins de France, à la condition d'être animé, de part et d'autre, du désir de s'entendre pour le bien commun.

C'est le seul moyen d'aboutir à des organisations qui puissent offrir, dans chaque contrée, toute garantie à l'ouvrier blessé, l'encourager, par libre persuasion, à accepter les soins d'une organisation adaptée aux mœurs et conditions locales, offerte par le patron.

Vouloir créer une organisation systématiquement uniforme, sans élasticité, c'est courir au devant de l'échec.

On sait que toute moyenne peut ne concorder avec aucun des éléments d'où elle est tirée.

Il est non moins utile de ne jamais oublier que, dans la pratique médicale, on ne rencontre que des cas particuliers. S'il s'en trouve de comparables, il n'en est pas deux identiques.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

SOU MÉDICAL

Procès-verbal de la séance du 5 novembre 1908

Présents : MM. Maurat, Jeanne, Vimont, Gassot, Diverneresse, Cézilly, de Grissac, Dumesny.

Le Conseil prononce l'admission des nouveaux adhérents dont les noms suivent :

MM. les docteurs :

353 Legrand, à Versailles (Seine-et-Oise).
356 Roudié, à Fumel (Lot-et-Garonne).
361 Héritier, à Belley (Ain).
363 Dupret, à Flavy-le-Martel (Aisne).
368 Chabert Paul, à Divonne-les-Bains (Ain).
376 Salvage, à Issoudun (Indre).
380 Marlier, à Villerupt (Meurthe-et-Moselle).
381 Forestier, à Langogne (Lozère).
391 Pierrhugues, à Hyères (Var).
393 Aunis, à Langoiran (Gironde).
406 Sancey, à Lyon (4, rue Terme).
407 Meillet, à St-Léon (Allier).
412 Curel, à St-Saturnin-les-Apt (Vaucluse).
415 Jullien, à Bellême (Orne).
416 Louveau, à Mesle-sur-Sarthe (Sarthe).
417 Carpentier, à Fampoux (Pas-de-Calais).
425 Dinet, à Paris, 11 *bis*, rue Cernuschi.
428 Prévost, à Thiviers (Dordogne).

La correspondance comprend :

N° 21. — Lettre du Dr F. de G., qui annonce que le tribunal, réformant le jugement de la justice de paix dont il faisait appel, lui a donné raison sur toute la ligne et lui accorde 1 franc de dommages-intérêts.

N° 85. — Lettre du Dr B., en pourparlers pour régler les honoraires de son avocat qu'il

trouve disproportionnés avec l'importance de l'intervention.

N° 90. — Le Dr L., de M., demande l'appui du « Sou », dans des circonstances assez délicates de recouvrement d'honoraires.

Après avoir pris connaissance du dossier le Conseil est d'avis que le confrère doit poursuivre directement le recouvrement de ses honoraires. Il y aurait avantage pour le confrère, pour rester dans la compétence du juge de paix et éviter des frais importants, de réduire sa note à 600 francs. Si le confrère obtient satisfaction et que le client aille en appel, le « Sou médical » verra dans quelles conditions il devra intervenir.

N° 89. — Le Dr L., de S., expose sommairement un différend avec une assurance à propos d'un règlement d'honoraires, accident du travail.

Réponse. — L'indemnité kilométrique est calculée par kilomètres pourcourus à l'aller et au retour. Il n'existe aucun arrêt de la Cour suprême qui dise le contraire. Répondez cela à votre débiteur.

N° 15.—Le Dr G. de O., demande des renseignements sur les conditions d'application du tarif ministériel. Le médecin d'une localité dont le prix de la visite-étalon est de 2 francs, porte ce tarif partant où il se transporte. L'indemnité kilométrique ne doit, dans aucun cas, dépasser le montant de l'indemnité kilométrique appliquée au médecin le plus rapproché.

N° 93. — Dr P. C., à H., — Question à propos des honoraires dus pour soins à un blessé du travail habitant une localité autre que celle où il habite, localité en laquelle sont établis de nombreux médecins. Désigné par le patron, le confrère n'a pas à se préoccuper du tarif ministériel qui ne saurait lui être opposé, il devra établir son mémoire comme il le ferait pour un client ouvrier ordinaire.

N° 88.—Le Dr N. de R., tient le «Sou médical» au courant de son procès avec la Compagnie d'assurance la P.. Trois experts ont été désignés pour expertiser ses notes d'honoraires.

N° 87.— Le Dr P., à R., expose que son privilège pour soins de dernière maladie est primé par l'enregistrement ; qu'il est menacé de ne rien toucher ; que cependant il a pris inscription sur l'avoir laissé par son débiteur décédé. On lui demande de donner main-levée de son inscription. Une seconde lettre du confrère annonce que l'affaire s'est terminée par une transaction avec l'enregistrement et qu'il a pu ainsi toucher une partie importante de sa créance.

N° 75. — Lettre du Dr R., de St-E. — J'ai poursuivi les héritiers d'une de mes clientes décédée qui me payait 5 francs la visite. Les héritiers ne veulent me payer que 3 francs, car, disent-ils, ils sont des ouvriers, j'ai refusé et le juge de paix les a condamnés à me payer la somme totale que je leur réclamais. Appel devant le tribunal qui réforme le jugement du juge de paix, réduit le prix de mes visites à 3 francs et me condamne à tous les dépens. Il m'était dû 435 francs. Avec mes frais d'avocat, une note de 53 francs que je viens de recevoir de l'huissier, sur les 261 francs alloués par le tribunal il ne me revient pas un centime et j'en suis de 50 fr. environ de ma poche. Je viens demander au « Sou Médical » de me venir en aide pécuniairement dans la circonstance.

Il me semble qu'il y a là une question de principe ; *Un reçu ne constitue-t-il pas un accord écrit, une reconnaissance de tarif, et les héritiers ne sont-ils pas tenus d'observer cette reconnaissance même si ce sont des ouvriers ?*

La malade a laissé une vingtaine de mille francs à ses héritiers.

Le Conseil décide : 1° de réclamer le texte du jugement pour voir s'il ne serait pas possible d'aller devant la Cour de Cassation.

2° Et réserve toute autre intervention en demandant au confrère de fixer le montant de ses frais d'appel.

N° 80. — Dr O., à St.-L. — Appelé à visiter un chauffeur d'automobile dans une très grande propriété à Saint-P., le maître me conduit au lit du malade et ma visite faite me reçoit dans ses appartements, m'interroge : Quand le malade pourra-t-il reprendre son service ? Son affection est-elle contagieuse? Ma note adressée en décembre reste sans réponse ; enfin le 10 octobre dernier avis de traite.

Réponse de la maîtresse de maison : « Il y a erreur, veuillez rectifier ». A mes explications, on répond alors : En dehors des accidents, je ne réponds aucunement des visites du docteur. Le chauffeur en question n'est plus à mon service depuis longtemps déjà, il se nomme A, est natif de B., j'ignore son adresse actuelle.

Puis-je poursuivre ce maître sans gêne ?

Il me semble que le maître est mal venu de décliner sa responsabilité maintenant; il eut dû le faire lors des soins, ou demander sa note au médecin pour retenir les honoraires au domestique lors du départ de celui-ci ; ou encore informer le médecin que le domestique va partir.

Le Conseil décide : Poursuivez en justice de paix en réclamant 300 fr. de dommages-intérêts pour pouvoir aller en appel si le juge de paix ne vous donne pas satisfaction. Le « Sou Médical » prendra à son dû les frais de ce petit procès.

N° 95. — Dr G., à B. — Comment se défendre contre les patrons qui ne veulent pas recevoir les certificats du médecin indépendant et prétendent ne recevoir que ceux établis sur les imprimés de leur assurance et délivrés par le médecin délégué par la Compagnie? Non seulement on refuse de me payer, mais l'agent d'assurance est grossier... et tient à mon sujet des propos injurieux.

Vous n'aviez pas à délivrer de certificats au patron, puisqu'il les refusait. Vous auriez dû faire déposer ce certificat à la mairie par l'ouvrier. Vous n'avez pas à discuter avec l'agent d'assurance, assignez le patron devant le juge de paix en paiement de ce qui vous est légitimement dû.

N° 97. — Dr P., à B. — Longue lettre où est exposée, à propos d'un accident du travail, la contestation sur la date de la consolidation de la blessure, le médecin du blessé déclarant que le blessé a besoin de soins et le médecin patronal le niant.

Dans ces conditions, il y a lieu, conformément à la loi, de procéder à une expertise. Le blessé muni d'un certificat descriptif de son médecin assignera son patron devant le juge de paix en paiement du demi-salaire; le juge, en face des deux certificats contradictoires, devra dans les trois jours désigner un expert.

N° 76. — Dr W., à M. — A propos d'honoraires pour les soins donnés à des victimes du travail expose la contestation faite :

1° Sur le point de la visite et du premier pansement. Interprétation du tarif Dubief, la 1re visite seule comporte un honoraire pour le 1er pansement simple.

2° Sur le point de savoir si les honoraires du médecin pour les soins donnés aux ouvriers blessés qui n'interrompent pas le travail sont dus par le patron.

Notre confrère demande l'avis du «Sou Médical» et de l'Union des Syndicats.

Le Conseil est d'avis d'adopter dans tous ses termes l'attestation du Syndicat des médecins de la Vallée de la Meuse dont le texte suit :

« Le bureau du Syndicat des médecins de la Vallée de la Meuse atteste au nom des membres du Syndicat que tous les médecins sont journellement appelés à donner des soins à des ouvriers malades qui, cependant, ne cessent pas leur travail.

On ne peut donc pas arguer de la continuité du travail d'un ouvrier pour nier les soins que son médecin a pu lui donner, même quelquefois d'une façon assez suivie, certains ouvriers ou employés très courageux tenant à continuer leur travail en donnant ainsi une preuve de grande énergie ».

TRIBUNE DES CORRESPONDANTS

La nécessité de convaincre les jeunes.

Lille, 25 octobre 1908.

Mon cher Jeanne,

J'applaudis de tout cœur à l'idée que vous avez émise dans le *Concours médical* à propos des correspondants, et que Boudin développe dans le n° 43.

Les générations médicales se succédant rapidement, notre action devient presque nulle auprès des jeunes que nous connaissons peu et que nous ne pouvons entretenir que dans les réunions syndicales.

Tous ceux de ma génération qui ne sont pas du *Concours* sont des réfractaires qui ont résisté à toutes nos sollicitations. Aux jeunes, il faut des apôtres jeunes, et je crois que votre choix serait heureux si vous pensiez au Dr Vandeputte, un dévoué qui vous amènera, en fait d'adhérents, une bonne quantité de ses camarades.

Cela ne m'empêchera pas de toujours travailler à la plus grande extension du *Concours* et de ses œuvres. Ce que j'ai fait depuis 20 ans, je le continuerai jusqu'à la fin. Ce n'est pas une démission que je vous envoie, car si vous trouvez mon action encore nécessaire, je resterai fidèle au poste ; mais ce que je vous écris, c'est dans l'intérêt de notre groupement que je prévois plus puissant par l'action des jeunes sur leurs camarades.

Je me reproche de ne pas vous avoir envoyé le résultat de la discussion du « libre choix », pour les Indigents, au Conseil général du Nord. Cela me paraissait trop écœurant ! ! Vous serez édifié à la lecture du *Bulletin* de nos Syndicats et du *Petit Praticien*.

Il est vrai que nous sommes dans une situation un peu spéciale à cause des Facultés catholiques, mais voyez-vous une Fédération de syndicats en être réduite à abandonner (*par tactique*) le libre choix et demander le système par abonnement ?. Il est vrai que vous en avez vu d'autres, au *Concours*, et ça me console.

Tout à vous.

Dr Lambin.

Le contrôle des Syndicats pour les postes vacants.

26 octobre 1908.

Docteur Jeanne, à Paris.

Mon cher confrère,

Je vous envoie ci-joint une offre pour un poste médical, que je vous prie de faire insérer dans le *Concours*. A ce sujet, je viens de mettre en pratique le vœu que j'avais fait adopter au Congrès des Praticiens, à savoir : de faire contrôler par les syndicats locaux les offres de postes faites un peu trop à la légère. Sachant le poste d'Hotonnes vacant et ayant appris que la localité voulait faire des démarches pour avoir un médecin, j'ai obtenu que la demande soit faite au Syndicat et non à la Faculté, comme cela se fait couramment.

Voici la lettre que je viens d'adresser au secrétaire de la Faculté de Lyon : « J'ai l'honneur de vous transmettre la demande ci-jointe pour un poste de médecin, en vous priant de vouloir bien la faire afficher à la Faculté. Cette demande m'a été envoyée officiellement, en tant que secrétaire du Syndicat médical, par les intéressés.

« Je profite de cette occasion pour vous faire remarquer combien il serait désirable de voir toutes ces demandes passer par le canal du Syndicat local, avant que d'être affichées à la Faculté. Les postulants pourraient alors avoir des renseignements très exacts sur la valeur des promesses qui sont faites, masquant une surenchère électorale de la part d'un maire, ou dictées par tout autre motif, dont le point de départ est fréquemment une vengeance personnelle ou une querelle de clocher. Ne serait-il pas possible de voir renvoyer aux Syndicats locaux ou à l'Union des Syndicats du Sud-est (Dr Bolliet, 31, c. Morrand) ces demandes qui vous sont si souvent adressées et de ne les faire afficher qu'après avis du Syndicat intéressé. La Faculté rendrait ainsi un bien grand service aux jeunes docteurs qu'elle a formés. »

Il serait à souhaiter que les syndicats puissent être appelés à donner leur avis sur toute proposition de poste : cela évitera souvent des déceptions aux jeunes trop crédules.

Bien cordialement à vous,

Dr Boudin.

CORRESPONDANCE

Le dernier médecin marron.

Gardanne, le 29 octobre 1908.

Mon cher confrère,

Je reçois à l'instant une lettre de mon avocat m'informant « que le Tribunal me donne complètement raison ; qu'il réforme absolument le jugement du juge de paix, qu'il décide que j'ai le droit de réclamer les 154 fr. d'honoraires, qu'en un mot, il recopie nos conclusions ; que, sur les dommages-intérêts, l'attitude de G...., (le patron) ayant été de nature à porter atteinte à ma considération et à mon honneur, pour le préjudice, le Tribunal m'alloue pour le principe, 1 fr. de dommages-intérêts ».

C'est tout ce que je sais, et ne puis vous donner encore le jugement *in-extenso*. Mais comme vous voyez, nous avons gain de cause sur toute la ligne. Je m'empresse de vous l'annoncer, assuré que vous en serez bien aise.

La Zurich ne sera pas contente, et, probablement, notre aimable juge non plus !

Dès que j'aurai le jugement, je vous en adresserai une copie.

Agréez, mon cher Confrère, avec mes remerciements pour vous et tout le Conseil du « Sou » dont l'appui m'a été si précieux, mes biens cordiales salutations.

Dr Foata

à Gardanne (B.-d.-R.)

N.D.L.R. La lettre ci-dessous avait déjà fait prévoir au « Sou médical » ce que valaient les allégations de la Zurich et quand nous entendions celles-ci, au Siège social de cette compagnie, de

nos propres oreilles, nous murmurions : « Rira bien qui rira le dernier. »

Mon cher confrère,

J'ai l'honneur de vous accuser réception de votre lettre du 12 septembre, et en même temps je vous envoie copie de mon rapport dans l'affaire Amoretti-Foata.

Je crois devoir vous rappeler que, nommé le 24 octobre, j'ai dû presque aussitôt examiner le blessé, et cela à la demande de son avocat qui me faisait observer avec juste raison que le docteur Foata ayant depuis une dizaine de jours fixé le terme d'un mois à la guérison, il me fallait procéder rapidement pour que le blessé puisse se présenter encore malade.

J'ai procédé sans renseignements ou plutôt avec les seuls renseignements de l'avocat, le docteur Foata n'ayant pas par délicatesse voulu paraître. Comme lui j'ai trouvé des troubles musculaires auxquels j'ai même fixé un terme plus long ; quant à la fracture qu'il avait déclarée guérie depuis longtemps je n'en trouvai pas trace. Quoi s'étonnant 5 mois après un traitement correct !

Quant à la Zurich elle s'est bien gardée de me renseigner. Dans mon rapport je fais une description du membre blessé, et je dis qu'il n'y a pas trace de fracture. Si j'avais senti un cal et que je l'eusse dit, on taxerait aujourd'hui d'ignorance le médecin traitant en insinuant qu'il n'est pas capable de réduire une fracture.

La fracture a été bien réduite : personne ne me dit qu'il y a eu fracture, et normalement je ne m'en aperçois pas.

« Le docteur Foata est un malhonnête homme, un médecin marron ». Voilà ce qu'on insinue à l'aide d'une phrase de mon rapport. Mais on oublie soigneusement de citer la chose importante, c'est-à-dire les conclusions du dit rapport qui corroborent exclusivement et même exagèrent la note du docteur Foata qu'on a volontairement oublié de donner à l'expert. Notez que si je l'avais demandée, on me faisait, d'atermoiements en atermoiements, perdre un mois, et le blessé se présentait guéri à mon examen.

Voilà la bonne foi de la Zurich. Laissez-moi vous signaler en passant, mon cher confrère, que le docteur Foata est, de la part de cette compagnie, l'objet d'une véritable persécution. Vous aurez là une enquête très curieuse à faire. Je n'ai pas le temps aujourd'hui de vous causer de tout cela, mais pendant le Congrès de chirurgie j'espère me rendre au siège du « Sou Médical, » et si j'ai l'honneur de vous rencontrer j'aurai plaisir à vous entretenir de toutes ces petites choses.

Veuillez recevoir, monsieur et cher confrère, mes plus vives salutations.

Dr E. Casse.

18 septembre 1908.

Ces bons experts habituels.

Le 9 novembre 1908.

Monsieur le Directeur,

Je viens de lire dans le *Concours* du 8 novembre 1908, l'excellente communication du Dr Perrin, de Calais. Elle nous révèle chez certains experts un état d'âme d'une comique extravagance. Ces braves gens (*au figuré*) se conduisent souvent envers les blessés et même envers leurs confrères avec la ridicule arrogance d'un *M'as-tu-vu* de beuglant de 3e ordre ! La suffisance étant généralement la sœur de l'ignorance, un expert hautain est toujours ignorant des articles du code qui règlent la mission importante et trop lourde pour leurs épaules, qu'un imprudent magistrat leur a confiée trop à la légère.

On ne répétera jamais assez que la plupart des experts sont pris parmi des médecins attachés déjà au service des Cies, et qu'ils ne sont ainsi que des médecins sans indépendance, affublés pour la circonstance du titre d'expert.

Alors qu'ils n'ont droit pour une expertise qu'à 3 ou 4 vacations à raison de 8 francs pour 3 heures de travail, soit 12 heures à l'examen du blessé, la rédaction du rapport, la prestation du serment et le dépôt du rapport, ils ne craignent pas de réclamer jusqu'à cent francs pour une expertise.

Ils ne rougissent pas de prétendre qu'ils ont mis leur cerveau à la torture pendant 36 heures, c'est-à-dire qu'ils ont fait douze vacations pour examiner un blessé et dresser un rapport qui ne tient pas toujours debout.

Ne faudrait-il pas être un véritable « minus habens » (le *latin c'est plus poli*) pour avoir besoin de travailler 36 heures à l'expertise d'un blessé ?

Que les assureurs payent sans compter 100 fr. à un expert alors qu'ils ne lui doivent que 24 fr. cela est leur affaire, et il nous répugne de chercher pour quel motif certains experts réclament pareille somme et pour quelles raisons les assureurs payent sans discuter, lorsqu'ils perdent leur procès.

Mais lorsque c'est le blessé qui est débouté de sa demande à la suite du rapport d'expert, il n'en va plus de même, car, dans ce cas, ce n'est plus l'assureur qui paye l'expert. Le blessé ayant l'assistance judiciaire, c'est le Trésor public, ce sont les contribuables qui versent les 100 fr., au lieu des 32 fr. réellement dus. Il y a donc là une somme de 68 fr. qui est indûment versée par le Trésor.

Or comme il y a 8000 expertises en matière et d'accidents du travail pour le département de la Seine, et que celui-ci ne représente que le douzième de la population de la France, on peut donc dire qu'il y a cent mille expertises par an en France pour les accidents du travail. On peut dire aussi que dans la proportion d'un quart. soit vingt-cinq mille fois, les blessés sont déboutés de leur demande, et que par suite le Trésor paye 25.000 expertises.

Or s'il paye chaque année 25.000 fois soixante-huit francs en trop, il paye donc indûment chaque année (25000 × 68) un *million* sept cent mille francs en trop aux médecins experts en matière d'accidents du travail. Et depuis dix ans que dure ce petit manège, c'est exactement dix sept millions indûment versés par le Trésor.

On nous a annoncé que cette question serait traitée à l'Assemblée générale de l'Union des syndicats médicaux de France. Les médecins constituant une des classes de contribuables les plus imposées, les syndicats médicaux ne peuvent se dispenser d'attirer sur un tel gaspillage des deniers publics l'attention du parlement, du Conseil d'Etat et des Ministres de la justice et des finances.

Il faut d'abord faire restituer aux experts les dix-sept millions qu'ils ont indument reçus. Mais cela ne suffit pas. En effet, l'article 319 du code de procédure civile qui *dit que les vacations des experts seront fixées par le président au bas de la minute et qu'il en sera délivré exécutoire*, devrait recevoir son application.

Il y a donc eu de la part de certains magistrats, des négligences graves qui ont eu pour résultat le gaspillage des fonds publics.

D'autre part, des jugements ont condamné à l'interdiction de la médecine pendant 3 ans des médecins qui avaient reçu 800 fr. de trop de certains industriels et de certaines Compagnies d'Assurances.

Pendant combien de temps devrait-on pouvoir interdire l'exercice de la médecine à des experts qui ont réclamé et reçu des milliers de francs de trop des caisses de l'Etat ?

Il faudrait édicter des sanctions contre semblables abus.

Mais en attendant, que MM. les experts veuillent bien consulter, puisqu'ils les ignorent, les articles du code de procédure civile de l'article 305 à l'article 319. Ils y verront que non seulement ils sont tenus de recevoir à l'expertise le médecin choisi par le blessé pour l'assister à l'expertise, mais encore que les médecins des blessés peuvent faire telles observations qu'ils jugent utiles aux intérêts du blessé et que l'expert est tenu d'en faire mention dans son rapport.

On voit que les dispositions de la loi sont loin d'autoriser l'arbitraire, la fantaisie et l'arrogance dont certains experts croient pouvoir user à l'égard des blessés et des médecins qu'ils ont choisis.

Du reste, dans une prochaine lettre si vous croyez cela intéressant pour vos lecteurs, je vous enverrai avec le texte même des articles de procédure qui régissent les experts, quelques commentaires qui permettront à vos lecteurs de mettre un terme à un scandale qui n'a que trop duré.

Un abonné du Concours.

La loi du 18 juillet 1907 et la clause des polices d'assurance restrictive du libre choix.

Mon cher Confrère,

Voulant assurer le personnel domestique à mon service et couvrir ainsi ma responsabilité en cas d'accidents, j'ai fait des démarches auprès de diverses Cies d'Assurances.

Connaissant les habitudes des Cies, je suis allé de suite, en examinant les contrats, lire la clause relative aux soins médicaux. Toujours, comme je m'y attendais, j'ai rencontré un paragraphe ainsi conçu : « Les soins médicaux et les fournitures pharmaceutiques sont dus intégralement par la Cie en tant qu'ils seront donnés ou fournis par les médecins et les pharmaciens agréés par la Cie. »

Inutile de vous dire que j'ai refusé de souscrire à une clause de ce genre.

J'ai pensé que, connaissant mieux que quiconque les Cies d'Assurances vous pourriez peut-être m'indiquer une Cie qui accepte le libre choix. Je n'ai pas besoin de vous dire que les domestiques ne sont pas visés par la loi sur les accidents du travail et que, de ce fait, le libre choix ne va pas « de droit » pour eux.

Cet exemple montre une fois de plus l'utilité qu'il y aurait à faire voter une loi établissant d une façon absolument générale le principe du libre choix.

Recevez, je vous prie, mon cher confrère, l'expression de mes sentiments bien distingués et les meilleurs.

Dr P. Fargin-Fayolle.

Réponse. — Avant le 18 juillet 1907, beaucoup de personnes assuraient leurs domestiques ou employés, il s'agissait là d'un contrat amiable entre le patron et l'assureur, l'employé ou le domestique n'intervenait pas, n'était pas consulté. Dans ce cas l'assureur pouvait évidemment dire qu'il ne paierait le médecin que si on prenait le sien.

Mais le 18 juillet 1907 il a été promulgué une loi dont vous trouverez le texte dans le *Concours Médical* du 4 août 1907, n° 31, à la page 545.

Aux termes de cette loi, vous pouvez éviter les poursuites de l'art. 1382 par votre domestique blessé à votre service.

1° En faisant à la Mairie une déclaration que vous vous placez sous le régime de la loi-accident de 1898-1905.

2° En faisant signer sur carnet modèle n° 5 vos employés et domestiques, qui atttestent ainsi d'être protégés dans les conditions prescrites par la loi de 1898-1905.

Dans ce cas, vous trouverez toujours un assureur pour vous proposer une police comme celle des autres industriels assujettis à la loi-accident. Cette police ne pourra plus contenir aucune restriction sur le libre choix du médecin par le blessé. Et toute restriction, du reste, stipulée dans cette police sur la question du choix du médecin n'aurait aucune valeur (art. 30).

Mais si, au lieu de faire la déclaration à la Mairie, vous voulez vous entendre d'abord avec l'assurance en dehors des conditions prévues par la loi de juillet 1907, les Compagnies peuvent insérer dans leur police telle stipulation qui leur plaira, et alors vous pouvez les accepter ou refuser simplement de signer la police.

Au cas où les assureurs ne voudraient pas vous assurer dans les termes de la loi de 1907, vous pouvez vous faire assurer par l'Etat à la Caisse nationale des retraites contre les accidents survenus à vos employés ou domestiques, ainsi que le font du reste certains industriels pour la loi-accidents de 1898-1905.

REPORTAGE MÉDICAL

Association des journalistes médicaux français. — Le 23 octobre 1908, a eu lieu, dans un des salons de Véfour, Galeries de Valois, l'Assemblée générale statutaire de l'A. J. M. F. Après lecture du procès verbal de la précédente séance et de la correspondance, par le Secrétaire général, il a été fait part à l'Assemblée d'une lettre de M. le Dr Courtin (de Bordeaux), demandant la mise à l'étude d'un *Office de Renseignements médicaux* analogue à l'*Agence Havas*, et appelé à rendre de nombreux services aux membres de l'Association. Une commission a été nommée pour examiner cette intéressante proposition. Le Dr Ausset, professeur à la Faculté de Lille, fut ensuite élu membre de l'Association, à la majorité des voix ; puis on passa à la discussion de la question soulevée par M. le Dr Dieupart, sur les *Pseudonymes médicaux*(1).

Hôpital Accidents du travail, 136, rue (Championnet). — Cet hôpital a été fondé en 1903 pour le traitement spécial des victimes des Accidents du Travail. Depuis sa fondation, une partie de cet Etablissement a été amenagée en maison de santé libre, à des prix excessivement réduits, ouverte à tous les Médecins et Chirurgiens qui peuvent soigner et opérer eux-mêmes leurs malades. Comme complément, on y trouve annexés les services suivants :

Massages, mécanothérapie, hydrothérapie, électrotherapie, thermothérapie (Méthode Tallerman).

L'enseignement relatif aux Accidents du Travail a été organisé dès l'année dernière. Il consiste en *conférences publiques et gratuites* ayant lieu à 5 heures de l'après-midi. Ces Conférences sont destinées aux médecins praticiens obligés de plus en plus, par la loi de 1898, de connaître ces questions qui entrent pour une grande part dans l'exercice journalier de la profession médicale.

Voici le programme des conférences qui vont avoir lieu en novembre et décembre 1908.

Vendredi 13 novembre : Dr Just-Lucas-Championnière, chirurgien honoraire de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de médecine : fractures de l'humérus à la partie supérieure (accidents du travail).

Mardi 17 novembre : Dr Ozenne, chirurgien de

(1) Nous rappelons que, pour faire partie de l'A.J.M.F., il faut être docteur ou étudiant en médecine et collaborer à un journal, médical ou autre, depuis deux ans au moins. Le prix de la cotisation annuelle est de 6 francs, plus 1 franc, la première année. pour la carte d'identité. — *Pour renseignements complémentaires, écrire 9, rue de Poissy, Paris, au Secrétaire général.*

St-Lazare : de la simulation et des accidents du travail.

Vendredi 20 novembre : Dr Brouardel, Médecin des hôpitaux : de l'état antérieur des blessés accidentés du travail.

Mercredi 25 novembre : Dr Dagron, ancien Interne des hôpitaux : valeur de la rééducation circulatoire rapide dans les accidents du travail.

Samedi 28 novembre : Dr Raymond Petit, ancien chef de clinique de la Faculté : luxations de l'épaule (accidents du travail).

Mercredi 2 décembre : Dr Brissaud, professeur de pathologie interne à la Faculté : diagnostic différentiel des névropathies post-traumatiques (accidents du travail).

Samedi 5 décembre : Dr Mouchet, Chirurgien des hôpitaux : luxations du semilunaire en avant (accidents du travail).

Mardi 8 décembre : Dr Rochon-Duvigneaud, ophtalmologiste de l'Hôpital Laënnec : plaies pénétrantes du globe oculaire. Corps étrangers intra-oculaires.

Vendredi 11 décembre : Dr Martha, ancien Interne des Hôpitaux : Chancre syphilitique de l'oreille externe et moyenne.

Mardi 15 décembre : Dr Lapointe, chirurgien des Hôpitaux : fractures de Dupuytren (accidents du travail.

Vendredi 18 décembre : Dr Dagron, ancien interne des hôpitaux : Entorse tibio-tarsienne (accidents du travail).

Mercredi 23 décembre : M. Tourey-Piallat, docteur en droit, avocat à la Cour d'Appel, ancien secrétaire de la Conférence : *Maladies constitutionnelles*, notamment *tuberculose, syphilis, hernie*, devant la jurisprudence.

Faculté et Hôpitaux.

M. le Prof. Landouzy fera ses leçons de clinique médicale, tous les mardis et vendredis, à 10 h. du matin à l'hôpital Laënnec.

M. H. Labbé fera tous les mercredis et jeudis à 10 h. 1/4, dans cette même clinique des leçons sur la chimie appliquée à l'étude de la nutrition normale et pathologique. Ces leçons auront lieu du 18 novembre au 23 décembre. M. Weiss, agrégé, fera du 13 au 28 janvier 1909 des leçons sur les procédés de physique appliqués à la clinique. Ces leçons auront lieu les mercredis et jeudis à 10 h.

— M. le Prof. P. Reclus fera ses leçons de clinique chirurgicale tous les lundis, mercredis et vendredis, à 10 h. à l'hôpital de la Charité.

M. le Prof. Albarran fera ses leçons de clinique des maladies des voies urinaires tous les samedis et mercredis, à 10 h. à l'hôpital Necker.

— M. le Prof. Bar donnera son enseignement clinique d'accouchements et de gynécologie tous les matins à 9 h. Lundi : Examen des femmes accouchées. Mardi : Présentation de malades à l'amphithéâtre. Mercredi : Examen des femmes enceintes. Jeudi : Examen des femmes atteintes d'affections gynécologiques. Vendredi : Consultation de nourrissons. Samedi : Leçon clinique à l'amphithéâtre. (Clinique Tarnier, 89, rue d'Assas).

Les cours annexes suivants seront faits à la clinique Tarnier pendant le semestre d'hiver tous les jours à 4 h.

Du 16 novembre au 5 décembre : 18 leçons de pratique obstétricale par MM. Cathala et Devraigne. Les élèves seront exercés individuellement au diagnostic et aux manœuvres obstétricales.

Du 7 au 19 décembre : 12 leçons sur l'alimentation du nouveau-né par MM. Devraigne, Perret et Terrien.

A la suite de ces leçons, des exercices pratiques seront faits au laboratoire, sous la direction de M. Daunay, chef de laboratoire.

Du 11 au 30 janvier : 18 leçons de pratique obstétricale par MM. Guéniot et Lequeux. Les élèves seront exercés individuellement au diagnostic et aux manœuvres obstétricales.

Du 8 au 27 février : Cours de gynécologie pratique avec exercices pratiques, par M. Brindeau, avec le concours de M. Lequeux.

Droits à verser pour chacun de ces cours : 50 francs. On s'inscrit au secrétariat de la Faculté, mardi, jeudi, samedi, de midi à 3 heures.

M. le Prof. Dieulafoy recommencera son cours de clinique médicale le samedi 21 novembre, à 10h. 1/2, à l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Trousseau), et le continuera les mercredis et samedis suivants à la même heure.

L'enseignement complémentaire suivant aura lieu à la clinique : sémiologie, par MM. Gaultier et M. Nathan, chefs de clinique, les lundis et vendredis à 5 h., salles St-Christophe et Ste-Jeanne.—Anatomie pathologique et bactériologie par MM. Le Play et O. Crouzon, le jeudi, après la visite, au laboratoire de la clinique.— Laryngologie, rhinologie, otologie par M. le Dr Bonnier, le lundi après la visite. — Electrothérapie, radiologie, par M. Lacaille, le vendredi après la visite. — Dermatologie par M. le Dr Déhu, le mardi après la visite.

— M. Castaigne, chargé du cours de clinique médicale de l'hôpital St-Antoine, fera ses leçons de clinique tous les mardis et samedis à 11 h. au Pavillon Moïana.

A la même clinique, tous les jours, à 11 h. : Lundi, leçon clinique sur les maladies nerveuses par MM. Sainton et Ferrand. Mardi, leçon de clinique par M. Castaigne. Mercredi, leçon de clinique avec démonstrations par MM. Rivet, Pater et Agasse-Lafont. Jeudi, leçon clinique sur les maladies des reins par MM. Castaigne et Rathery. Vendredi, consultation pour les maladies de l'estomac et leçon par M. Bensaude. Samedi, leçon de thérapeutique médico-chirurgicale par MM. Castaigne et Dujarier.

— M. Latteux, chef du laboratoire d'histologie de la Faculté, à l'hôpital Broca, recommencera ses cours pratiques, le 10 novembre. Tous les jours à 3 h. : technique bactériologique et microbiologique ; à 5 h. : technique microscopique et diagnostic d'histologie normale et pathologique.

Prière de s'inscrire d'avance, 58, rue St.-André-des-Arts, de 2 à 3 h.

Une série de cours pratiques à l'usage des médecins praticiens et étudiants seront donnés en novembre, décembre et janvier sous le patronage de l'Institut catholique de Paris par un groupe de médecins et chirurgiens des hôpitaux, d'anciens chefs de clinique et internes et de praticiens spécialistes. Les cours, au nombre de 20, essentiellement pratiques comprendront les principales spécialités.

L'inauguration des cours aura lieu le lundi 16 novembre. Droits d'inscription : 20 francs pour deux cours ; 40 francs pour l'ensemble des cours.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Dr Rondeau, 18, rue du Luxembourg.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs Barat-Dulaurier, de St-Antoine (Gironde) ; Pouillot, de Brienon (Yonne) Josias, de Charenton (Seine) et Guy, d'Ars-en-Ré (Charente-Inférieure), membres du « Concours Médical».

Le Directeur-Gérant : **Dr H. JEANNE.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON 3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trentième année — N° 47 — Dimanche 22 NOVEMBRE 1908

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

SOMMAIRE

ÉCHOS DES ASSEMBLÉES GÉNÉRALES

Samedi et dimanche derniers, plusieurs centaines de médecins, délégués des Syndicats, correspondants du *Concours*, affiliés des sociétés mutuelles de prévoyance et de protection, ont traité dans des Assemblées générales, à l'Hôtel des Sociétés savantes et aux salons du restaurant Marguery, de toutes les questions qui préoccupent le plus notre profession.

La « Caisse des Pensions » et l'« Amicale maladie » ont constaté leur bonne marche en avant, la solidité de leur situation, les bénéfices de propagande qu'elles retirent de leurs alliances avec l'A. G. et les autres groupements.

L'Union des Syndicats a pris des conclusions intéressantes touchant la réalisation nécessaire d'une *organisation plus méthodique du Syndicalisme médical en France*. Elle a dit son sentiment sur ce que devait être d'après elle un service d'*inspection médicale des écoles* utile, complet, applicable partout, et elle montre l'illogisme et le décousu des mesures proposées par les administrations pour éluder la solution du problème financier que soulève cette question. Elle a constaté que si *les lois accidents du travail* veulent mériter d'être classées comme mesures de justice, de philanthropie, et de solidarité sociale, l'Etat ne saurait plus longtemps en confier l'application aux formes d'assurance actuelles : sociétés anonymes, mutuelles exclusivement patronales, syndicats de garantie.

Le « Sou médical » s'est associé le lendemain au vote de ce vœu de la *suppression des assureurs*, élément parasite et oppresseur des victimes du travail, des patrons, et de tous les agents indispensables, comme le médecin, à l'équitable application de la loi.

Le *Concours Médical* a constaté quelles satisfactions avait données à son enquête de 1900-1905, la Commission ministérielle de *réforme des études médicales*. Mais il a, de plus, proposé le moyen de renseigner d'une façon permanente les pouvoirs publics sur toutes les améliorations dont nous rêvons en matière d'enseignement et d'exercice de la médecine en France et il s'est plu à en attendre d'autant plus de succès que la création de ce rouage permanent a été réclamée par les deux représentants les plus autorisés du Conseil supérieur de l'Enseignement et du Ministre lui-même.

Le banquet commun du *Concours*, de ses filiales, et de l'Union des Syndicats, où se trouvaient représentées la plupart de nos associations, eut son entrain ordinaire et sa note habituelle de bruyante cordialité familiale. Mais, il faut en retenir deux faits. Dans un toast d'une grande élévation de pensée, dû à la collaboration de MM.

Gassot et Maurat, le corps médical a été invité à chercher, dans le plus bref délai, la formule d'après laquelle il devra *s'adapter* aux nécessités des temps nouveaux, nécessités créées par la législation depuis une dizaine d'années. Quelque peine qu'on en eût, en une fin de banquet, il a bien fallu se recueillir devant ces graves paroles de deux guides aussi avisés, dont nous recommandons la méditation à nos lecteurs. L'autre incident à rappeler fut ce qui a été appelé *la décoration du Dr Gairal par ses confrères.* M. le Dr Noir, le si aimé secrétaire général de l'Union des Syndicats, fut chargé du cérémonial. Le ban fut ouvert, la médaille remise, l'accolade donnée ; on ferma le ban et M. Gairal, aussi ému que surpris, dit du fond du cœur un de ces « merci », imprégnés de la foi la plus profonde dans le succès qui couronnera nos efforts de solidarité.

LA SEMAINE MÉDICALE

La suggestion à l'état de veille et dans la vie normale. Le signe pupillaire.

M. le Dr G. d'Hotel, de Poix-Terron (Ardennes), a fait au congrès de l'A. F. A. S. de Reims, une communication fort intéressante sur laquelle nous désirons revenir : cette communication concerne le réflexe pupillaire, signe absolument fidèle de l'état de suggestion à l'état de veille, dans la vie normale. « Le signe pupillaire, dit M. d'Hôtel, indique, dans la vie courante, un état de réceptivité de l'individu, une suggestion d'autant plus puissante que cet individu est plus jeune ou prédisposé par un état d'âme antérieur.

Ce signe pupillaire doit être, en pédagogie, pour le maître averti, qui le constate, une indication de réceptivité à l'enseignement, le dosage pour ainsi dire de l'attention. Au maître de chercher à le produire, et d'apprécier dans sa classe l'action qu'il a sur chacun de ses élèves, la durée de cette action, et la fatigue de l'attention.

Cette mydriase est d'ordre émotif et sensuel, elle appartient aux phénomènes qui régissent les individus et les foules, au point de vue impulsif, politique ou religieux ; ces deux impulsions étant, d'ailleurs, similaires, si nous nous en rapportons à M. Gustave Lebon.

D'ordre suggestif, elle est, dès l'enfance, la porte d'entrée des idées conventionnelles de morale, qui doivent adapter l'individu aux contingences mondaines nécessaires à l'harmonie sociale.

Elle est éducatrice pour toujours, instructive pour le point de départ des études primaires, les secondaires et les supérieures étant plutôt sur le terrain de la volonté et de la raison pure.

L'éducateur doit entrer dans l'esprit de l'élève par la sensibilité et parachever son œuvre par le culte de la raison, de la volonté et du jugement».

La teinture d'iode en badigeonnages pour la rectitude des cicatrices.

M. A. Schanz, de Dresde, recommande, dans le *Centralbatt f. Chir*, analysé par le *Bull. Médical*, l'emploi de la teinture d'iode sur les plaies opératoires pour en assurer la cicatrisation linéaire.

« Pour obtenir ce résultat, M. Schanz badigeonne la plaie opératoire, avant d'en avoir levé les sutures, une ou plusieurs fois, avec de la teinture d'iode ; il détermine ainsi un accolement si rapide que l'écartement des couches supérieures des lèvres n'a pas le temps de se produire.

« M. Schanz a recours à ces badigeonnages déjà depuis quelques années, et avec un succès qui ne s'est jamais démenti. Il y procède 3 à 5 jours après l'opération. Un seul badigeonnage suffit pour les petites plaies. Pour les plaies plus étendues et situées en des endroits moins favorisés au point de vue de la nutrition, il répète les badigeonnages pendant 2 à 3 jours successifs. »

Traitement par la glace de l'infection des seins au cours de l'allaitement.

MM. Bonnaire et Duchazeaubeneix emploient depuis quelque temps déjà les applications de glace sur les seins infectés pendant l'allaitement.

Rien de plus facile que l'emploi de ce traitement. Il consiste, après avoir fait subir un léger lavage au sein, surtout à la région de l'aréole et du mamelon, par simple excès de précaution de propreté, à mettre dessus une compresse de tarlatane aseptique pliée en trois ou quatre doubles, plongée dans une solution de nitrate d'argent au 1/150, exprimée ensuite. On recouvre cette compresse et la partie de la poitrine sur laquelle va porter la vessie de glace d'une épaisseur de flanelle. On applique alors une vessie de caoutchouc aux deux tiers remplie de glace concassée. On veille avec soin à ce que les morceaux de glace employés ne soient pas trop gros, de crainte que par suite de leur volume ils ne laissent entre eux des vides. Ils ne se mouleraient alors qu'imparfaitement sur les téguments, occasionnant d'assez vives douleurs par une pression irrégulière et par leurs arêtes plus ou moins aiguës. Après s'être assuré que toutes les parties lésées du sein sont soumises à l'action du froid, on maintient le tout par un bandage de corps que l'on serre juste à point de façon à assurer une compression efficace. La mamelle devra en outre être fixée en bonne position, c'est-à-dire bien appliquée sur la poitrine, voire même légèrement relevée.

« On change le contenu de la vessie toutes les deux ou trois heures. On peut constater à ce moment que la glace est presqu'entièrement fondue.

« On continue cette application de glace jusqu'à la guérison complète, c'est-à-dire jusqu'à la disparition de l'œdème, de la rougeur, jusqu'à ce que la peau, ayant perdu sa chaleur trop vive, sa sécheresse et sa rugosité, ait repris ses caractères habituels et sa douce moiteur. Lorsque les élancements, la sensation de pesanteur, de tiraillements et la douleur plus ou moins aiguë ont également cessé, même au palper et à la pression, alors, mais alors seulement, on est en droit de cesser le traitement et de reprendre l'allaitement avec ce sein.

« Dans le cas de galactophorite on a auparavant la précaution de procéder à l'expression telle que la pratique l'école de Budin. Cette expression offre en même temps l'avantage d'exprimer le peu de pus qui n'aurait pas été résorbé et de permettre la vérification clinique de la guérison réelle. Car à la moindre douleur provoquée par cette pratique, on doit continuer le

traitement et attendre encore avant de considérer l'affection comme définitivement disparue.

« En temps ordinaire, si le traitement est bien fait et appliqué dès le début, il ne demande pas plus de trois, quatre ou cinq jours. La compresse imbibée de nitrate d'argent est plus antiseptique et plus pénétrante que les autres substances habituellement employées.

« Ainsi traité, le sein se repose un certain temps et on sait que la lactation peut être reprise, très souvent, après une très longue interruption.

Grâce à l'emploi de cette méthode dans le service de M. Bonnaire, les abcès du sein y sont presque inconnus. Les lymphangites, la galactophorite et les galactophoro-mastites évoluent vers la guérison avec une rapidité satisfaisante et sans entraîner aucune complication.

Le traitement méthodique du rhumatisme articulaire aigu.

M. le Dr LEGENDRE a, dans une récente conférence clinique, indiqué les princpales méthodes de traitement du rhumatisme articulaire aigu et les précautions à prendre pour en obtenir les meilleurs résultats.

« Tout d'abord, au point de vue prophylactique, on a remarqué que très souvent le rhumatisme est précédé par une angine assez spéciale avec de la rougeur et une douleur vive et on a pu supposer que c'était la porte d'entrée du germe de la maladie. Aussi y aurait-il intérêt à faire, en pareil cas, une antisepsie soigneuse du carrefour naso-pharyngien, de la bouche et des fosses nasales. Mais la maladie déclarée, c'est au salicylate de soude qu'il faudra s'adresser dans l'immense majorité des cas.

« Comme il est irritant pour l'estomac, il ne faut jamais le donner en cachets, mais dans un véhicule liquide assez abondant. On peut donner la dose pour la journée, qui varie de 4 à 6 grammes, dans une potion contenant 30 grammes de sirop de framboise et 150 grammes d'eau. Mais M. Le Gendre conseille de faire mettre de préférence cette quantité dans une bouteille d'eau de Vichy ou de Vals qui sera prise dans les vingt-quatre heures par fractions, toutes les deux heures environ. Il est important, en effet, que le malade soit toujours sous l'influence du médicament, et pour cela, il faut qu'il continue à le prendre même la nuit.

« S'il y avait intolérance stomacale, on pourrait l'administrer en lavements, mais c'est une méthode difficile à appliquer chez un sujet que le moindre mouvement fait souffrir et qu'il faut souvent troubler dans son sommeil.

« On peut alors remplacer l'ingestion stomacale, dans une certaine mesure, par des pommades et surtout par les applications de salicylate de méthyle.

« Le point important est de savoir si le médicament est bien éliminé, ce qu'on peut reconnaître assez facilement par la réaction du perchlorure de fer sur les urines ; on sait que quelques gouttes de cette substance déterminent une coloration violet-pourpre de l'urine qui contient de l'acide salicylique. Aussi, si on ne trouvait pas la réaction, c'est qu'il y aurait défaut d'élimination. Et c'est alors qu'on peut voir se produire des symptômes d'intoxication comme des vertiges, des bourdonnements d'oreilles violents, une sorte d'ivresse délirante, des hallucinations, du délire. Certains sujets sont d'ailleurs particulièrement susceptibles à l'action du médicament et cela d'autant plus que le rein fonctionne insuffisamment.

« Cette insuffisance est du reste une contre-indication à l'emploi du médicament ; néanmoins, la présence d'un peu d'albumine dans l'urine, si cette albuminurie est récente et accidentelle ne contre-indique pas cet emploi. D'autre part, les grands alcooliques, les grands nerveux qui délirent facilement ne doivent pas être soumis à cette médication ; il en est de même des sujets atteints d'une affection cardiaque bien caractérisée. Quant aux contre-indications provenant de l'âge avancé du malade ou de la grossesse, elles sont relatives, et dépendent surtout de l'état du rein et de son fonctionnement plus ou moins parfait ; il faudra donc en pareil cas procéder par tâtonnements.

« On peut, d'ailleurs souvent, utiliser certains succédanés : tel est le salophène, qui ni se dissout que dans l'intestin et fort lentement ; il est insoluble et se donne en cachets à la dose de 4 grammes ; mais le soulagement est beaucoup plus lent à se produire.

« L'aspirine soulage aussi très bien les douleurs ; mais à dose un peu forte, au-dessus de 3 grammes, elle provoque la transpiration. L'antipyrine agit à peu près de même. Mais il faut savoir utiliser encore, à l'occasion, certains médicaments d'exception comme l'acétopyrine, la phénacétine, l'asaprol, le citrophène, etc., et qui peuvent agir quand les autres n'ont plus d'action.

Conjointement, il faut toujours surveiller certaines fonctions, comme la diurèse et l'état de la peau.

« Cette dernière, constamment macérée dans une sueur acide, qui amène souvent des irritations, doit être examinée attentivement.

« Le régime alimentaire, comme dans les états fébriles, doit être liquide, mais ce n'est pas le lait qui doit en être la base. Beaucoup de malades, en effet, ne le digèrent pas, et il faut en tous cas qu'il soit écrémé ; il faut y joindre d'autres liquides, tels que les eaux alcalines, notamment celle dans laquelle sera dissous le salicylate de soude, des tisanes diurétiques et du bouillon dégraissé. Pour calmer la soif, on peut y ajouter encore de la limonade citrique. »

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Sérothérapie des néphrites.

La sérothérapie des néphrites est une méthode nouvelle de traitement du mal de Bright et des accidents urémiques. Imaginée par deux auteurs roumains, MM. Vitzon et Turbure, elle a été étudiée en France par M. Teissier (de Lyon). Ayant eu, depuis le commencement de l'année, l'occasion d'y recourir 7 fois avec avantage dans des cas de néphrites fort graves, M. TEISSIER a réuni ces observations dans un travail très intéressant, qu'il vient de présenter à l'Académie de médecine.

La méthode sérothérapique en question est déduite de l'idée suivante. Si l'on isole *la veine rénale*, chez un animal, si l'on extrait le sang de

cette veine et si l'on en recueille le sérum, on obtiendra un liquide dans lequel les produits de sécrétion interne émanés de la glande rénale doivent être particulièrement abondants. Il y a lieu de penser, dès lors, théoriquement, qu'un tel sérum jouira de propriétés particulières, utilisables dans la thérapeutique des affections du rein.

Effectivement, les essais cliniques pratiqués avec ce sérum ont déjà donné des résultats très encourageants. M. Teissier signale un certain nombre d'observations de sujets atteints du mal de Bright et d'accidents brightiques qui ont obtenu une grande et rapide amélioration du traitement sérique. Une malade, par exemple, brightique depuis deux ans et demi, présentait depuis six mois des troubles graves, une albuminurie massive, des maux de tête constants, un état permanent d'obnubilation. Quinze jours avant son entrée à l'hôpital, elle a une perte de connaissance et reste cinq jours dans le coma. Une nouvelle perte de connaissance se produit, avec agitation, surdité complète. On lui injecte alors 15 centim. cubes de sérum. Dès le lendemain, la malade est redevenue presque entièrement consciente et l'albuminurie est diminuée de plus de moitié. En dix jours, avec trois injections de sérum, la transformation est complète, la lucidité revenue, la céphalée disparue et l'albuminurie réduite à l'état de traces.

M. Teissier emploie le sérum du sang prélevé dans la veine rénale de la chèvre, après ligature de cette veine à son embouchure dans la veine cave supérieure. Ce sérum, recueilli aseptiquement, conserve ses propriétés en vieillissant. On l'injecte, sous la peau de l'abdomen, à la dose de 10, 15 ou 20 centimètres cubes. Son mode d'action ne tient peut-être pas uniquement, comme on l'a pensé primitivement, à l'abondance de produits de sécrétion interne dans le sang de la veine rénale. Peut-être y a-t-il autre chose. En tout cas, l'action paraît réelle.

Méthode inoffensive, dit l'auteur, la sérothérapie peut s'appliquer à tous les cas de néphrite aiguë ou chronique s'accompagnant de symptômes d'auto-intoxication. On ne saurait lui demander, toutefois, de modifier les lésions, lorsqu'elles sont généralisées et indélébiles.

Traitement de certaines formes d'infection puerpérale par le courant continu d'oxygène

M. Reynier signale une médication nouvelle, utilisable dans certaines formes d'infection puerpérale, qui lui paraît appelée à rendre de grands services.

Il n'y a pas une, mais *des* infections puerpérales, dit-il. Tantôt l'infection est saprophytienne (pure ou streptococcienne en même temps), tantôt l'infection est franchement streptococcienne. Dans le premier type, la maladie reste longtemps locale : l'utérus laisse écouler une sanie roussâtre, très fétide ; les plaies de la vulve, si elles existent, prennent un aspect terne, décoloré. Dans le second type, qui débute le troisième ou le quatrième jour par un grand frisson, l'infection se généralise vite ; la sécrétion utérine se tarit ; les plaies deviennent sèches et le ventre peut se ballonner rapidement.

C'est dans la première forme que M. Reynier, s'appuyant sur les recherches du prof. Thiriar (de Bruxelles), a essayé l'emploi du courant continu d'oxygène.

Le dispositif mis en œuvre est très simple. Après un lavage de la cavité utérine à l'eau oxygénée ou iodée, on laisse en place la sonde à double courant et on y adapte un tuyau de caoutchouc qui la met en communication avec un générateur d'oxygène (un obus à oxygène comprimé, par exemple). On laisse arriver le gaz très lentement, pour éviter toute pression, et l'on continue ce bain d'oxygène toute la journée, pendant plusieurs jours.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Anévrysme aortique d'origine hérédo-syphilitique

On tend actuellement, de plus en plus, à admettre l'origine spécifique des anévrysmes. Toutefois, c'est la syphilis acquise que l'on incrimine habituellement et que l'on retrouve dans les antécédents des malades. MM. Chiray et Ségard signalent un cas d'anévrysme de la crosse aortique attribuable à l'hérédo-syphilis. Il conviendrait donc, dès lors, de rechercher, dans l'étiologie des anévrysmes, la syphilis héréditaire ou la syphilis acquise, ce qui n'est pas sans intérêt pour le traitement.

Trois signes pour le diagnostic de l'érysipèle.

Le diagnostic de l'érysipèle est souvent délicat. On peut confondre cette affection avec l'eczéma aigu, les dermites artificielles (celles dues aux teintures des cheveux, surtout), le zona ophtalmique, la fluxion dentaire, la dacryocystite, les oreillons, etc.

M. Milian indique trois signes cliniques particuliers à l'érysipèle, qu'il considère comme constants, pathognomoniques, et susceptibles de trancher les diagnostics douteux. Ce sont : le signe du maximum centrifuge, le signe de l'oreille et le signe de la douleur à la pression.

Signe du maximum centrifuge. — Dans l'érysipèle, la lésion évolue excentriquement et son maximum est situé en une région plus ou moins éloignée du point initial. Dans la dacryocystite, l'abcès dentaire, les oreillons, le maximum de la rougeur et du gonflement sont au centre même du foyer.

Signe de l'oreille. — Le tissu cellulaire du pavillon de l'oreille étant assez rare et serré, les inflammations hypodermiques de la région (abcès dentaire, oreillons) s'arrêtent au papillon qu'elles n'envahissent pas. Au contraire, l'érysipèle, qui est une dermite, gagne la peau du pavillon, comme celle de toute autre région.

Signe de la douleur à la pression. — La plaque érysipélateuse est exquisement et constamment douloureuse à la pression, surtout à la périphérie. L'eczéma aigu de la face, si facile à confondre avec l'érysipèle, le zona ophtalmique, qu'à tout instant, également, on prend pour un érysipèle, les parotidites des oreillons ne présentent aucune douleur à la pression. La dacryocystite et la fluxion dentaire sont douloureuses, spontanément comme à la pression, mais d'une manière différente de l'érysipèle. La pression réveille la douleur au point maximum de la maladie, à l'angle interne de l'œil pour la dacryocystite, au milieu de la joue pour la fluxion dentaire. Dans l'érysipèle, toute la plaque est douloureuse et particulièrement la périphérie.

M. Siredey a vu plusieurs fois des dermites, dues à des pansements au *salol*, qui se présentaient avec la plupart des caractères de l'érysipèle. L'absence de fièvre et la notion étiologique permettent le diagnostic.

P. L.

PRATIQUE MÉDICALE

Sur le traitement de l'emphysème pulmonaire

L'emphysème pulmonaire est le type de la maladie chronique. C'est une affection particulièrement pénible, elle fait du sujet qui en est atteint, presque un infirme. Elle l'expose à des incidents perpétuels, et tout emphysémateux, atteint d'incident pulmonaire fébrile aigu, est exposé à des complications graves de conséquences. C'est pourquoi il est du devoir de tout praticien d'examiner toujours minutieusement le malade se présentant à lui, atteint de cette affection, de se rendre compte de ses tares organiques, et de le suivre attentivement dans ses manifestations morbides de tout ordre, celles-mêmes qui ne paraissent se relier que de loin à la dyscrasie primitive. N'a-t-on pas vu, par exemple, chez de tels sujets, des incidents d'ordre gastro-intestinal retentir fâcheusement sur l'état pulmonaire, et le décubitus horizontal prolongé, dû à un traumatisme, provoquer une congestion des bases prenant des proportions fâcheuses que n'eût pas connues un malade indemne de toute lésion pulmonaire ?

Les emphysémateux résistent mal, par nature, à tout état qui demande un effort pulmonaire ; à cet égard ce sont des méïopragiques.

Le plus souvent ce sont des arthritiques, ils portent les stigmates de leur diathèse. Leur état pulmonaire n'en est qu'une modalité particulière. Chez eux on observe, concurremment avec l'affection pulmonaire, les dyspepsies à type varié, la constipation, la migraine, les différentes manifestations lithiasiques ; très souvent ce sont des albuminuriques latents.

Tarés plus ou moins, ils sont en état de moindre résistance si un incident aigu éclate. L'intérêt donc est grand de les aider à supporter leur lésion, et de leur éviter autant qu'il est possible des complications qui deviennent facilement redoutables.

Pourtant, nous n'avons pas de prise directe sur la lésion de l'emphysème. Que pouvons-nous, en effet, contre la distension permanente et toujours grandissante des alvéoles pulmonaires, et l'affaiblissement consécutif des parois du lobule qui peuvent même céder à un degré plus avancé de l'affection ? A cet égard, il n'y a pas de traitement pathogénique ni spécifique, le traitement en grande partie sera hygiénique, on avisera aux symptômes ensuite, et un régime approprié consolidera le terrain et permettra au malade de supporter plus facilement les incidents aigus.

Au point de vue de l'hygiène de l'emphysémateux, point n'est besoin d'insister sur les avantages de la sédentarité, ni de l'inviter à se garder des intempéries. Cette nécessité peut provoquer un changement de profession, que peut motiver aussi le besoin très réel de surveiller de très près les fonctions digestives. L'emphysème se double fréquemment de dilatation gastrique. Il est donc indiqué de faire suivre au malade un régime que dictera l'examen préalable de l'appareil gastro-intestinal. Tout ce qu'absorbent de tels malades doit être facilement digérable et en même temps très riche en matières nutritives sous un volume réduit. La suppression des boissons alcooliques ou fermentées doit être absolue. Eviter les stases gastriques et s'appliquer, s'il y a lieu, au traitement des dyspepsies à fermentations, dont la répercussion sur l'état pulmonaire est aussi réelle que pénible. Rappelons en passant que l'examen des urines, répété périodiquement, est indispensable, non seulement pour le traitement mais aussi au point de vue du pronostic.

Nous ne parlerons pas ici de la thérapeutique physique, bains d'air comprimé qui ont leur application, mais sont loin de la pratique courante.

Entre temps, une cure thermale peut être profitable, mais en dehors de toute phase aiguë et des formes congestives, Royat, Saint-Honoré, Le Mont-Dore, ont leurs indications.

Traitement médicamenteux. — L'arsenic et l'iodure, médicaments traditionnels, depuis longtemps éprouvés et dont l'éloge n'est plus à faire. Nous verrons plus loin comment nous préférons voir administrer l'arsenic, que nous considérons à l'heure actuelle, surtout comme un tonique d'ordre général, grâce à la facilité d'administration de l'arsenic organique.

L'iodure à doses réfractées, traitement de longue haleine, le « sel » des emphysémateux 0,25 vingt jours par mois.

Iodure de potassium	5 gram.
Eau distillée	q. s. pour 300 cc. 3.

une cuillerée à soupe (0.25 de KI) le matin dans du lait ; — traitement pour 20 jours.

Traitement de l'accès. — Morphine (0. 02 cc.) en injection sous-cutanée, si crise grave (pseudo-asthme). Inhalations de pyridine, fumigations, cigarettes de datura — après s'être assuré que l'accès n'a pas une origine gastrique. Dans les cas de sommeil difficile une formule analogue à celle-ci peut rendre des services.

Teinture de Lobélie	5 gr.
Teinture d'aconit	2 gr.
Dionine	0 gr. 40
Eau de laurier-cerise	20 gr.
Sirop de tolu	100 gr.
Eau distillée	q. s. p. 300

une cuillerée à soupe contenant : deux centigrammes de dionine, un gramme d'eau de laurier-cerise et dix centigr. de teinture d'aconit, avant de se coucher.

Traitement des complications. — Selon l'indication, les plus fréquentes et les plus redoutables étant les complications d'ordre pulmonaire, qui deviennent dangereuses pour le cœur droit. L'emphysémateux est presque fatalement conduit à l'asystolie, qui constitue la terminaison la plus ordinaire de la maladie, à moins qu'une infection pulmonaire aiguë intercurrente ne vienne mettre fin à l'affection et n'emporte le malade.

Pour mémoire, nous citerons la complication toujours possible d'un pneumo-thorax par rupture d'une vésicule, de pronostic relativement bénin, et de l'emphysème interstitiel et même médiastinal et sous-cutané toujours très grave.

Traitement général. — A titre d'adjuvant du régime et de la médication symptomatique, il y a lieu d'instituer un traitement destiné à relever les forces du malade, et le tonus général de l'organisme, aucun médicament ne s'allie à ceux de l'emphysème pulmonaire comme le *cyto-sérum*, qui, par son arsenic organique, à dose massive quoique inoffensive, ne peut que renforcer les défenses de l'organisme. Il relève l'état général, de plus par l'addition de sulfate de strychnine, stimulant par excellence de la contractilité, et qui trouve son emploi tout indiqué dans une affection qui se caractérise entre autres lésions notoires par l'atrophie progressive des fibres élastiques des parois alvéolaires.

✦

THÉRAPEUTIQUE

Les phosphates de commerce et les phosphates naturels

Par le Dr LAMOUTTE.

On se plaint parfois de l'indifférence thérapeutique des médecins. Ceux-ci, gens d'expérience, après avoir constaté souvent l'inactivité physiologique de certains remèdes, théoriquement fort actifs, et parfois même des troubles secondaires que rien ne faisait prévoir, en sont arrivés à penser que la thérapeutique renferme bien des erreurs et qu'il est préférable, dans nombre de cas, de rester dans l'expectative en maniant l'*aqua fontis et sacharosa*.

Ce n'est pourtant pas la thérapeutique qui a tort. C'est le remède employé, qui, falsifié ou contrefait, ne possède plus les propriétés curatives désirables. Il en est ainsi du thiocol, auquel on substitue des sulfo-gaïacolates de potasse : il en est ainsi de l'anios, auquel on substitue des antiseptiques inactifs, et enfin, dans une grande mesure, de la médication phosphatée.

Lorsqu'on ordonne, en effet, un granulé mono ou polyphosphaté du commerce, c'est, en réalité, une forte proportion de sucre que l'on fait absorber : aussi après l'utilisation régulière de plusieurs flacons, on est surpris de ne constater encore aucun changement sérieux dans l'état général.

Il y a cependant un moyen de se mettre à l'abri de cet inconvénient, c'est de ne pas rechercher des préparations phosphatées plus ou moins agréables au goût, mais d'adopter des préparations naturelles ayant conservé leurs propriétés primitives intégrales. Prenons le neurogénol, par exemple. Il a un goût salé prononcé, et qui doit être masqué, pour les malades difficiles, au moyen d'artifices. Mais ce goût salé est le goût naturel des phosphates de telle sorte qu'en ordonnant le neurogénol, on utilise une association phosphatée (chaux, soude, potasse, magnésie) absolument naturelle et qui permet de compter sur des résultats certains.

Lorsque dans la tuberculose, les anémies, les asthénies, les névropathies, les convalescences, etc., on fait absorber, par jour, 2 seules cuillerées à café du remède, on obtient en peu de temps une amélioration manifeste. Les forces augmentent d'abord, puis c'est l'appétit, et le poids du corps. Il existe une stimulation générale très nette. Ce remède devient aussi, chez le tuberculeux, un reconstituant de grande valeur s'opposant à la « déphosphatisation » habituelle Chez le neurasthénique, nous ne connaissons pas un meilleur procédé médicamenteux pour lutter contre l'épuisement et remonter l'énergie psychique et musculaire. Dans les convalescences, et surtout après la grippe, la diphtérie, le rhumatisme, nous avons constaté une stimulation rapide et manifeste des actes nutritifs aboutissant, sans retard, à une guérison complète, sans traces morbides persistantes.

Un fait assez difficile à expliquer, et que, cependant, nous avons plusieurs fois observé, c'est une action laxative réelle. Comment le neurogénol régularise-t-il les selles ? Est-ce parce qu'il tonifie le système nerveux et, par contrecoup, exerce sur la fonction intestinale des effets stimulants et antispasmodiques suivant les cas ? Peu importe, le fait existe et doit être signalé.

Mais, ce qu'il faut signaler aussi, c'est la constance de ses effets reconstituants. Cette constance thérapeutique est due à la pureté des phosphates naturels qui composent le neurogénol, et lui donnent une énergie bien supérieure à celle des granulés habituels. Cette activité est telle qu'il ne faut pas dépasser, en général, la dose de 2 cuillerées à café par 24 heures. Il ne faut pas croire, en effet, qu'il faille donner aux malades des doses élevées du remède pour avoir encore de meilleurs résultats. Avec 2 cuillerées à café, l'assimilation est complète : au-delà, elle pourrait ne plus l'être parce que l'organisme, ayant pris la quantité de phosphate dont il a besoin, en rejette le surplus.

En médecine infantile (scrofule rachitisme, après la rougeole, coqueluche, etc.), nous avons observé avec le sirop de neurogénol des résultats toniques et reconstituants de tout premier ordre. Il est bon de le signaler. Utilisée à raison d'une à 4 cuillerées à dessert, suivant l'âge, cette préparation doit suppléer à l'insuffisance phosphatée de l'huile de foie de morue ou marcher de pair avec la crème norwégienne, mieux tolérée par ces petits malades.

Ce qu'il faut faire comprendre aux praticiens, c'est que l'inactivité de la médication phosphatée est due presque toujours à la prédominances du glucose dans les granulés ordinaires, tandis que l'utilisation d'une association des divers phosphates, pris et combinés à l'état *naturel*, sans sucre, donne une certitude d'effets constants et fort énergiques.

PRATIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

XX

H. — Allocation de 30, 40 ou 55 francs, suivant que le prix de la visite est de 1 fr. 50, 2 fr. ou 2 fr. 50.

I. — Urétrotomie externe ou interne.

Nous commencerons par l'opération la plus simple qui est l'urétrotomie interne.

Il va sans dire qu'on a dû avoir en vue les cas de rétrécissements causés par un traumatisme. Les ruptures de l'urètre, les contusions du périnée, ne sont pas exceptionnelles dans les accidents du travail. Mais la marche des lésions, leur étendue, sont loin de ressembler aux rétrécissements provoqués par l'habituelle blennorrhagie.

La dilatation est le plus souvent le meilleur moyen de maintenir la perméabilité de l'urètre traumatisé ; mais tout en faisant des réserves sur les indications de l'urétrotomie interne dans les accidents du travail, nous ne disons pas qu'elles ne se puissent rencontrer et nous allons décrire cette intervention et son manuel opératoire fort simple, mais pour lequel on ne saurait nier qu'il faut un peu l'habitude, un petit tour de main.

L'instrument, nous le connaissons tous et nous l'avons manié, tout en admirant sa géniale simplicité.

On peut opérer avec ou sans chloroforme, et dans le cas où l'anesthésie serait nécessaire, elle ne sera que de courte durée.

Par précaution, on mettra une bougie filiforme, pendant un jour ou deux, sauf dans les cas d'urgence. Cette bougie, malgré son petit calibre, agit beaucoup plus efficacement qu'on ne le supposerait et « fait la voie ».

L'opérateur prendra les précautions antiseptiques d'usage et l'opéré sera savonné, brossé, dans toute la région du pubis et des bourses. La

Correspondance hebdomadaire
(*Suite*).

Nous vous adressons sous ce pli le texte de cet arrêt de Cassation ainsi que de quelques jugements à l'appui de votre cause : nous vous serons obligés de nous retourner ces documents de jurisprudence quand vous en aurez fait usage.

Seconde question, comptez comme suit :

Une visite ou consultation.

2 visites ou consultations en sus de cette première visite ou consultation, pour chacun des pansements séparément.

Dr A. F., à T., à *Concours Médical*. — Je suis médecin d'une Société de secours mutuels, avec un confrère de la même localité, nos honoraires sont fixés à 1 fr. par membre pour chacun, les malades, peuvent s'adresser à l'un ou l'autre indistinctement et même à tous les deux à la fois.

Les statuts relatifs aux soins médicaux disent simplement ceci : « Tout sociétaire malade a droit au service gratuit des médecins tant que durera la maladie. Les médecins sont tenus de visiter les malades avec assiduité, de les traiter avec douceur en leur donnant leurs soins et doivent les visiter tous les jours ensemble ou séparément au gré du sociétaire ».

Voici le cas qui me concerne :

Un sociétaire revenant de son champ tombe et se fracture la jambe au tiers inférieur avec plaie et issue d'un fragment qu'il a fallu réséquer pour pouvoir en faire la réduction. Cet homme âgé de 68 ans est resté 6 à 7 mois avant de pouvoir marcher sans béquilles ; aujourd'hui il marche très bien et a repris ses travaux. Le lendemain de l'opération, je dis en particulier à sa femme : Comme sociétaire, je dois à votre mari mes soins jusqu'à ce qu'il soit guéri, mais vous devrez me payer l'opération car je ne suis pas tenu de faire aux sociétaires blessés les opérations chirurgicales qui sont reconnues nécessaires. — C'est entendu me dit-elle, nous vous payerons.

Le mari après sa guérison n'a pas été de cet avis et a prétendu qu'il ne me devait rien.

Que dois-je faire ? et, le cas échéant, quelle somme dois-je lui demander ? c'est la première fois que ce cas se produit.

Réponse. — Bien que les opérations chirurgicales ne soient pas expressément réservées par les statuts de la Société de secours mutuels, au moins d'après l'extrait que vous nous donnez, elles doivent toujours être consi-

Suite page IX.

verge, le prépuce et le gland seront minutieusement désinfectés, et le malade étant couché sur un lit d'opération bien résistant, on relèvera le siège avec un coussin ou, à défaut de coussin, avec un ou deux draps pliés à la dimension d'un gros livre.

L'urètre doit être pourvu de la bougie filiforme armée ; on fait avec cette bougie en place un bon lavage avec la seringue de Guyon ou de Janet.

Après s'être assuré que la bougie peut bien pénétrer dans la vessie on visse le conducteur au préalable bien huilé avec de l'huile stérilisée.

D'horizontal au dernier temps de l'introduction, le conducteur sera ramené à la position verticale.

La lame coupante est engagée dans le conducteur, en s'assurant que les ailettes sont bien dans les rainures.

La verge et l'instrument sont maintenus verticaux à l'aide de la main gauche, et de la main droite on pousse la lame jusqu'au bout, les rétrécissements sont sectionnés ; en retirant la lame on achève au retour ce qui aurait échappé à l'aller. L'opération est faite.

On ramène le conducteur et on place une sonde à demeure.

On peut utiliser une sonde dont on coupe le bout et qu'on glisse en se servant de la bougie comme d'une sorte de mandrin.

Une fois la sonde en place, on fait un bon lavage de la vessie : eau boriquée, nitrate d'argent, solution faible.

La fixation de la sonde se fait aux poils du pubis à l'aide de coton à repriser. Décrire cette technique est bien compliqué et c'est un des exercices auxquels notre passage à l'hôpital nous aura certainement initiés. Quand on a vu ou su faire cette fixation de la sonde aux poils, on s'en souvient toujours.

Il est bon de ne prendre comme sonde qu'un numéro peu élevé, 16 par exemple.

On la laissera en place 24 ou 48 heures, suivant l'état de la vessie.

Outre que la sonde fait un peu de compression, et permet l'hémostase, elle assure le fonctionnement de la vessie et évite d'avoir recours au cathétérisme dans les heures qui suivent l'intervention. Sans parler de la sensibilité de l'urètre et de la douleur qui incommode le malade et gêne le chirurgien, il faut penser à la possibilité des fausses routes.

Il va sans dire que, pour bien faire cette opération, il est mieux d'en avoir l'habitude ; mais en suivant la technique que nous venons d'indiquer, on peut être certain de se tirer d'affaire et de n'avoir pas d'ennuis.

On ne nous pardonnerait pas de ne pas dire un mot de l'électrolyse, qui a été, à notre avis, trop décriée et trop vantée.

Certains ont voulu électrolyser dans tous les cas ; d'autres n'ont jamais voulu d'électrolyse ; pour ceux-ci, la récidive est fatale avec l'électrolyse, et pour ceux-là, il n'y en a jamais. La vérité est que les deux procédés sont bons et que l'électrolyse est d'une très grande simplicité, dont l'élégance n'est point exclue.

Le résultat immédiat est brillant et les malades qui pissent à plein jet chantent bien haut les mérites de leur opérateur. Il convient de ne pas les perdre de vue, et de s'assurer que le canal conserve son calibre ; les gens sages et qui ne sont point de parti pris, conseillent une dilatation consécutive et surveillée pendant les mois qui suivent l'intervention.

Cette remarque s'applique aussi aux urétrotomies sanglantes.

Pour l'électrolyse, on prendra les mêmes précautions que pour l'urétrotomie, mais la sonde à demeure est d'ordinaire inutile et l'anesthésie vraiment superflue.

Le malade n'est pas contraint de garder le lit et il peut être opéré dans le cabinet du docteur.

Cependant il est mieux de ne point jongler ainsi avec la difficulté. Réservons aux cas d'extrême urgence ces coquetteries chirurgicales et disons que toutes les fois que la chose sera possible, et ce doit être la règle, nous opérerons les rétrécis de façon qu'ils puissent demeurer à la chambre et mieux encore au lit pendant quelques jours.

Nous traiterons dans le prochain article de l'urétrotomie externe, dont l'honoraire est le même que celui de l'urétrotomie interne, alors qu'il faudrait au moins l'estimer au double : il s'agit en effet d'une opération qui nécessite toujours l'anesthésie et qui demande de réelles aptitudes chirurgicales.

Dr Ch. Levassort.

(*A suivre.*)

DÉONTOLOGIE

Lettre ouverte à un Maître.

Mon cher maître,

Le projet de vous communiquer ces quelques réflexions me hante depuis notre dernière rencontre, déjà lointaine ; mais j'ai voulu laisser passer les jours pour qu'elles ne vous semblent pas uniquement le contre-coup, dans mon esprit, du petit différend qui nous avait séparés et aussi, vous l'avouerai-je ? pour que le temps, en consolidant la preuve expérimentale de ce que je vous avançais alors, leur donne plus d'autorité.

Ce que je vous avançais alors : c'est que le modeste praticien qui voit et connaît son malade depuis longtemps est, dans nombre de cas, plus capable de lui être utile que le grand clinicien, qui pour la première fois l'examine et l'examine seul. Cela pour la même raison qui, dans n'importe quelle étude, rend ordinairement une série d'observations même médiocres supérieure à une excellente, mais unique. D'où la nécessité d'écouter, d'interroger le médecin traitant.

A cette nécessité vous ne croyez pas. Mon expérience personnelle et celle de nombreux confrères qui font appel à votre science et votre jugement concordent pour l'affirmer. Les consultations avec vous sont de simples auditions où l'on admire toujours la sagesse, la précision, la profondeur de l'observation immédiate aussi bien que la netteté et la logique des déductions, mais où l'on regrette, parfois pour le malade et toujours pour soi, le dédain des observations antérieures. Un beau monument de pensée qui n'a qu'un défaut : une base trop étroite. Je sais bien, avec tous ceux qui vous connaissent, que si vous construisez sur si peu de terrain, c'est pour en être bien sûr. Vous connaissez l'acuité de votre observation et vous vous méfiez de celle des autres. Mais cette méfiance n'est-elle pas injuste ?

Je voudrais vous en convaincre, et si j'y parvenais, il me semblerait avoir fait quelque chose pour la disparition de ce malaise qui pèse sur le corps médical en le coupant en deux tronçons, les maîtres et les praticiens, car cette méfiance, bien que due chez vous à un haut souci de l'intérêt du malade, n'en est pas moins pour moi un pli de l'esprit que l'on retrouve à de bien rares exceptions près chez tous les maîtres. Estompée ou accusée par le caractère de chacun, elle domine

tout rapport de maître à praticien et, par suite, est à la base du conflit latent qui nous sépare.

A première vue, elle apparaît même aussi logique que malheureuse. Vous, nos anciens professeurs, vous nous voyez toujours vos élèves, tels que nous étions au sortir de la Faculté, bourrés de savoir livresque, mais, même les meilleurs, capables de bien peu de chose. Dans nos courtes rencontres, il vous semble constater le plus souvent la diminution, ou tout au moins l'arrêt d'acquisition de ce savoir livresque que vous nous avez donné. Dans les journaux vous ne retrouvez guère que la signature de vos collègues, car le praticien manque des moyens de communiquer ses observations intéressantes. Impossibilité de consulter et de constituer la bibliographie nécessaire et, par suite, difficulté de présenter tout sec le fait à citer que finalement il garde pour lui. — Vous concluez que le praticien n'observe pas plus qu'il ne profite des observations des autres. Et peu à peu dans l'esprit du maître le plus bienveillant s'opère un travail inconscient qui nous fait passer au rang des confrères inférieurs envers qui la déontologie ne crée pas d'obligations ou tout au moins les mêmes obligations que vis-à-vis un collègue.

Bien entendu, je ne généralise pas et, seriez-vous le seul, mon cher maître, que votre correction impeccable m'obligerait à n'en rien faire ; mais j'incline à croire que si vous êtes ainsi déontologique vis-à-vis de nous, *in anima vili*, dirai-je, c'est par rigidité de principe pure que d'aucuns doivent trouver excessive, car nous tous praticiens, nous avons eu des commentaires aussi désagréables que variés, rapportés par quelque malade retour de l'hôpital, voire même du cabinet du consultant, depuis le fin sourire qui en dit long jusqu'au classique : « Quel est l'âne bâté qui vous a dit ou fait cela? ». Bienheureux, quand on ne vous voue pas aux gémonies, devant une société savante d'élite, comme nos confrères Audiat et Bruneau, les experts de Châteauroux, le furent par les experts parisiens que vinrent soutenir encore les contre-experts, toujours professeurs. Ils ne trouvèrent que les événements pour leur donner raison.

Cette situation de confrères inférieurs, quelqu'un des vôtres eut même l'idée de la faire reconnaître officiellement et je suis sûr que nombre d'entre eux ne trouvèrent de raison et d'excuse de notre obstination à ne pas vouloir admettre le certificat d'études médicales supérieures que dans cette infériorité qui ne nous permettait pas de juger avec une hauteur de vue suffisante cette belle réforme. A vos yeux, elle avait l'avantage de permettre aux futurs maîtres de se consacrer à des exercices mnénomiques transcendants sans se livrer aux détails vulgaires de la pratique, tout en conquérant une situation de faveur vis-à-vis des malades. A nos yeux, elle avait le tort de désobliger le praticien autant que de frauder le malade, car c'était le frauder que de lui présenter sous cette étiquette de médecin supérieur — interprétation qu'il n'eût pas manqué de donner à ce nouveau titre — un déplorable guérisseur que les exercices de mémoire imposés par sa conquête éloignaient à coup sûr de l'exercice du penser et du vouloir, qui sont les éléments efficaces de la pratique médicale et que seule elle peut développer.

Cela, mon cher maître, vous le savez et mieux que moi, vous en donneriez les raisons, mais, peut-être, à cause de ce fâcheux pli de l'esprit que je voudrais effacer, n'y pensez-vous pas suffisamment lorsque vous rencontrez vos anciens élèves devenus des praticiens.

Après vous, ils ont passé sous la férule d'un [illegible] maître plus rude, la vie, qui continue à leur apprendre tous les jours, souvent à leurs dépens, que penser n'est pas se souvenir. A son école, si le savoir qu'ils vous doivent a diminué, c'est qu'il s'est ordonné et tassé, non qu'il soit oublié. Je doute même qu'il ait diminué. Les idées nouvelles ont une si rapide et si considérable diffusion par la presse ! D'un autre côté, pour les ruraux surtout, l'automobile a apporté dans notre vie une heureuse transformation, laissant dans les occupations quotidiennes une marge plus large au travail personnel et quand on rentre, grisé de grand air, le cerveau frais, on a de l'appétit intellectuel ; la lecture de la revue ou du journal devient une satisfaction animale que ne connaît pas l'homme de cabinet. Seulement, éduqué par la vie, l'esprit fait un triage, s'annexe telle ou telle chose suivant le milieu, les conceptions médicales et philosophiques, le tempérament, et se l'annexe sous la forme pratique et utilitaire, oubliant les noms, les discussions savantes et tout ce qui fait le brio nécessaire d'un professeur qui doit enseigner. Le temps où nous étions un peu plus que des empiriques ou de maladroits Bovary a rejoint dans le passé celui plus lointain où les professeurs réjouissaient Molière et où les chirurgiens étaient des barbiers.

En dépit des apparences, nous conservons, nous augmentons en nous la partie transmissible de notre art, celle qui en fait une science, tout en enrichissant notre expérience de l'observation journalière de nos malades, qui corrige et rectifie notre jugement, ce que l'école ne pouvait faire que dans une faible mesure, et tels quels, nous valons moins que vous, nous valons autrement que vous, mais nous valons cependant quelque chose.

Nous valons autrement, car nos ressources ne sont pas les mêmes pas plus que ne se ressemble l'exercice de notre profession. Toute autre chose est d'opérer à l'aise, dans un milieu préparé, avec un personnel éduqué, que de sacrifier souvent seul, dans un milieu hostile, avec une instrumentation de fortune et une aide pitoyable, à ce que l'on a si bien nommé les devoirs irrémissibles de la chirurgie d'urgence. Autre chose est d'examiner un malade avec, à sa disposition, la possibilité de tous les moyens d'examen, de lui imposer un traitement avec l'autorité que vous confère votre situation et dont vous investit encore l'appel d'un confrère, et autre chose est de faire un diagnostic avec les seules ressources de l'examen direct que la disposition des lieux ne permet pas même toujours de toutes utiliser, de faire accepter un traitement dont la forme, la longueur, la minutie, le prix, ne conviennent pas au malade.

Ajoutez à cela combien nous sommes plus près de notre responsabilité que le consultant en ville ou à l'hôpital ; ajoutez que tout est de notre ressort sans qu'il soit possible parfois de faire appel au spécialiste et vous reconnaîtrez qu'à se débattre contre ces difficultés, sans compromis avec sa conscience, on doit se former le penser et le vouloir, et valoir quelque chose !

Vous aurai-je persuadé, cher maître, j'en serais aussi fier qu'heureux, car ce serait une petite pelletée dans le fossé qui nous sépare en attendant qu'il soit comblé. Ce jour-là, jour béni, les maîtres nous pardonneront nos erreurs, comme... nous leur pardonnons les leurs.... in petto. Ce jour-là, ils apprendront aux jeunes combien il est difficile d'apprécier justement un confrère qui vous a précédé auprès d'un malade et ils leur enseigneront, par la parole et par l'exemple, la réserve et l'indulgence. Ce jour-là, ils penseront

qu'autour d'un malade il n'y a plus que des médecins, comme le demandait tout dernièrement, un maître éminent, je me plais à le reconnaître. Le praticien sera seul à se souvenir en face de qui il se trouve et, n'ayant plus à sauver sa dignité et son indépendance, c'est avec respect qu'il le fera, si c'est vous, avec vénération.

L'illusion où je suis de croire pareil résultat possible doit vous faire me pardonner ma lettre d'abord, sa longueur ensuite. Et si le ferment de ces pensées est né d'une petite blessure d'amour-propre, vous le leur pardonnerez encore en sachant qu'elles n'auraient jamais vu le jour de l'impression si je n'avais cru, en les publiant, faire œuvre utile et bonne pour le praticien, le malade et... le maître.

J. EYRAUD (d'Yenne).

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

SOU MÉDICAL

Procès-verbal de la séance du 12 novembre 1908.

Présents : MM. Maurat, Jeanne, Vimont, Cézilly, Diverneresse, de Grissac et Dumesny.

La correspondance comprend :

N° 99. — Lettre du Dr R. de St.-E. — Appelé par un patron pour soigner son ouvrier, atteint de luxation de l'épaule, j'envoie après guérison, ma note au patron, on me répond : « Attendez, je suis en procès ? Le procès met mon client hors cause, l'accident n'est pas un accident du travail, mais un accident de droit commun. Je ne suis averti de rien de tout cela. Le blessé touche 500 francs et lorsque, par hasard, je l'apprends, il y a un mois que tout est terminé. J'écris à celui qui par jugement a été déclaré responsable, et lui-même, puis son avoué m'écrivent :

« L'accident n'était pas couvert par la loi sur « les accidents du travail, le médecin n'a pas de « recours contre le responsable et la somme ver« sée au blessé correspond à tous les frais inhé« rents à l'accident.

« J'aurais dû faire, me dit-on, opposition au moment du jugement ».

Il me semble que tout cela est bien compliqué. Le patron m'a fait appeler pour soigner son blessé, m'a écrit d'attendre la fin du procès ; c'était à lui, responsable vis-à-vis de moi, de présenter ma note...

Réponse. — L'obligation du patron qui vous fait appeler résulte non de la loi sur les accidents dans la circonstance, mais d'un quasi-contrat. C'est à lui que vous avez fait confiance et ce patron a manqué à ses obligations en ne vous faisant pas payer. Il est donc responsable de ce dommage qu'ainsi il vous cause. Poursuivez-le solidairement avec le blessé.

N° 1. — Lettre du Dr B., de R., qui soumet le texte des conclusions qu'il compte déposer au début de l'audience du juge de paix dans son affaire contre un chef d'industrie qui, après avoir fait soigner un blessé par lui-même, en le déclarant victime du travail, vient aujourd'hui lui contester ses honoraires sous prétexte que l'accident dont s'est plaint le blessé n'a pas eu lieu chez lui. L'affaire vient jeudi 12.

Réponse. — Nous approuvons les termes des conclusions. N'oubliez pas que, en matière d'honoraires accidents du travail, le délai d'appel est de quinze jours et a pour point de départ non pas la signification du jugement, comme en toute autre matière, mais la date du prononcé du jugement. Tenez-nous au courant.

N° 84. — Lettre du Dr T., d'A. C. — Le dossier qu'il réclame lui est retourné, avec tous les documents qu'il contenait.

N° 65. — Lettre du Dr P., à V. qui propose une solution autre à sa location que vient augmenter l'obligation de loger sa mère et sa sœur. Le bail serait pris en entier au nom de sa mère et il sous-louerait à sa mère la partie nécessaire à l'installation de son cabinet médical, et de son logement particulier, de façon à n'avoir qu'un seul bail notarié, le bail de sous-location serait un bail verbal.

Réponse. — Que le bail soit verbal ou notarié, il entraîne les mêmes frais d'enregistrement, et la déclaration des baux verbaux est obligatoire sous peine de sanction : doubles ou triples droits.

L'inconvénient d'une convention telle que la propose notre confrère n'est pas évidemment considérable, mais il expose à des contestations de la part du contrôleur des contributions directes lorsqu'il s'agira d'établir le rôle des patentes. Le procédé primitivement conseillé, d'établir des baux distincts, qui peuvent être faits sous forme de sous-seings privés, a le grand avantage de mettre les choses très au net.

N° 101. — Dr M., à J.-sur-M, écrit qu'il est tout décontenancé. Il arrive dans la clientèle ne sachant rien de la façon dont il doit réclamer les honoraires pour soins donnés à des victimes du travail. Jamais il n'en a entendu parler à la Faculté.

Le confrère a été documenté et le secrétaire général lui a écrit : Venez à nos groupements de défense professionnelle, lisez le *Concours médical*, vous vous instruirez sur vos droits en même temps que vous connaîtrez mieux vos obligations. Faites partie du Syndicat local, de l'Association générale, de l'Amicale et du « Sou ». Le *Concours* vous documentera sur chacune de ces œuvres qui ont un but distinct, mais ont un lien commun, la solidarité médicale.

N° 82. — Me B..., avoué, écrit que l'affaire du Dr V, contre C. sera appelée le samedi 28 novembre. Me Gatineau prévenu doit aller plaider.

N° 97. — Le Dr B., de St-A. — Écrit que l'agent de la compagnie l'U. ne veut le payer de ses honoraires qu'après qu'il lui aura adressé par la poste le reçu de la somme due.

Réponse. — Cette façon de transformer un *passé* en *futur* est bien illogique et contraire non seulement à la grammaire mais au bon sens. La Compagnie d'assurances en question enverrait-elle à ses assurés la quittance de ses primes, avant de les avoir encaissées. Elle ne trouvera pas surprenant que vous fassiez de même.

La créance médicale est portable et non quérable et vos honoraires devront vous parvenir nets de tous frais.

N° 103. — Interrogé par le Dr L. sur les moyens à employer pour arriver à la suppression d'une industrie qui apporte une gêne aux habitants d'un quartier, Me Gatineau a répondu par la consultation suivante :

« Les établissements dangereux, incommodes ou insalubres ne peuvent être créés qu'avec la permission de l'autorité administrative, c'est-à-dire des préfets et ils sont divisés en 3 classes

par le décret du 15 octobre 1810. L'autorisation pour les établissements de la 1re classe, comme pour ceux de la seconde, n'est accordée qu'après une enquête *de commodo et incommodo* (ordonnance du 14 janvier 1815, Art. 2).

« Le classement des industries est établi dans le tableau annexé à un décret du 3 mai 1886. (*Journal officiel* du 12 mai 1886).

« L'autorisation administrative, quand elle est accordée, peut déterminer les conditions dans lesquelles s'effectuera l'exploitation.

« Il n'y a point, dans les lois, de dispositions relatives à l'exploitation de certaines industries plutôt au bord de la mer qu'autre part, ni à une distance quelconque des cours d'eau. Les établissements de la 1re catégorie, d'après le décret de 1810, sont ceux qui doivent être éloignés des habitations particulières : ceux de la seconde, les manufactures et ateliers dont l'éloignement des habitations n'est pas rigoureusement nécessaire, mais dont il importe néanmoins de ne permettre la formation qu'après avoir acquis la certitude que les opérations qu'on y pratique sont exécutées de manière à ne pas incommoder les propriétaires du voisinage ni à leur causer des dommages. (D. de 1810, art. 1er).

« L'art. 12 du même décret est ainsi conçu ;

« Toutefois en cas de graves inconvénients pour la salubrité publique, la culture ou l'intérêt général, les fabriques et ateliers de 1re classe qui les causent pourront être supprimés en vertu d'un décret rendu en conseil d'Etat, après avoir entendu la police locale, puis l'avis des préfets, reçu la défense des manufacturiers et fabricants.»

« Il convient donc, dans le cas qui vous est soumis dans la lettre du Dr L., de se reporter, à la préfecture, à l'arrêté d'autorisation qu'a dû obtenir l'usinier pour savoir s'il a été imposé des procédés d'exploitation et d'exécution des opérations, et de rechercher si les conditions de l'autorisation sont observées.

« On peut aussi, si l'on est dans le cas de l'art. 12, former entre les mains du Préfet par voie de pétition signée du plus grand nombre possible de contribuables et d'intéressés, une demande à l'effet d'obtenir la suppression de l'établissement par la procédure indiquée dans cet article.

« En outre, les particuliers ne sont pas désarmés par l'autorisation administrative.

« Les tribunaux civils peuvent être saisis, par des propriétaires voisins d'un établissement insalubre régulièrement autorisé ou riverain d'un cours d'eau qu'il contamine, de demandes tendant à faire ordonner les mesures nécessaires pour obvier à la contamination, par les eaux résiduaires de l'établissement, du cours d'eau qui le borne et à obtenir la réparation tant du dommage causé à leurs propriétés que du dommage qu'elles éprouveraient dans l'avenir au cas où l'usinier ne parviendrait pas à en faire cesser les causes. (Bourges, 24 juillet, 1900. Sirey 1900. 2. 262 : Cassat., 18 nov. 1884, Sirey 85. 1. 69. Paris, 19 avril 1893, Sirey, 1893. 2. 124).

« C'est généralement par le moyen d'une action judiciaire qu'on arrive, dans le cas que vous signale votre confrère, à empêcher, dans une mesure plus ou moins grande, les inconvénients produits par des usines insalubres régulièrement autorisées ».

No 102. — Interrogé par le Dr P., à Th. sur la validité d'un contrat avec une compagnie d'assurance résilié par une lettre collective des médecins de sa région et signée de lui, contrat qui lui est, malgré cela, opposé pour le règlement de ses honoraires à un tarif autre que le tarif Dubief, Me Gatineau a donné la consultation suivante :

« Du moment où le contrat qui liait le Dr P., à la P..., stipulait qu'il pourrait rompre à volonté et qu'aucune clause ne l'obligeait à dénoncer le contrat sous forme de lettre recommandée, toute la question se réduit à savoir si le Dr peut fournir la preuve qu'il a dénoncé ce contrat à une date déterminée.

« Je suis d'avis que la preuve que cette dénonciation se place, pour l'effet qui doit en résulter, au 31 décembre 1906, est amplement faite par les documents que relate votre confrère. Par la lettre d'accusé de réception de la Compagnie, de mars 1908, se référant, sans aucune observation, à une lettre de rappel du docteur dans laquelle il rappelle la résiliation de conventions notifiée par la lettre collective de novembre 1906, la Compagnie se trouve, en cas de difficulté devant la justice, obligée à produire la lettre du docteur dont elle a accusé réception, production qui doit la contraindre à présenter également le texte de la lettre collective.

« En ne faisant aucunes réserves dans l'accusé de réception d'une lettre dans laquelle le docteur lui disait que la résiliation le libérant de tout engagement résultait de l'envoi de la lettre collective, la Compagnie a accepté purement et simplement le contenu de cette lettre.

« En admettant que, par impossible, la Compagnie se refuse à rien produire et soutienne que la lettre à laquelle se réfère son accusé de réception de mars 1908 contenait toute autre chose qu'une dénonciation de contrat, le docteur pourrait offrir de faire la preuve par témoins de la dénonciation de contrat collective en 1906. Cette preuve serait admissible, en vertu de l'art 1347 du Code civil, car la lettre de la Compagnie de mars 1908 devrait être considérée comme un commencement de preuve par écrit rendant vraisemblable le fait allégué et par suite admissible la preuve par témoin et même les présomptions, ce qui permettrait au juge de statuer sans même recourir à une enquête. Enfin le juge de paix, saisi du litige, aurait le droit, en présence des fortes présomptions résultant, en faveur de l'affirmation du docteur, de la production de la lettre de la Compagnie accusant réception et du refus de celle-ci de produire la lettre du médecin et la lettre collective des médecins de la région, de déférer le serment d'office au médecin demandeur pour en faire dépendre la décision de la cause conformément aux dispositions des art. 1366 et 1367 du Code civil.

« Dans les conditions où se présente l'affaire, votre confrère n'a qu'à assigner le patron des débiteurs et si ceux-ci, représentés par l'agent de la Compagnie, alléguant l'existence d'un contrat entre le Dr et celle-ci, fixent le taux des honoraires à un prix inférieur au tarif Dubief, en produisant ce contrat, le Dr P., n'aura qu'à prouver qu'il l'a résilié par la production du texte de la lettre collective (qu'il peut certainement se procurer ou reconstituer) et de celle d'accusé de réception de la Compagnie. En cas de dénégation par celle-ci, il peut faire offre de prouver par témoins que, en novembre 1901, il a été signé et envoyé à la Compagnie une lettre collective de résiliation au bas de laquelle figurait sa signature. Des confrères pourront sans doute témoigner de ce fait.»

No 98. — Le Dr V. G., à B., expose le fait d'un blessé d'une compagnie de chemin de fer, qui se fait soigner par lui. Le médecin de la Compagnie, sans le prévenir, vient visiter le blessé, défait le pansement et comme notre confrère proteste contre cette façon d'agir, le médecin de la compagnie prétend qu'il use de son droit prévu par l'art. 3 du règlement de la Compagnie et dit que le confrère ne sera payé que du 1er panse-

ment et de la 1re visite d'urgence. Me Gatineau consulté répond aux diverses questions qui se posent à l'occasion de ces faits par la lettre suivante :

« Dans le cas que le Dr G. V. soumet au « Sou médical », aucune action en dommages-intérêts, pour détournement de clientèle ne me paraît possible, puisque dans sa lettre notre confrère dit qu'il continuera à soigner le blessé, et que dans la lettre d'explication, le Dr B. prétend seulement visiter le blessé dans un but de contrôle et ne pas lui donner des soins.

« L'ouvrier aurait le droit de se refuser au contrôle du médecin patronal hors la présence de son médecin : et au besoin d'exiger préalablement l'accomplissement des formalités prévues par l'article 4 § 5 de la loi de 1895-1905. Mais s'il accepte de se laisser visiter sans l'accomplissement de ces formalités, il ne peut y avoir là une base d'action en dommages-intérêts pour le médecin de l'ouvrier.

« Y a-t-il possibilité de poursuivre contre quelqu'un en l'espèce l'application des sanctions inscrites dans l'article 30 § 5,3e ?

« Le Dr B. commet assurément, dans sa lettre, une erreur juridique, lorsqu'il prétend que la loi de 1898 laisse en dehors de son application, au point de vue médical, les ouvriers des Compagnies de chemins de fer. Il a tort de croire que la disposition du règlement sur le service médical (art. 23) par laquelle la compagnie ne prend à sa charge que la visite d'urgence, au cas de maladie d'un de ses employés auquel elle assure les soins médicaux par les médecins à elle affiliés, et lorsque cette première visite aura été faite par un médecin étranger à la compagnie, puisse s'appliquer aux victimes d'accident rentrant dans la sphère d'application de la loi sur les accidents du travail. Le médecin choisi par l'ouvrier pourra toujours, nonobstant toutes stipulations d'un règlement sur le service médical, actionner, en vertu de l'art. 4, la compagnie de chemin de fer, afin d'obtenir paiement de ses honoraires.

« S'il était établi que la compagnie, se basant ou non sur ce règlement, qui ne peut régir que le cas de maladie, a, par un de ses représentants ou employés, menacé l'ouvrier de laisser à sa charge les frais du médecin, s'il se fait soigner par un médecin étranger, on pourrait porter plainte ou agir par voie de citation directe contre l'auteur de ces menaces, la compagnie ne pouvant être recherchée que comme civilement responsable.

« Mais la preuve, contre le médecin, d'une infraction à l'art. 30 ne pourrait résulter du seul passage de sa lettre d'explications adressée à son confrère où il dit qu'il croit de son devoir de rappeler au blessé que d'après l'art. 23 du règlement la compagnie ne s'engage envers les médecins étrangers que pour la première visite d'urgence. Il faudrait, en outre, être sûr d'établir par le témoignage du blessé que cette menace lui a été bien adressée.

« Au surplus si les termes du règlement sont bien tels que l'indique le Dr B., et si l'art. 23 ne distingue pas le cas de maladie par suite d'accidents des autres cas de maladie, il pourrait sans doute échapper à l'application de l'art. 30, en prétendant n'avoir pas agi avec une intention délictueuse puisqu'il ne faisait que rappeler un article d'un règlement de compagnie, sans doute homologué ou approuvé pour les pouvoirs publics compétents.

« Plutôt que de suivre la voie d'une poursuite correctionnelle, il semble que le moyen le plus pratique d'arriver à faire réformer le règlement, si tant est qu'il contienne des dispositions en opposition avec les principes de la loi sur les accidents, serait de saisir le ministère des travaux publics d'une plainte pour en demander les modifications dans celles de ses dispositions qui seraient illégales.

« Il faudrait préalablement s'en procurer le texte.

« En second lieu, lors de la demande à fin de règlement des honoraires du médecin choisi par le blessé, si la compagnie se retranchait derrière les termes de son règlement pour refuser de payer plus que la visite d'urgence, elle fournirait ainsi une occasion de faire juger par les tribunaux l'illégalité de son règlement.

« Pourquoi le médecin dont vous parle le Dr V. G. qui, se trouvant dans le même cas que lui, n'a touché que le prix de sa première visite, ne poursuivrait-il pas le paiement de sa note s'il lui est dû d'autres honoraires, dont il n'aurait pas été payé par l'ouvrier ? S'il n'a pas donné autre chose qu'un reçu pur et simple, et non une quittance pour solde, il peut le faire encore. »

No 28.— Le Dr Foata, de Gardanne, écrit :

Gardanne, le 8 novembre 1908.

Mon cher confrère,

Quand je vous ai écrit ma dernière lettre (1), je n'avais pas encore lu le jugement, et ne pouvais par conséquent vous transmettre que ce que mon avocat m'en écrivait. Je peux maintenant vous renseigner un peu mieux.

Le tribunal a rendu un jugement qui réforme complètement la décision du juge de paix, tant en ce qui concerne les motifs que le dispositif. Il déclare que le juge n'avait pas le droit d'interpréter le tarif Dubief, que ma note étant rigoureusement conforme au dit tarif, le juge devait nécessairement y faire foi, alors surtout que la matérialité des soins n'était pas contestée, et que le chef d'entreprise n'avait pas, en cours de traitement, fait désigner un docteur devant le renseigner sur l'état du malade.

Sur le fait *Amoretti*, le tribunal déclare que *le chef d'entreprise a voulu porter atteinte à mon honneur professionnel*, qu'en m'accusant de *faire des erreurs de diagnostic et de spéculer sur les soins donnés*, il a sciemment *dénaturé la vérité des faits* ; qu'il résulte, en effet, des pièces versées aux débats, de l'épreuve radiographique, des déclarations du Dr C.., qu'Amoretti *avait bien eu le bras fracturé* ; qu'en conséquence les imputations des chefs d'entreprise étaient *diffamatoires*, et en raison de ces imputations, le Tribunal les condamne à *1 fr. de dommages-intérêts*.

J'ajoute que, dans les conclusions de mon avocat, aucun chiffre de dommages n'avait été fixé, et nous ne demandions qu'une condamnation de principe.

D'après mon avocat, je ne pouvais poursuivre la Compagnie d'assurance pour diffamation, car cette Compagnie s'est bornée à porter des accusations contre moi par voie de conclusions.....

Le jugement du tribunal civil m'a lavé de ces imputations calomnieuses.

Si le conseil désire une copie du jugement, je la lui ferai parvenir.

Je pense qu'à l'avenir, juge et compagnie hésiteront avant de s'attaquer à un modeste praticien qui ne demande qu'à vivre en paix, mais qui se défend, surtout quand on attaque son honneur. Il est vrai que le dit praticien a été soutenu dans sa défense par tous les bons confrères auxquels il s'est adressé et dont il n'oubliera jamais le concours qu'ils ne lui ont pas marchandé en cette circonstance.

(1) Voir no 46 de 1908, p. 827.

Il est vrai aussi qu'il savait pouvoir compter sur l'appui de *cette puissante ligue qu'est le « Sou médical »* à laquelle tous les médecins prévoyants et soucieux de leurs intérêts devraient adhérer. Laissez-moi lui exprimer ici toute ma gratitude. Mon procès devant intéresser tous les praticiens, j'ai l'intention de demander au *Concours* l'insertion du jugement, avec un résumé de l'affaire.

Veuillez agréer, etc.

Le Conseil du « Sou » met à la disposition du confrère, la somme de 246 fr. 50 pour le couvrir des frais de son procès.

N° 104.—Dr L., à B.— Ce confrère, appelé par un sieur S., entrepreneur de battage, pour donner des soins à un de ses ouvriers blessé, réclame en justice de paix le paiement de ses honoraires. Le juge de paix le déboute bien que le dit entrepreneur ait fait la déclaration d'accident du travail et indemnisé en partie ce blessé, lui donnant 100 francs par convention transactionnelle.

Le docteur porte l'affaire en appel devant le Tribunal. Le jugement d'appel déboute notre confrère et le condamne aux dépens.

L'affaire, soumise à l'étude de Me Auger, avocat au Conseil d'Etat et à la Cour de cassation, a été l'objet d'un long rapport de ce jurisconsulte qui donne un avis favorable à un pourvoi.

Une somme de 800 francs est mise à la disposition du confrère pour poursuivre devant la cour suprême la cassation d'un jugement qui, si le principe était admis, mettrait le corps médical à la merci des assureurs profitant, surtout dans les campagnes, de la simplicité des victimes.

N° 3. — Dr B., à C.— Le « Sou médical », après avoir pris l'avis de son conseil judiciaire, décide d'accorder à ce confrère l'appui pécuniaire du « Sou médical » dans son instance en recouvrement d'honoraires, portée devant le tribunal par suite d'une demande reconventionnelle en 3000 fr. de dommages-intérêts en responsabilité médicale. Traitement d'une fracture compliquée de la jambe, ayant amené une diminution de la fonction, attribuée par le client, à l'impéritie du docteur.

N° 38. — Dr G., à L. — Notre confrère a été documenté par Me Gatineau consulté au sujet d'un recouvrement d'honoraires litigieux.

Dr L., à C. — Le confrère a été documenté par notre avocat conseil au sujet d'un cas d'exercice illégal de la médecine.

N° 94. — Dr L., à P.— Le conseil met à la disposition du confrère une somme de 150 fr. pour l'indemniser de ses frais dans son procès c. M., la question offrant un côté d'intérêt général à propos de l'interprétation du tarif Dubief.

N° 110. — Dr L., à P.— Le Conseil après étude du dossier et l'avis de Me Mornard, avocat à la Cour de cassation, décide de soutenir ce confrère dans un pourvoi (800 fr.), devant la cour suprême.

Interprétation du tarif Dubief. Massages multiples.

N° 105.— Le Dr B., à M., a demandé les conseils de Me Gatineau au sujet d'un projet de cession de clientèle.

N° 111. —Le Dr D., de P., demande au « Sou » d'étudier à nouveau la question de la propagande par affiches, gravures, etc. Le Dr Vimont est chargé d'étudier le projet soumis par le confrère et de faire un rapport à l'Assemblée générale du 15 novembre.

N° 112.— Le Dr R., de Paris, communique au conseil le différend qui a surgi au sujet d'un recouvrement d'honoraires pour massages entre lui et la compagnie d'assurance la P., qui conteste sans motifs sa note d'honoraires très consciencieusement établie.

Le confrère a répondu par la lettre suivante :

« Monsieur,

1° Je ne permets pas à un agent d'assurances de me dire que j'ai fait abus de massages, ni de rectifier ma note d'honoraires en supprimant plusieurs de mes séances. En le faisant, surtout étant donnée votre incompétence en médecine, vous insultez à ma moralité de docteur.

2° En cotant à 2 fr. les massages chez le médecin, vous me prouvez que vous ignorez la loi.

3° Je n'ai pas à vous connaître, ayant remis ma note à l'ouvrier B. et non à la compagnie la P. Si le patron de l'ouvrier vous charge de ses intérêts, cela le regarde et dans ce cas vous n'avez qu'à m'adresser *intégralement* les 106 fr. de mes honoraires.

4° En terminant, je vous dirai que je n'ai jamais entendu parler qu'on donne un reçu avant de toucher.

Je vous donnerai donc le reçu *après* que les 106 fr. auront été réglés.

5° Comme conclusion, si dans les *quatre jours* je n'ai pas touché mes honoraires, j'attaque l'ouvrier solidairement avec son patron, et M. le juge de paix, auquel je présenterai quelques jugements rendus dans des contestations de ce genre, vous montrera la légitimité de ma note d'honoraires.

Recevez, etc.

N° 68. — MM. les Dr H. et C., de T., ont sollicité l'avis de Me Gatineau pour savoir si un jugement de justice de paix les déboutant dans une affaire en recouvrement d'honoraires était susceptible d'appel.

Dans l'espèce, il s'agissait d'honoraires pour soins donnés à un étranger qui s'exhibait dans un aquarium et au cours de ses exercices s'était gravement blessé au genou.

Les confrères, qui ont eu le tort, hélas ! trop fréquent chez les médecins, de ne pas réclamer leurs honoraires aussitôt le service rendu, ont réclamé à celui qui les avait fait appeler, celui-ci a rejeté la responsabilité sur le manager habitant Paris. La recherche du débiteur, en dehors du blessé lui-même qui avait poursuivi de par le monde sa carrière d'acrobate sans laisser de trace, étant des plus difficiles et des plus compliquées, Me Gatineau a conseillé d'abandonner une affaire dont le résultat en appel eût été plus que douteux.

Le Dr Diverneresse communique au conseil des documents nouveaux qui viennent d'enrichir sa *contre-enquête*.

Expertise du Professeur X., dont une radiographie suggestive démontre le peu d'autorité (accident du travail).

Le Dr de Grissac dit le peu de souci des assurances, lors du contrôle des blessés, prévu par le § 5, de l'art. 4. de la loi-accident, de se conformer aux prescriptions de la loi. MM. les médecins, qui ont la confiance des assureurs, ne se préoccupent ni de se faire agréer par le juge de paix, ni de prévenir par lettre recommandée le médecin traitant.

Le Dr de L., de St.-O., qui assiste à la fin de la séance, fait part au conseil des rapports des médecins de St-O. avec la municipalité au point de vue de l'appréciation de la loi sur la santé publique et de l'engagement pris par la grosse partie des praticiens de ne participer aux services de l'hygiène publique que pour un temps limité à un an sous peine d'une amende équivalante à une année de l'indemnité accordée.

Nº 113. — M. Dumesny communique le dossier du Dr H., de L., qui lui est parvenu directement. C'est une question de recouvrement d'honoraires accident du travail qui offre cette particularité que des offres réelles ont été faites au médecin, devant le tribunal de paix.

Renvoyé à Me Gatineau pour lui demander avis.

Syndicat des médecins de l'arrondissement de Rambouillet.

Séance du 11 *novembre* 1908.

Présents ; MM. Guy, Lousteau, Mathieu, Piton, Bisot, Larrieu, Camescasse, Perrineau, Grellière, Pastureau, Delpeut, Thouvenin, Delbecque, Comet, Bailhache, Garlopeau, Versepuy, Blotin et Marquet.

Absents (amende de six francs) : MM. Baranger, Caroli, Villeneuve et Voulet.

a) M. Larrieu, trésorier, rend compte de l'état de la caisse, à ce jour 11 nov. 1908 (avant la séance), car c'est jour de recette ! Il reste en caisse 55 fr. 50. Deux cotisations et une amende de 1907 n'ont pas été recouvrées. (*Approuvé.*)

b) Notre réunion d'hiver est fixée statutairement au 2e mercredi de novembre. Cette date était fort bien choisie avant que d'autres eussent découvert que novembre est notre mois de repos. Mais ces autres ayant partagé notre manière de voir, voici que le Syndicat se réunit dans la semaine qui voit les Assemblées générales de l'Union, du *Concours*, de l'Amicale, du « Sou » et, maintenant, de la Caisse de retraites.

Un tel *concours* devient excessif, notre petite collectivité doit céder la place aux grandes susnommées. A l'unanimité, il est décidé que notre Syndicat se réunira désormais le deuxième mercredi d'octobre, mêmes lieux et heures.

c) Le repos hebdomadaire et le double prix du dimanche.

Il n'y a pas du tout unanimité sur ce point :

Les adversaires de la réforme font valoir qu'elle (la réforme) n'est pas réalisable chez nous en raison de ce fait que notre arrondissement compte beaucoup trop de non-syndiqués.

Encore que ce serait apporter une grave perturbation dans les habitudes de nos clients pour un bien mince *produit pécuniaire* puisqu'il y aura des dérogations nombreuses : malades en cours de traitement ; malades qu'il nous conviendra de voir le dimanche (parce que cela nous est commode) : ouvriers peu malades qui travaillent toute la semaine, et qui, très raisonnablement, remettent au dimanche la consultation qu'ils ont à nous demander ; parents d'un nourrisson qui viennent voir leur gosse, etc.

Encore que nombre d'entre nous ne tiennent point à choisir précisément le dimanche pour *se donner de l'air* et aller acheter des faux-cols.

Enfin ! que le double prix n'assure pas du tout le repos. L'un de nous, par trop altruiste, voit même dans le fait de doubler les prix la *partie* d'un quasi-contrat dont la *contre-partie* est une sorte d'engagement de demeurer ce jour-là plus que tout autre à la disposition des clients.

Mais ceci paraît exagéré, non sans toutefois, qu'un courant d'opinion ne se laisse percevoir en faveur d'une autre conception de la question : on envisagera le doublement du prix des visites demandées le dimanche comme une compensation à ce fait que nous sommes, en réalité, privés de ce fameux *hebdomadaire* dont tout le monde jouira............. bientôt.

Incidemment, mais par une incidence logique, la discussion s'égare un instant sur le relèvement des prix.... des prix ordinaires maintenus imprudemment par nous au-dessous du prix du beurre.

Conclusion : le secrétariat enquêtera auprès des confrères non syndiqués sur cette seule question : êtes-vous d'avis de doubler nos prix ordinaires pour les visites qui nous sont demandées le dimanche ?

d) Question posée à chacun : que faites-vous quand un gendarme vous demande un certificat à propos d'une rixe, d'un accident — avec l'intention (pour le gendarme) de joindre ledit certificat à son rapport ?

Position de la question : Il ne s'agit pas ici des décès, de cause violente ou non, survenus sur la voie publique. Dans ce cas de décès on doit nous remettre une réquisition du maire sur le vu de laquelle nous établissons, tous, un constat en double expédition ; nous savons qu'un exemplaire demeure à la mairie et que l'autre va... où vont les rapports de MM. les gendarmes.

En fait, il n'est pas inutile de le dire, les mairies nous payent facilement, même si, bons enfants, nous n'avons pas exigé la solennelle réquisition.

Il s'agit donc, pour fixer les idées, d'une rixe. Nous avons donné nos soins à l'un des combattants, sinon à tous. Il y a enquête et la gendarmerie vient nous questionner, voire même solliciter un petit rapport écrit, daté et signé.

Deux espèces : 1º Le blessé est hors d'état de parler, il n'y a à côté de lui ni parent, ni ami apte à nous requérir. Ici nous devons agir selon notre conscience ; au besoin nous devons prendre son affaire en main, nous faire le bon gérant de la chose, *gestor rerum*. Par conséquent, si son intérêt à lui blessé paraît être que nous fassions un rapport, une déposition à l'enquête, nous pouvons et devons agir ainsi. Nous pouvons et devons refuser dans le cas contraire, mais il ne faut point baser ce refus sur notre désir de nous éviter des ennuis à nous-mêmes.

2º Le blessé est en état de parler et de décider, ou bien quelqu'un des siens est là. Alors nous devons renvoyer le gendarme enquêteur au blessé lui même. Si ce blessé en décide ainsi, moyennant cent sous et une feuille de papier timbré, nous délivrerons le certificat avec cette mention : « délivré à l'intéressé sur sa demande ».

Dans tous les cas, nous devons nous rappeler que l'article 378 du Code pénal nous interdit de raconter les affaires de nos clients ; que le consentement même de nos clients ne nous *oblige* pas à parler desdites affaires ; selon les espèces, ce consentement nous permet de répondre ou de ne pas répondre aux questions de quiconque, sans qu'il y ait de notre refus d'autre juge possible que notre conscience.

e) Il est procédé aux élections triennales du bureau.

Le président sortant, seul, n'est pas rééligible.

Sont élus, par dix-huit votants :

Président : Camescasse, 16 voix.
Vice-Président : Bailhache, 16 voix.
Trésorier : Larrieu, 16 voix.
Secrétaire : Lousteau, 17 voix.

f) En conséquence, le siège social du Syndicat est transporté à Neauphle-le-Château, au domicile de M. le Dr Lousteau,

Et l'on s'en fut dîner fort gaiement.

Le secrétaire sortant,

Dr R. CAMESCASSE

Syndicat médical des Deux-Sèvres

Assemblée générale tenue à Niort dans une salle de l'Hôtel-de-Ville, le 10 *octobre* 1908.

Sous la Présidence du Dr J. Charier, président.

La réunion, précédée du banquet organisé par les bons soins du Docteur Collon, servi au « Raisin de Bourgogne», banquet commun à l'Association générale et au Syndicat auquel avaient été convoqués tous les médecins syndiqués ou non du département, à l'occasion de l'élection des délégués médicaux de la commission mixte départementale médico-mutualiste, s'est ouverte à deux heures.

Ont signé le registre de présence : MM. Collon, Corbin, Largeau, Mayet, Petit, Renon, Roulland, Tiffaud, Grassin, Poineau, Demarque, Forget, Tillé, Joubert, Charier, Ferrand, Valla, Mosnay, Gaud, Lamy, Rabec, Grimaud, Boudard, Clément, Maillard, Griffault Emile, Griffault Lucien, Gaillard père, Gaillard fils, Marion. Guillon, de Saint-Loup, Verlet, Jaurand, Gadreau, Gerbier Louis, 36 présents. Assistaient aussi à la séance et au banquet : Me Mercier notre aimable avocat-conseil et le Dr Corneille Saint-Marc qui est adhérent et dont la candidature sera portée à l'ordre du jour de la prochaine réunion.

Excusés : MM. Fayard, Pillet, Roux, Tournadour, Senoble, Motheau, Vermeil, Vandier, Lecointre, Audoin, Cotilleau, Verrier, Gallot, Roy, Guinebertière, Verron, Escure, Perrault, Moreau de Châtillon, Barillet, Dourif, Clais, Dulout, Rayoux, Nicoullaud, Girard, Landry, Breffeil, Bouchet, Frey, Bégusseau, Guillon, de Secondigny, Le Guichaoua, Pons, 32 excusés.

Absents non excusés : MM. Riffé, Moreau, de Saint-Maixent, Clochard, Besnard, Brillaud, Brin, Pelletier, Demange, Pringuet, Pradel, Métayer, Riffeaud, 12 absents non excusés.

Candidatures. — MM. Griffault Emile (à la Mothe-Saint-Héraye), présenté par MM. Boudard et Gaud ; Gerbier Louis (à la Ménigoute), présenté par MM. Vermeil et Gadreau ; Griffault Lucien (à Lezay), présenté par MM. Gaud et Lamy.

Les trois candidats, ayant obtenu la majorité des suffrages, sont proclamés membres du syndicat et prennent part à la réunion.

Compte rendu de la dernière réunion. — Lu et approuvé.

Correspondance. — Aux lettres et télégrammes d'excuses, se joint une lettre de Me Clouzeau, notre sympathique avoué que ses occupations ont retenu loin de notre banquet.

Démission du Dr Boullet, qui, ne voulant pas se soumettre aux statuts, se retire. (*Accepté.*)

Assistance médicale gratuite. — Une décision du Conseil général, provoquée par l'abus des prescriptions pharmaceutiques commis par quelques médecins, stipule que le Préfet pourra révoquer ou suspendre de ses fonctions pendant un temps déterminé tout médecin ou pharmacien de l'assistance médicale gratuite pour négligence ou faute grave en service. Toutefois, cette mesure ne pourra être prise qu'après avis de la commission de revision, l'intéressé ayant été mis à même de s'expliquer verbalement ou par écrit devant la dite commission. Cette mesure ne sera définitive qu'un an après l'avis. L'expression « négligence » n'est pas justifiée, c'est « inobservation des règlements » qui aurait dû être employée.

Reçu le compte rendu de la dernière réunion de la section Melloise. Demande du Dr Boudard, que cette section soit reconnue et inscrite comme une circonscription du syndicat départemental. Cette reconnaissance est de droit d'après les statuts.

Cabinets de consultation établis en dehors du domicile de résidence du médecin. — Cette question a été discutée à diverses reprises par l'assemblée et le Président, au sujet d'une candidature éventuelle qui aurait pu se produire, si l'on avait voulu faire quelque concession, a répondu que, tant qu'il aurait l'honneur et la charge de veiller à l'application des statuts, il ne serait fait jamais aucune exception en faveur de qui que ce soit ; et qu'il n'y avait pas lieu par conséquent d'écouter pareille demande, ni de remettre la discussion sur le tapis.

Lettre du Dr Levassort, secrétaire de l'Office central de la répression illégale de la médecine; accusant réception de cent francs envoyés par le Syndicat et adressant ses remerciments.

Lettres de l'Association générale des pharmaciens de France signées « le Conseil d'administration » dont les termes et le ton ne méritent pas de réponse.

Lettres relatives à la tarification des distances kilométriques dans le tarif Dubief. Pareille réclamation a déjà été adressée aux membres de la commission de revision du dit tarif.

Lettre de l'Union demandant les candidats pour le comité de vigilance. Il y a été répondu.

Plainte pour exercice illégal formulée sans preuve et sans témoignage de la part du plaignant qui voudrait voir le président se charger du rôle de juge d'instruction. Il n'a pu être donné aucune suite et il en sera toujours ainsi, quand le plaignant ne fournira pas un dossier complet, appuyé sur des documents sérieux, des preuves palpables et des témoins incapables de se récuser à l'audience.

Demande que la réunion soit fixée au dimanche, ce serait un acheminement hebdomadaire. Les confrères de la campagne ne peuvent accepter cette fixation : le dimanche étant le jour où les habitants des environs se rendent en plus grand nombre aux chefs-lieux de canton et localités où habitent les médecins, se trouve être un jour chargé de consultations. L'assemblée décide, afin de favoriser tous les membres, et donner à chacun les facilités de suivre les réunions, de fixer successivement les différents jours de la semaine.

Statuts de l'œuvre d'enseignement complémentaire fondé par M. Etienne Bazot. — L'attention est appelée sur ce groupement E. M. I. (Excursions médicales internationales), qui procure à ses adhérents l'avantage de voyages annuels dans les universités étrangères, joignant l'utile à l'agréable. Le Président se tient à la disposition de tous ceux qui désireraient des renseignements à ce sujet.

Inspection des écoles primaires. — Après les pourparlers engagés avec M. l'inspecteur d'académie, la circulaire ministérielle offre à raison de 2 visites annuelles les honoraires de 1 franc pour la visite des locaux et 0 fr. 20 centimes pour examen individuel des élèves. Voici résumée la réponse du président qui demande pour :

Visite d'une école ayant internat	10 francs
— d'une école rurale......	5 francs
Examen individuel...........	1 franc
Par 1 kilomètre, calculé de la résidence du médecin à l'école parcouru à l'aller et au retour.................	0 fr. 50 cent.

Tout médecin acceptant le tarif départemental sera admis à l'inspection.

Le docteur Collon donne lecture d'une pétition signée des médecins de Niort demandant

Correspondance hebdomadaire
(Suite).

dérées comme exclues de la garantie de la Société et nous vous conseillons de poursuivre le paiement de celle dont il s'agit si votre client ne s'exécute pas de bon gré.

Mais, permettez-nous de vous manifester notre étonnement de ce que des médecins acceptent encore pour une Société de Secours mutuels une rémunération aussi infime que celle d'un abonnement à un franc par tête de sociétaire.

Dr M., à L., à *Concours*. — J'ai cru lire dans le *Concours* dont je suis depuis 1904, c'est-à-dire depuis mon installation, un fidèle et attentif lecteur et abonné que : *tous les médecins pouvaient se faire assermenter*, QUE LE PRÉFET NE POUVAIT REFUSER l'autorisation de prêter serment. J'ai affirmé cela au Syndicat avec une telle énergie que tous les confrères voulaient le soir même briguer cette fonction. Ai-je bien lu, et dans quel numéro ai-je lu cela ?

R. — Vous avez fait certainement erreur. Nous avons dit que tous les médecins d'une région pouvaient *demander* à être assermentés, que l'Administration Préfectorale *pouvait* les agréer tous, et que l'assermentation en bloc de tous les médecins avait été, *dans telle ville déterminée*, un fait accompli, mais nous n'avons jamais dit que le Préfet *ne pouvait refuser* l'assermentation. Elle constitue, en effet, une faveur administrative et c'est là la cause pour laquelle le *Concours*, ennemi, comme vous le savez, des faveurs, n'a cessé d'en combattre le principe.

Dr L., de V., à « Sou médical ». — J'ai reçu la réponse à la question que je vous ai posée et aussi la consultation de Me Gatineau. Je vous en remercie sincèrement. Je viens maintenant solliciter vos avis au sujet du fait suivant :

Il y a ici une usine fabriquant du chlorate de potasse. A en juger par les précautions prises, et sans être initié en rien, on se rend bien compte, que cette fabrication est dangereuse pour les ouvriers. Ainsi, avant d'entrer, ils changent de vêtements et endossent des blouses et pantalons qu'ils abandonnent en quittant l'usine. On les fait baigner tous les jours. Néanmoins ces ouvriers ne sont pas à l'abri d'accidents divers. Ainsi l'un d'eux a eu l'avant bras gauche brûlé, dans les circonstances suivantes :

Se trouvant dehors, un

Suite page XII.

l'organisation de l'assistance médicale dans cette ville. Le Président, accompagné de médecins de Niort, ira la remettre au Préfet.

Sociétés de secours mutuels. — Création d'une procédure d'arbitrage pour le règlement des conflits médico-mutualistes. Le Président n'a pu obtenir de réponse de M. Gentil, président de l'Union S. S. M. pour s'entendre avec lui à ce sujet. Conformément à l'accord intervenu à Paris le 23 novembre 1907 entre les représentants des S. S. M. MM. Léopold Mabilleau, Mirouel, Hébrard, Rétali, Toussaint et ceux du corps médical, les docteurs Lereboullet, Jeanne, Noir, Diverneresse, de Grissac et portant création d'une procédure d'arbitrage pour le règlement des conflits médico-mutualistes, le Syndicat dans un but d'apaisement et d'entente, décide l'élection de 4 délégués médicaux, c'est-à-dire un par arrondissement à la commission mixte départementale. Sont élus : MM. Collon, Charier, Gaud, Marion. Une réunion du bureau de la Fédération des S. S. M. devant avoir lieu le lendemain, le Président informera, dès ce soir, M. Gentil de cette décision et de ces élections.

Election de deux délégués à l'Assemblée générale de l'Union du 15 novembre prochain. — Sont élus : MM. Corbin et Mosnay. Suppléant : M. Charrier.

Projet de Fédération médicale de la Basse-Loire. — Après avoir entendu la lecture de la lettre du Président du syndicat d'Angers, relative à ce projet, l'assemplée estime que, affilié directement à l'Union et n'ayant pas actuellement de raisons pour accepter cette proposition, le syndicat n'y donnera pas suite.

Petit certificat d'assurance sur la vie. — La proposition de ne payer que dix francs les certificats délivrés pour une assurance peu élevée sur la vie, a été faite par quelques agents d'assurance à certains confrères qui pourraient s'y laisser prendre. Il est rappelé que le prix uniforme de 20 francs doit toujours et dans toutes circonstances, être demandé, l'examen dans tous les cas étant le même.

2e *Congrès des praticiens.* — L'imprimerie L. Danel, 93 rue Nationale, à Lille, tient à la disposition du corps médical, au prix de quatre francs, les procès-verbaux des séances. Un exemplaire sera acheté par le syndicat et déposé à la bibliothèque médicale. Malgré cela tous les confrères sont invités à se procurer cette brochure, qui contient une quantité d'enseignements utiles.

Consultations de nourrissons. — Cette question remise à l'ordre du jour sur la demande de quelques syndiqués, a été déjà traitée à fond dans les précédentes réunions.

En fin de séance, l'idée de faire faire des conférences aux mutualistes par des personnalités étrangères au corps médical, pour les instruire des demandes des médecins relatives au libre choix est émise par le président. Notre caisse est suffisamment riche pour faire face à cette dépense.

L'ordre du jour est épuisé et la séance levée.

Le secrétaire, Dr Mosnay. — *Le Président,* Dr J. Charier.

Au moment de mettre sous presse, je reçois de M. Gentil la réponse suivante à la communication relative à l'élection des délégués à la commission mixte médico-mutualiste.

Paris, le 24 octobre 1908.

Monsieur le Président,

« A notre dernière réunion, j'ai soumis votre « lettre au Conseil d'administration qui, à l'*unanimité*, a décidé de n'envoyer aucun délégué et « de ne se prêter à aucune combinaison d'arbi- « trage dans le sens proposé.

« Si les médecins et les malades ne peuvent « pas s'entendre, on réorganisera les sociétés qui « dans ce cas paieront à leurs malades des indem- « nités journalières plus élevées, sauf à eux à « s'entendre avec le médecin de leur choix.

« Dans ce cas, les notes du médecin et du phar- « macien ne seront plus garanties par les socié- « tés, et les médecins recevront directement « de leurs clients tout ou partie de la somme « allouée à ces derniers. Et pour éviter les saisies « entre les mains des sociétés, les indemnités « seront payées jour par jour.

« De véritables scandales d'entente entre cer- « tains médecins et certains pharmaciens ont « été signalés, et s'ils avaient continué, les so- « ciétés victimes entreraient dans la voie que « j'indique, contraintes par la nécessité de de- « mander des cotisations hors de pair avec les « moyens des assurés.

« Depuis 25 ans, je fais de la mutualité, et « jamais dans mon ressort je n'ai vu de difficul- « tés s'élever avec les médecins dans la société « que je préside et que j'ai fondée.

« Lorsqu'un notaire, un avoué, un huissier, « sont nommés d'office par le tribunal pour occu- « per dans des affaires d'assistance judiciaire, ils « ne touchent aucune indemnité d'aucune sorte, « pas même de déplacement. J'ai eu une liqui- « dation notamment qui a demandé 8 jours de « travail à mon clerc et à moi, avec 3 voyages, « pour les renseignements chez des intéressés. « Je n'ai pas touché un centime, et pourtant nos « charges sont payées et achetées. Le médecin, « au moins, a les fonds de l'assistance qui cou- « vrent au moins ses voyages, heureusement que « ces cas ne se présentent que cinq ou six fois par « an pour nous ; sans cela ce serait ruine complète.

« Je crois, mon cher Président, que l'on pour- « rait faire quelque chose d'équitable si dans le « principe on ne s'était heurté à une opinion « faite qui est demeurée immuable. Il est un peu « tard aujourd'hui, et nous fédération, n'avons « plus à intervenir dans ces questions, puisque « chaque société a son autonomie complète et « garde ses moyens d'action et d'entente. C'est « du reste ce qui a eu lieu et nous avons, en « temps que fédération, rayé de nos discussions « la question médicale dans laquelle nous ne « pouvons que donner des conseils.

« Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'ex- « pression de mes sentiments les plus distingués.

Signé : Gentil.

Député,

Président de l'Union des sociétés, de secours.

Ma conclusion : Suivre le conseil donné. Rayer de nos discussions la question des S. S. M. et assimiler leurs membres à la clientèle ordinaire.

Dr J. Charier.

Syndicat médical de la Dordogne

Extrait du compte rendu de la réunion du 26 mai 1908.

Les médecins et les sociétés de secours mutuels dans le département. — Le Dr Duponchel donne lecture du rapport suivant ;

« Périgueux, le 20 mai 1908.

« Mes chers Confrères,

» Chargé par notre syndicat d'étudier la question des rapports des médecins avec les Sociétés

de Secours mutuels, nous avons l'honneur de soumettre à votre approbation les réflexions suivantes :

« En premier lieu, nous tenons à déclarer que cette question délicate sera traitée par nous le plus amicalement, le plus affectueusement possible, attendu que depuis toujours mutualités et médecins ont été trop intimement liés pour qu'il en soit autrement.

« Nées pour ainsi dire spontanément de cet instinct qui porte les faibles à s'unir pour lutter contre les difficultés de la vie, les associations mutuelles remontent bien loin dans le passé. Mais, au point de vue légal, ce n'est qu'en 1850, par la loi des 8 mars, 5 et 15 juillet, que les Sociétés ont été reconnues. L'article 2 les définit ainsi : « Ces « Sociétés ont pour but d'assurer des secours « temporaires aux sociétaires malades, blessés ou « infirmes, et de pourvoir aux frais funéraires des « sociétaires. » Mais ce n'est que par décret-loi organique du 28 mars 1852 (art. 6) que la loi permet à ces Sociétés de promettre des pensions de retraite, « si elles comptent un nombre suffisant « de membres honoraires ».

« Il faut dire bien haut que dès leur naissance jusqu'à nos jours le médecin fut l'organe essentiel de ces associations. Dans notre corporation, toujours si pitoyable aux malheureux et si enthousiaste du progrès, l'élan de sympathie pour cette forme nouvelle de la solidarité humaine fut unanime. De toutes parts, les médecins, non contents de se faire inscrire comme membres honoraires, offrirent leurs services à prix réduits et souvent gratuitement. Dans ce geste humanitaire, les médecins entendaient bien apporter leur concours non à des mutualistes quelconques, appartenant à n'importe quelle classe de la société, mais uniquement aux pauvres gens, aux salariés, qui vivent au jour le jour et que la maladie plonge à bref délai dans la misère.

« Par les largesses de l'Etat, des départements et mêmes des communes, les Sociétés mutuelles prirent rapidement de l'extension.

« De 500 Sociétés en 1830, elles passent à 2500 en 1852, à 9.000 en 1889.

« D'après le *Journal officiel* du 1er juin 1900, leur situation financière est la suivante :

« En somme, la mutualité française se pré- « sente à l'heure actuelle avec un total de 13.000 « Sociétés approuvées ou libres, un effectif « de 2 millions de membres et un avoir de 300 « millions de francs. Elle règle les pensions de « soixante mille vieillards dont la quotité moyen- « ne est de 100 francs par an. Pendant l'exercice « de 1898, les recettes ont été de 28 millions, les « dépenses ont atteint 22 millions, dont 3 mil- « lions et demi en frais médicaux, 4 millions « en frais pharmaceutiques, 6 millions en indem- « nités journalières et près de 9 millions pour les « arrérages de pensions de retraite. D'autre part, « les départements et les communes, se rendant « compte des bienfaits que répandent les Socié- « tés de Secours mutuels, ont voulu, eux aussi, « contribuer à leur extension. Chaque année, « dans la mesure de leurs ressources, les Conseils « généraux et les Conseils municipaux votent « des subventions de plus en plus importantes, « plus de 600.000 francs en 1899. Tout fait pré- « voir que le million sera réalisé à bref délai. »

» Aujourd'hui, en 1904, les mutualistes sont au nombre de 3.500.000. Leur avoir est supérieur à 400.000.000 de francs : ils comptent 120.000 pensionnés.

» Et ce n'est pas tout. La Mutualité scolaire englobe déjà 2.000 petites « Cavés » avec 700.000 petits Sociétaires : il se fonde un peu partout des Mutualités maternelles : enfin, l'institution gagne l'armée, qui lui amènera facilement 100.000 nouvelles recrues. Elle va pénétrer dans la marine. Ainsi, petit à petit se réalise le vœu qu'exprimait naguère M. Paul Deschanel : « Il faut que la République française devienne une vaste Mutualité. »

« Pendant que la mutualité se développe avec une rapidité vertigineuse, la profession médicale décline et sa situation s'amoindrit, peut-être par l'encombrement de la carrière, l'exercice illégal, mais aussi et surtout par la situation amoindrie qui lui est faite par ces collectivités de plus en plus nombreuses, de plus en plus riches, de plus en plus puissantes et qui ne ressemblent plus guère aux Sociétés de Secours mutuels primitives, fondées exclusivement pour les malheureux. Il en résulte entre le corps médical et la mutualité un conflit qui, nous l'espérons, sera de courte durée, par une entente amiable entre les Mutualités qui ont élargi leurs cadres en acceptant dans leurs rangs des patrons, des commerçants, des gens aisés, et nos Syndicats médicaux qui ont dû se former et s'organiser pour la défense de la profession. C'est ainsi qu'à Lyon, en 1902, et à Nice, en 1903, Syndicats et Mutualistes ont pu s'entendre, pour le plus grand bien des deux partis. Mais l'entente ent.e nous est absolument nécessaire, et reconnue telle par tous : c'est pourquoi M. le docteur Lereboullet, président de l'Association générale des Médecins de France, ne craignait pas récemment de déclarer : « Il n'est que de temps de « s'unir pour défendre les droits du médecin con- « tre les exigences illégitimes de certaines collec- « tivités. »

« Ces paroles, prononcées par le président d'une association qui compte 8,763 médecins français ont une réelle valeur.

« De ces faits, il résulte qu'en face d'une mutualité pour ainsi dire débordante, que nous ne songeons du reste nullement à critiquer, ayant nous-mêmes des idées trop larges et trop libérales pour être indifférents ou hostiles à ce progrès social, le rôle du médecin doit se modifier. De là les revendications justes et légitimes du corps médical qui, tous les ans, ne cessent de se manifester dans les congrès nationaux de Mutualités et de praticiens. Toutes ces revendications ont pour but le relèvement moral du médecin vis-à-vis des collectivités relativement riches et puissantes et, au point de vue pratique, du paiement des honoraires en rapport avec le travail fourni.

« Tous les trois ans, les Mutualités se réunissent en Congrès national et chaque fois la question du service médical est à l'ordre du jour.

« Au Congrès de Lyon, 1883, la majorité de la Commission se prononça pour le libre choix du médecin et pour sa rétribution à la visite.

« Au Congrès de Marseille, 1886, le Congrès préconise la rétribution du médecin à l'abonnement, tout en reconnaissant que cette manière de faire est encore inappliable dans un grand nombre de localités.

« Au Congrès de Paris, 1889, la question n'est pas abordée.

« Au Congrès de Bordeaux, 1892, les résolutions suivantes sont exprimées :

« 1° Libre choix du médecin ;

« 2° Le système à forfait étant contraire à la dignité du médecin, les Sociétés doivent éviter, autant que possible, d'y avoir recours ;

« 3° Le système à la visite, possible dans les petites localités, est désastreux dans les grandes villes pour les caisses des Sociétés, à moins que celles-ci ne soient suffisamment riches ;

« 4° L'abonnement sauvegarde à la fois les

intérêts de la caisse, la liberté du malade et la dignité du médecin.

« Au Congrès de Reims, 1898, il est déclaré qu'il est indispensable de limiter au strict nécessaire le nombre des médecins appelés à exercer dans une société et ce dans l'intérêt des Sociétés, aussi bien que dans l'intérêt des médecins eux-mêmes.

« Au Congrès de Limoges, 1801, le Congrès reconnaît que l'intérêt de la société est de prendre le système d'abonnement, et que la liberté de choisir son médecin doit être subordonnée à la latitude compatible avec une bonne administration.

« En somme, il ressort de ces décisions des Congrès mutualistes, que toutes sont plus ou moins inspirées par l'intérêt, et que ces Mutualités, à mesure qu'elles deviennent riches et puissantes, deviennent, suivant la loi commune, avant tout, conservatrices et égoïstes. Il était donc de toute nécessité de leur opposer un frein, et ce frein est représenté par l'union de nos syndicats.

« Il ressort des diverses résolutions prises, soit dans les Congrès médicaux des Praticiens, soit dans l'Association générale des Médecins de France, soit dans les articles de notre vaillant *Concours Médical*, que trois faits s'imposent absolument pour les rapports des médecins et des Mutualités :

« Le libre choix du médecin. (Nous croyons inutile, dans notre pays de la Déclaration de l'Homme, de développer cette idée).

« 2° Du paiement à la visite par la Société, avec des tarifs établis de commun accord entre les Mutualités et les Associations professionnelles médicales. Ce principe est soutenu actuellement par notre dévoué confrère, le docteur Gayral, avec la plus grande énergie. C'est du reste l'avis du plus grand nombre des Syndicats médicaux consultés à ce sujet.

« Les sociétés, dit M. Apy, président du Co-
« mité général des Sociétés mutualistes des Bou-
« ches-du-Rhône, ont une tendance regrettable à
« poursuivre âprement l'accroissement de leur
« capital. »

« L'humanité, d'autre part, n'est pas une obli-
« gation exclusivement médicale, comme le dit
« le docteur Diverneresse, c'est un devoir social
« et général. »

« Les Sociétés invoquent aussi, comme prétexte à leurs demandes de rabais, la garantie de nos honoraires. Nous admettons volontiers cet avantage : c'est pourquoi nous sommes prêts à faire les réductions nécessaires, variant de 10 à 25 %.

« C'est sur la base du tarif à la visite, avec libre choix du médecin, que le Syndicat de Montpellier a traité avec la Fédération des Sociétés mutuelles de l'Hérault, comme le Syndicat du Rhône l'avait fait, en 1902, avec les Sociétés mutuelles lyonnaises.

« Il était intéressant de consulter nos confrères de la Dordogne et de connaître leur opinion.

« Un imprimé leur a été envoyé sous forme de questionnaire ainsi conçu ;

« 1. Quel est le mode de rétribution actuellement adopté par votre Société ?

« 2. Seriez-vous partisan du système suivant : Libre choix, paiement à la visite avec tarif chirurgical ?

(*A suivre.*)

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Tribunal civil de Châteauroux

1er août 1908.

Présidence de M. Dupin.

MÉDECINE CHIRURGIE. — MÉDECIN. — REFUS DE VISITER UN MALADE. — AVIS DONNÉ A UN CONFRÈRE SUR LA SOLVABILITÉ D'UN CLIENT. — DEMANDE DE DOMMAGES-INTÉRÊTS. — ABSENCE DE FAUTE. — REJET.

Le ministère des médecins étant absolument libre, sauf le cas où il est requis par justice, ne peut donner lieu à aucune action en dommages-intérêts contre le refus d'un médecin de visiter un malade. Le médecin qui, ayant eu des difficultés avec un client au sujet du règlement de ses honoraires, avise, dans un but de solidarité professionnelle, ses confrères de cette circonstance, ne commet aucune faute de nature à engager sa responsabilité.

Segaud-Fouassier c. Babon.

Le Tribunal,

Attendu que, par son exploit introductif d'instance en date du 17 janvier 1908, Segaud-Fouassier réclame au docteur Babon, à titre de dommages-intérêts, une somme de 5.000 francs pour avoir non seulement refusé de donner des soins aux siens, mais encore pour avoir, par des manœuvres qu'il prétend constituer des faits abusifs et diffamatoires, empêché les autres médecins d'Argenton, ses confrères, de se rendre chez lui, alors qu'il les en priait et avait besoin de leurs services ;

Attendu qu'il est exact que le docteur Babon, à la suite de difficultés relatives au paiement d'honoraires qui lui sont légitimement dus, a dû appeler devant le juge de paix d'Argenton Segaud-Fouassier et a ensuite écrit à ses confrères la lettre suivante, enregistrée à Châteauroux le 3 août 1908, folio 84 case 73 : « 1er juin 1907. Mon cher confrère, je viens vous mettre au courant de certains procédés qui méritent d'être connus de tous. M. Segaud-Fouassier, chaufournier à Saint-Marcel, m'est redevable d'une note d'honoraires dont l'origine remonte à octobre 1906, tant pour soins donnés à lui et à sa famille (Segaud Aligné, Mme Segaud, etc.), que pour accident dont il avait été, par sa maladresse, la cause directe (femme renversée par sa voiture dans une rue d'Argenton). M. Segaud m'ayant fourni différents objets d'un prix très inférieur à celui qu'il me devait, j'ai dû, pour obtenir ma note, lui adresser un avertissement devant le juge de paix, présentant à ce dernier, comme c'était strictement mon droit (jugement de la cour de cassation) un relevé global de mes honoraires. Le juge de paix a exigé la note détaillée, visite par visite, de ces honoraires, mais, faits plus graves, il m'a laissé injurier en sa présence par M. Segaud et a refusé non seulement de prendre acte des termes de « voleur » et « menteur » employés par Segaud, mais de me permettre de le faire constater par l'huissier. Devant une pareille attitude, l'affaire ayant été remise à quinzaine, j'ai chargé Me Deconchat de défendre mes intérêts ; le juge de paix lui a refusé le permis de citer, ce qui constitue un fait illégal. La conclusion s'impose. Segaud se croit donc en droit de refuser de me payer. En présence d'une semblable menace, qui peut nous atteindre tous dans nos intérêts, j'estime qu'il y a lieu de nous réunir le plus tôt possible pour prendre une décision d'un commun accord. Meilleurs sentiments confraternels. Signé : Dr Babon » ;

Attendu que rien, dans cet écrit, ne justifie la prétention de Segaud-Fouassier ; qu'en effet, non seulement on ne peut y relever aucun propos diffamatoire, mais encore qu'elle est écrite en termes modérés ; qu'il s'agit là d'une communication d'un confrère à un confrère, dans laquelle on se borne purement et simplement (dans le but de signaler des agissements qui peuvent intéresser la corporation des médecins d'Argenton), à faire connaître où avait été appelé Segaud-Fouassier par Babon au sujet d'une demande en paiement d'honoraires que ce docteur estimait lui être légitimement dus ;

Attendu que, si un certain nombre de médecins d'Argenton ont refusé, à la suite des incidents précités, de se rendre chez Segaud-Fouassier pour donner leurs soins à un malade, il ne lui appartient pas de discuter le mérite des motifs qui, en la circonstance, ont dicté l'attitude et la conduite de ces praticiens ; que, dans tous les cas, le docteur Babon ne saurait être rendu responsable d'un refus que ses confrères ont, par des considérations que le tribunal n'a pas à rechercher, opposé dans toute la plénitude de leur droit et de liberté ;

Attendu qu'il est de principe et de jurisprudence qu'un médecin n'est pas tenu de prêter son ministère à tous ceux qui le demandent, n'y en eût-il pas d'autres dans la localité, à moins, ce qui n'est pas le cas, qu'il ait été légalement requis par l'autorité compétente, aux termes de la loi du 30 novembre 1892 ; que, par suite, le docteur Babon n'a commis aucune faute qui permette au tribunal de lui faire l'application de l'art. 1382 C. civ. ;

Qu'en admettant même qu'il ait causé à Segaud un préjudice moral, le docteur Babon ne saurait être responsable aux termes de l'art.1382 C. civ., aucune faute n'étant imputable à ce dernier ;

Attendu que Segaud-Fouassier demande, subsidiairement, à être autorisé à faire la preuve d'un certain nombre de faits qu'il articule et qui, d'après lui, seraient de nature à démontrer que le docteur Babon a agi avec un esprit de vengeance et non dans le but professionnel ;

Attendu que, pour que cet articulat fût pertinent et admissible, il faudrait que Segaud-Fouassier offre de prouver que le désir malicieux et l'esprit de vengeance du docteur Babon se sont réalisés, que sa lettre précitée à ses confrères a été la cause déterminante de leur abstention, de leur refus de se rendre chez lui, alors que rien dans cet écrit ne démontre que ce docteur ait agi en homme mal intentionné ou dans un but de vengeance ; que par suite, il n'y a pas lieu d'autoriser l'enquête sollicitée par Segaud-Fouassier, le tribunal ayant dans la cause les éléments suffisants pour statuer sans avoir recours à cet avant faire droit ;

Attendu que c'est à tort que Segaud-Fouassier a introduit son instance que rien ne justifie ;

Par ces motifs,

Dit Segaud-Fouassier aussi non recevable que mal fondé dans toutes ses demandes ,tant principales que subsidiaires, l'en déboute et le condamne en tous les dépens.

M. Popineau Proc. Rép. — Mes David et Cuillard-Mesnard av.

NOTE. — Dans le but de mettre fin à une controverse qui s'était élevée, antérieurement à la promulgation de la loi du 30 novembre 1892, sur la question de savoir dans quel cas le refus par un médecin d'obtempérer à une réquisition de l'autorité ou de justice constituait une contravention à l'art. 475, nº 12, C. pén., l'art. 23 de ladite loi a disposé d'une manière générale que « tout docteur en médecine est tenu de déférer aux réquisitions de justice » et a puni toute infraction à cette disposition d'une amende de 25 à 100 francs.

Mais hors ce cas spécial, un médecin demeure absolument libre de ne donner ses soins qu'aux personnes à qui il lui convient de les donner. Cass. 29 fructidor, an X (S. chronol.) ; 4 juin 1830 (S. chronol.) ; *Adde* : Dubrac : Jurisprud. médicale et pharmaceutique, nº 95 ; Léchopié et Floquet, Code des médecins, p. 174 ; Pabon, Manuel des Médecins, nº 167 ; Roland, Les médecins et la loi du 30 novembre 1892, nº 164 ; His. : Etude histor. et jurid. sur la responsabilité du médecin, nº 137. — Consult. également : Fuzier-Herman et Carpentier, Répert., vº Médecine et Chirurgie, nos 276 et suiv.

Mais le médecin qui a promis de visiter un malade et qui manque à son engagement peut être actionné en dommages-intérêts, à raison du préjudice résultant de l'inexécution dudit engagement. Pau 1er mai 1900 (S. 1900. 2. 301 — D. 1902. 2. 33) ; *Adde* : His. *op. cit.* 1, nº 137, p. 148. De même, commet, en principe, une faute génératrice de responsabilité civile, le médecin qui, après avoir commencé le traitement d'un malade, l'abandonne sans lui donner les soins nécessaires, Cass. 18 juin 1835 (S. 25. 1. 190) ; Amiens 16 novembre 1857 (D. Jur. gén., Suppl., vº Médecin, nº 24). Il n'en serait autrement que si l'attitude du médecin était justifiée par des circonstances indépendantes de sa volonté. Trib. civ. Seine 31 mars 1908 (*Le Droit*, 12 août 1908).

(*Extrait de la Gazette du Palais*, 23 novembre 1908.)

Justice de Paix du 3e canton de Marseille

(3 juillet 1908.)

Le médecin traitant a droit, en sus du prix de la consultation ou de la visite, à des honoraires pour pansements. — La loi du 9 avril 1898 n'impose pas au blessé l'obligation de se transporter dans le cabinet du médecin pour y recevoir des soins. Le traitement à suivre par le blessé est laissé à la conscience du médecin, qui « seul » a qualité pour décider si le blessé doit être soigné à domicile ou s'il peut se transporter dans le cabinet du docteur.

La partie responsable a toujours le droit de faire désigner par le juge de paix un médecin chargé de la renseigner sur l'état de la victime.

Attendu que le docteur R. a fait citer par devant nous la Société T. défenderesse, en paiement de la somme de 365 francs 50, pour soins médicaux donnés à l'ouvrier B., victime d'un accident survenu dans les ateliers de ladite Société ;

Attendu que la Société soutient que le docteur R. ne peut réclamer cumulativement le prix d'une visite et les honoraires de pansements ;

Que les honoraires de pansements sont seuls dus ;

Que les frais d'ablation de l'ongle du médius et du pansement sont compris dans les honoraires de consultation avec le docteur L. :

Que les injections antitoxiques doivent être facturées à 4 fr. :

Qu'à partir du 20 octobre 1907, jusqu'au 13 janvier 1908, les honoraires de visite et de pansements doivent être réduits à 1 fr. 50 et à 3 fr.;

Enfin, que les frais d'un seul certificat sont à la charge de la défenderesse :

Attendu qu'aux termes de l'art. 10 de l'arrêté du 30 septembre 1905, les soins médicaux et opérations de petite chirurgie donnent droit, en sus du prix de la consultation ou de la visite, aux allocations spécifiées ci-après :

B. Allocations correspondant au prix de deux visites n° 7.

Pansements antiseptiques complets :

Qu'il résulte des termes de cet article de l'arrêté sus-énoncé que le médecin traitant a droit au prix de la consultation, en outre des honoraires de pansements ;

Ablation de l'ongle et pansement opéré le 12 octobre 1907 :

Attendu que la note insérée dans l'art. 10 de l'arrêté ne parle que de plusieurs opérations et indique que l'honoraire afférent à l'une d'elles doit seul être alloué, que rien n'indique que les honoraires réclamés doivent être alloués ;

Injection de sérum antitoxique :

Attendu que ces injections ont été tarifées par l'art. 10, paragraphe 5 D. n° 7, au prix de 5 visites, c'est-à-dire à 10 francs plus le prix de la visite ;

Ablation de l'ongle opéré le 18 novembre :

Attendu que cette opération est tarifée en sus du prix de la consultation à une allocation correspondant au prix de 2 visites ;

Attendu que la Société défenderesse prétend que c'est à tort que le médecin traitant a soigné le blessé à son domicile : que ce blessé aurait dû se transporter dans le cabinet du médecin ;

Attendu que la loi du 9 avril 1898 n'a pas imposé au malade l'obligation de se transporter dans le cabinet du médecin pour y recevoir des soins ; que le traitement à suivre par le malade est laissé à la conscience du médecin ; que c'est à ce dernier seul qu'il appartient de décider si le blessé doit être soigné à domicile ou s'il peut se transporter dans le cabinet du docteur ;

Attendu, au surplus, que la critique élevée par la Société défenderesse nous paraît tardive ; qu'en effet, la défenderesse, si elle avait des doutes sur le traitement appliqué, n'avait qu'à désigner au juge de paix un médecin chargé de la renseigner sur l'état de la victime, conformément à la loi du 9 avril 1898, modifiée par la loi du 31 mars 1905 ;

Attendu qu'il résulte des considérations ci-dessus qu'il y a lieu de fixer le prix de la visite jusqu'au 10 janvier à la somme de 2 fr. et le prix des pansements à 4 fr. ;

En ce qui touche les trois certificats :

Attendu que l'arrêté du 30 septembre 1905, dans son article 9, tarifie le certificat initial à 2 fr. et le certificat initial descriptif à 5 francs ;

Attendu que le demandeur ne justifie pas que la Société lui ait demandé un troisième certificat ; qu'en l'état, le prix des deux certificats doit être ramené à 7 francs ;

Attendu qu'il résulte des motifs ci-dessus que la Société défenderesse est débitrice de la somme de 357 fr. 50 ;

Attendu que la Société a offert la somme de 207 fr.80 et que les offres faites sont insuffisantes ;

Attendu quant aux dépens, qu'ils doivent être mis à la charge de la partie qui succombe ;

Par ces motifs ;

Le Tribunal de Paix du 3e canton de la ville de Marseille statuant par jugement contradictoire et en premier ressort, condamne la Société T. à payer au demandeur la somme de 357 fr. 50, montant pour frais médicaux ;

La condamne en outre, aux intérêts de droit et dépens de cette somme et aux frais du présent jugement et de levée, s'il y a lieu.

BIBLIOGRAPHIE

Nouveau guide pratique de l'ouvrier victime d'un accident du travail par Henri Bagnol et le Dr Octave Tabary.

Est-il nécessaire d'insister sur l'utilité de cette petite brochure ? Il nous semble qu'aucun ouvrier ne doive s'en passer. « L'entrée dans nos lois du principe du risque professionnel constitue pour lui, sur la théorie surannée du Code civil, un avantage inappréciable. L'application n'en va pas sans embarras ni difficultés. Notre ambition (dit le rédacteur de la préface) fut d'offrir au travailleur, réduit à se prévaloir de la loi sur les accidents, un guide clair et sûr. Cette courte brochure la justifie de tout potnt. On n'y trouvera ni longueurs ni obscurités. Itinéraire exact et complet de l'accident à la réparation, elle offre par surcroît de précieux conseils aux malheureux que guette la troupe cynique et rapace des rebouteux judiciaires. » Tel est l'avis de M. A. Millerand, député socialiste... assagi et ancien ministre du Commerce. On ne peut pas contester son jugement sur ces matières : sa compétence juridique est trop connue. D'autre part, M. le député Henry Bagnol a fondé le secrétariat juridique ouvrier. « Nous avons essayé de continuer ces diverses œuvres (ajoute le Dr O. Tabary, du Conseil judiciaire de l'Union des Syndicats de la Seine) d'une part en tenant au courant de toutes les modifications législatives ce guide ; d'autre part en ajoutant au secrétariat ouvrier un Dispensaire, une Mutuelle des victimes du travail et, plus tard, une Ecole professionnelle où nos camarades pourront apprendre un métier en rapport avec leurs infirmités. »

On trouve ladite brochure, 0 fr. 20, à la ***Mutuelle des Victimes du Travail,*** 18, boulevard Garibaldi.

La maison J. D. Riedel Actiengesellschaft à Berlin (fabrique de produits chimiques et pharmaceutiques), vient d'éditer une œuvre qui contient toutes les principales spécialités, inventées pendant les 20 dernières années. Cette œuvre (Mentor), composée avec un grand souci d'exactitude, a paru chez M. Max Kettenbeil, Libraire, Mühlenstrasse n° 8 à Berlin-Schöneberg. Le prix est de Mk. 1 f. 50 (Francs 2).

REPORTAGE MÉDICAL

Bureau municipal d'Hygiène. — Aux termes du décret du 3 juillet 1905, portant réglementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires parmi les personnes reconnues aptes, à raison de leurs titres par le conseil supérieur d'hygiène publique de France,

Conformément à cette disposition et aux prescriptions de la circulaire ministérielle du 23 mars 1906 destinées à en assurer l'application, la vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène de la ville d'Armentières (Nord) est déclarée ouverte dans les conditions résultant de l'arrêté du maire en date du 22 octobre 1908. Le traitement alloué est fixé à 3,500 fr.

Les candidats ont un délai de vingt jours, expirant le 5 décembre 1908, pour adresser au ministre de l'intérieur leurs demandes accompagnées de tous titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures, Cette candidature s'applique exclusivement au poste envisagé.

A la demande doit être jointe une copie certifiée conforme des diplômes obtenus ; l'exposé des titres doit être aussi détaillé que possible et accompagné

d'un exemplaire des ouvrages ou articles publiés. Les candidats peuvent en outre demander à être entendus par la commission du conseil supérieur d'hygiène.

Médecins adjoints des Asiles d'aliénés. — Le président du conseil, ministre de l'intérieur,

Vu les décrets du 1er août 1906, 26 novembre 1907 et 5 août 1908 ;

Sur la proposition du directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques,

Arrête :

Art. 1er.— Un concours pour l'admission aux emplois de médecin-adjoint des asiles d'aliénés s'ouvrira à Paris, au ministère de l'intérieur, le lundi 1er février 1909.

Art. 2.— Les candidats devront adresser leur demande de participation à ces épreuves au président du conseil, ministre de l'intérieur, qui leur fera connaître si elle est agréée ; ils devront joindre à cette demande les pièces énumérées dans le décret du 1er août précité, savoir ;

1° Acte de naissance ;
2° Etat des services :
3° Exposé des titres ;
4° Résumé sommaire des travaux ;
5° Publications ;
6° Pièces justifiant du stage ;
7° Pièces établissant la preuve de l'accomplissement des obligations militaires.

Art. 3.— Les candidatures seront inscrites au ministère de l'intérieur (1er bureau de la direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 7, rue Cambacérès, du 5 décembre 1908 au 5 janvier 1909).

Le nombre des places mises au concours est fixé à 10.

Art. 4. Le directeur de l'Assistance et de l'hygiène publiques est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 3 novembre 1908.

G. Clémenceau.

E. M. I. — 1908.— Poursuivant le programme qu'elle a adopté en 1905, *l'Œuvre d'Enseignement Médical complémentaire par la visite des Universités Etrangères*, fera en 1909 son voyage d'études à travers l'Angleterre, l'Ecosse et l'Irlande.

Le programme est en préparation et paraîtra dans le n° de janvier de *l'Enseignement Médico-mutuel International*, dans l'intéressante revue professionnelle, qui publie en ce moment une enquête toute d'actualité sur le priva-tdocentisme.

La Maison du Médecin. — Le Comité de Haut Patronage de la Maison du Médecin est en bonne voie de formation. La presque unanimité des personnalités qui ont été pressenties pour donner à l'œuvre de la Maison de Retraite leur précieuse adhésion a accepté avec empressement.

Figurent déjà dans le Comité de Haut Patronage :

Pour Paris : les *Professeurs* Landouzy, Besnier, Chantemesse, Fournier, François-Franck, Gilbert, Gariel, Gley, Guyon, Hérard, Hutinel, Lannelongue, Le Dentu, Lucas-Championnière, Malassez, Motet, Peyrot, Porak, Ribemont-Dessaigues, Second, Thoinot, Roux, *Directeur de l'Institut Pasteur* ; Vaillard, *Directeur du Val-de-Grâce*, M.M. Pierre Baudin, *ancien ministre*, Monod, *Conseiller d'Etat*, Lépine, *Préfet de Police*, Mesureur, *Directeur de l'Assistance Publique*, Pédébidou, *Sénateur*, etc. etc.

Pour la province, un grand nombre de professeurs de Facultés dont les *doyens* Hugonnencq, Mairet, Combemale, Duret, de *correspondants de l'Académie de Médecine*, de *vedettes médicales* telles que Lacassagne, Testut, Calmette, Monprofit, Delagénière, Ledouble, Calot, etc., etc.

L'organisation des moyens d'action nécessaires à l'édification de l'œuvre complexe et considérable qui doit apporter aux membres du corps médical le repos désiré dans l'infortune, la maladie ou la fatigue, s'étend chaque jour de plus en plus et se précise davantage. La Maison du Médecin reprend sa tâche avec ardeur et confiance, soutenue qu'elle est par les hautes personnalités déjà citées et par la plus grande partie des groupes professionnels ; la question de temps seule se pose pour la réalisation définitive de l'œuvre utilitaire.

Le secrétaire,
Dr Vicart.

Les assurances sociales devant le Reichrath. — *Elles sont proposées par le gouvernement autrichien.* — *Vienne*, 3 novembre. — Le gouvernement a déposé sur le bureau de la Chambre des députés un projet de loi concernant les assurances sociales. Le projet de loi étend l'assurance obligatoire contre la maladie à tous les ouvriers et domestiques, y compris les ouvriers agricoles : il l'introduit contre la vieillesse pour tous les ouvriers industriels, agricoles et pour les domestiques, ainsi que pour les patrons dont les revenus annuels ne dépassent pas 2,400 couronnes.

L'assurance contre la vieillesse comprendra dix millions de personnes. L'Etat contribuera annuellement pour les frais d'administration pour deux millions et payera, à partir de la cinquième année, 90 couronnes pour chaque rente.

Faculté et Hôpitaux.

— M. Thiéry, agrégé, fera, les lundis, mercredis et vendredis, à 6 h. des conférences d'anatomie. (grand amphithéâtre de la Faculté). Sujet des conférences : Tête et cou.

— M. Variot reprendra ses conférences d'hygiène et de clinique infantiles le lundi 23 novembre à 10 h. 1/2, au pavillon Pasteur. (Hospice des Enfants-Assistés), et les continuera tous les lundis à la même heure.

— Les leçons suivantes auront lieu à l'Hôpital St-Antoine, dans le service de consultations du Dr Mathieu.

Le mardi : présentation des malades en traitement, salle Chomel, à 9 h. et examen des malades de la consultation externe à 10 h. 1/2.

Le mercredi, à 10 h. 1/2, conférence de M. J.-Ch. Roux, sur les dyspepsies nerveuses et leur traitement et sur les données nouvelles en pathologie intestinale.

Le jeudi, à 10 h. 1/2 : conférence de M. Albert Mathieu sur l'ulcère de l'estomac, ses formes, ses complications, son traitement et sur le cancer de l'estomac.

Le vendredi, à 10 h : conférences de M. Laboulais sur la technique d'exploration gastro-intestinale de M. Moutier, sur l'anatomie pathologique du tube digestif ; de M. Friedel, sur le traitement des affections gastro-intestinales par le massage ou l'électricité.

Hôpital Tenon. — M. Maurice, médecin oto-rhino-laryngologiste, tous les mardis de 10 h. à midi, présentera des malades et fera une petite conférence intéressant les cas usuels d'oto-rhino-laryngologie, salle Pidoux (service de M. Caussade).

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le docteur Mac-Auliffe, de Cilaos (Ile de la Réunion), membre du « Concours Médical ».

Le Directeur-Gérant : **Dr H. JEANNE.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trentième année N° 48 Dimanche 29 NOVEMBRE 1908



LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques, — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

UN AVIS DU SOU MÉDICAL

Un nouveau comble... de l'impudence chez une compagnie d'assurances

Il s'agit d'une Cie d'assurances, la « Mutuelle générale française », dite du Mans. Cette Cie fait distribuer par toutes ses agences, à tous les médecins qui ont à se faire payer des indemnités kilométriques, le sommaire d'un arrêt de la Chambre des requêtes qui a admis le pourvoi formé contre un jugement du Tribunal de paix de la Chartre-sur-le-Loir, lequel avait décidé, conformément au texte même du tarif et à toutes les interprétations suivies en matière de tarifs, que les indemnités kilométriques figurant au tarif du 30 septembre 1905 (art. 8) devaient être calculées par kilomètre parcouru en allant et en revenant.

A l'aide de la distribution du sommaire donné par les journaux judiciaires de l'arrêt d'admission, lequel est nécessairement rédigé sous forme interrogative, cette Cie cherche à intimider médecins et juges de paix comme s'ils se trouvaient en présence d'une solution définitive donnée par la Cour de Cassation.

Or l'on sait qu'un arrêt d'admission émanant de la Chambre des requêtes, et toujours non motivé, signifie uniquement que le pourvoi mérite examen et permet à la Chambre civile de se saisir du litige.

Il n'est donc pas possible de pousser l'impudence plus loin que ne le fait la Cie par la distribution en question. Le « Sou médical » s'empare de l'affaire et va soutenir devant la chambre civile le jugement du tribunal de la Chartre ; nous ne doutons pas que le pourvoi sera rejeté par la Chambre civile de la Cour de cassation.

Au surplus, voici la consultation donnée sur ce point par Me Gatineau, le dévoué conseil du « Sou médical » :

« Mon cher Docteur,

« La question du calcul de l'indemnité kilométrique à propos de l'art. 8 du décret du 30 septembre 1905 ne se trouve pas tranchée par l'arrêt de la Chambre des requêtes du 30 juillet 1908 dont vous me soumettez le sommaire tiré de la *Gazette des tribunaux* et que la Cie d'assurances « la Mutuelle générale française » a fait tirer à la machine à écrire pour impressionner les juges de paix.

« Le jugement du tribunal de paix de la Chartre-sur-le-Loir, qui admet que l'indemnité doit être payée 0 fr. 20 et 0 fr. 40 à l'aller et autant pour le retour, a été frappé d'un pourvoi par les chefs d'entreprise.

« Si ce pourvoi a été admis par la Chambre des requêtes, c'est par un arrêt non motivé qui laisse à la Chambre civile le soin de trancher la question.

« L'admission du pourvoi signifie seulement que la Chambre des requêtes, devant laquelle

aucune contradiction ne s'est produite de la part du médecin, estime que la question mérite examen. Mais la Chambre des requêtes ne statue que lorsqu'elle rend un arrêt de rejet.

« Il faut donc attendre la décision de la Chambre civile pour savoir quelle solution a été adoptée par la Cour suprême.

« Votre bien dévoué »,

G. GATINEAU.

Paris, 17 novembre 1908.

ASSEMBLÉES GÉNÉRALES DU CONCOURS ET DU SOU MÉDICAL

du 15 Novembre 1908.

En l'absence de M. le Dr Gassot, éloigné par la maladie, l'Assemblée générale du *Concours médical* est présidée par M. le Dr Jeanne.

Le Président propose à la ratification de l'assemblée le choix de deux assesseurs : MM. Dubuisson, député du Finistère, et Bolliet, de Lyon. Ce choix est ratifié à l'unanimité.

M. LE PRÉSIDENT expose qu'en raison des rapports déjà parus dans le nº 45 du *Concours Médical* du 8 novembre 1908, il s'abstiendra de toute allocution. D'ailleurs, à la réunion de l'« Amicale-maladie » tenue immédiatement avant cette assemblée générale des membres du *Concours médical*, M. le Professeur Lande s'est éloquemment fait l'interprète des sentiments de tous, en demandant à l'Assemblée d'exprimer à M. le Dr Gassot son regret de ne pas le voir présider cette réunion, ainsi que les vœux de tous pour son prompt rétablissement.

Il propose d'aborder aussitôt la discussion de l'ordre du jour.

1° Rapport financier.

Le rapport financier, lu par le Dr Maurat, trésorier de la Société du *Concours*, et que tous nos adhérents peuvent trouver dans le nº 45 du journal de 1908, contenant les comptes de cette année, est adopté à l'unanimité.

2° Projet de budget pour l'exercice 1908-09.

Recettes.

Avoir disponible à ce jour.......	2.639.98
Revenu probable du portefeuille..	2.800.02
Dons probables dans le cours de l'année	2.360.00
Recette approximative sur les remplacements	700.00
	8.500.00

Dépenses.

Indemnité aux correspondants présents à cette séance...........	1.500.00
Somme égale pour cette même dépense l'an prochain	1.500.00
Supplément de frais du banquet..	1.800.00
Contentieux	1.200.00
Déplacement des membres du conseil	800.00
Dépenses imprévues.	1.700.00
Total égal	8.500.00

Il est à noter, expose le trésorier, que si le compte recettes est établi de façon stricte, l'évaluation faite des dépenses probables constitue un maximum, que l'on n'atteindra certainement pas. Il est à remarquer, entre autres choses, que la somme de 1.700 francs accusée comme devant être portée au chapitre des dépenses imprévues ne sera certainement pas atteinte, ces dépenses dans l'exercice précédent ont été bien loin de monter à ce chiffre.

M. DELTHIL *de Briare* (*Loiret*), correspondant du *Concours médical*, demande quelques explications au sujet de la somme de fr. 1.200 portée au chapitre *contentieux*.

M. LE TRÉSORIER. — Rappelle que la création de la section du contentieux a été autorisée à la dernière assemblée générale, et que cette création nouvelle fait partie des attributions de M. Dumesny, chargé de ce service, et affecté spécialement, par convention avec le « Sou médical », de concert avec lui, et avec son aide pécuniaire, aux réponses à faire à toutes les demandes adressées par nos adhérents sur les points litigieux qu'ils peuvent avoir à éclaircir. Cette création, d'ailleurs faite depuis un an, n'a donné que des satisfactions et a allégé la besogne toujours croissante de Me Gatineau, conseil judiciaire du « Sou médical » au grand profit des affaires vraiment contentieuses de cette Société.

Le projet de budget, mis aux voix, est adopté à l'unanimité.

L'ordre du jour appelle ensuite la communication de M. le Dr H. CÉZILLY sur l'organisation générale du service des correspondants du *Concours médical*.

Rapport sur l'organisation générale des correspondants du « Concours médical ».

Trois années de pratique nous ont montré l'excellence de l'institution des *Correspondants du Concours*, mais aussi l'utilité d'apporter quelques modifications à son organisation générale.

Lorsque nous avons dû choisir nos premiers correspondants, notre embarras fut très grand : nombreux étaient les confrères qui pouvaient prétendre à ces fonctions, et, d'autre part, nos ressources, trop exiguës, nous obligeaient à limiter le nombre de nos choix, car il eût été véritablement impossible de ne pas assurer à ces correspondants quelques avantages compensant la multiplicité des services que nous allions réclamer d'eux. Nous dûmes prendre le parti de borner nos choix aux confrères affiliés à toutes les œuvres du *Concours* et, parmi ceux-ci, aux membres les plus anciens.

Il en résulta ce qui fatalement devait arriver. Certains élus furent des correspondants parfaits, d'autres furent des correspondants pleins de bonne volonté sans doute, mais peu en situation de remplir leurs fonctions; quelques-uns, enfin, furent... des correspondants sur le papier.

Or, les fonctions de correspondant sont des fonctions éminemment actives (1), et, il faut bien le dire, les confrères des deux dernières catégories ne nous ont pas donné ce que nous attendions d'eux. Nous ne leur en faisons aucun reproche, nous tenons à le dire bien haut ; s'ils n'ont pas fait davantage, c'est que cela leur a été impossible, et nous sommes heureux quand même d'avoir pu leur témoigner notre reconnaissance des services rendus autrefois ou de leur attachement à nos œuvres en les désignant parmi les premiers correspondants. Mais ils reconnaîtront avec nous, nous en sommes convaincus, qu'une telle situation ne saurait se perpétuer indéfiniment et que l'organisation des correspondants a besoin d'être revisée.

Tout d'abord, il nous a semblé que le titre de correspondant ne pouvait être conféré que temporairement.

Le souci de la prospérité de nos œuvres, de la propa-

(1) Voir lettre du Dr Boudin, d'Oyonnax, au nº 43, du journal de cette année.

gande de nos idées, du succès de nos efforts, exige impérieusement que le correspondant soit en pleine activité professionnelle, en relations faciles et suivies avec les confrères de sa région— et cette situation ne peut malheureusement pas durer indéfiniment ; on vieillit, on se déplace moins volontiers, la correspondance devient fastidieuse, etc., un moment arrive toujours où même les plus zélés ont donné tout ce qu'ils pouvaient donner; peuvent-ils véritablement conserver des fonctions qu'il leur sera impossible de remplir désormais ?

Certains l'ont compris et nous ont demandé à être remplacés par des confrères plus jeunes ou mieux placés, promettant d'ailleurs de conserver au *Concours* et à ses œuvres leurs bons offices comme par le passé. Nous croyons qu'ils ont raison, et c'est leur désir même qui nous a décidé à limiter la durée des fonctions de correspondant.

Cela ne veut pas dire, en aucune façon, que nous ayons l'intention de renouveler intégralement toute la liste de nos correspondants à époques fixes, ni même que notre reconnaissance doive pour eux, à un moment donné, se traduire par une radiation pure et simple ; nous regarderons comme un devoir de les maintenir en fonctions actives autant que nous le pourrons et nous décernerons l'honorariat à ceux que nous devrons remplacer en leur conservant le maximum des avantages possible.

Quelques confrères auraient souhaité que les correspondants fussent désignés par l'assemblée générale ; nous croyons qu'ils se sont mépris sur le rôle et le caractère de ces correspondants.

Il s'agit, en effet, non pas d'avoir près de nous des représentants des groupements médicaux de province — c'est affaire à l'Union des syndicats — mais d'avoir des représentants à nous, sociétés de prévoyance, d'études ou de combat, au sein de ces groupements, pour les éclairer, les conseiller, les tenir en haleine. On nous a dit plaisamment : ce sont vos préfets — rien de plus juste dans une organisation que non moins plaisamment on a appelée Ministère des affaires médicales !

Mais si nous ne croyons pas pouvoir donner satisfaction à des désirs que nous savons inspirés par le souci du bien général, nous ne voyons aucun inconvénient à ce que la désignation première des correspondants étant faite par le Conseil de Direction, la ratification de cette désignation soit soumise à l'assemblée générale.

Quels avantages pouvons-nous conserver aux correspondants honoraires ?

Les correspondants ont actuellement droit :

A une indemnité de voyage pour assister à l'Assemblée générale, s'ils ne sont pas médecins des compagnies de chemin de fer, et s'ils sont éloignés de 200 kil ;

A la gratuité du banquet ;

Enfin, le jour de l'Assemblée générale, ils sont réunis en un déjeuner familial qui leur permet de faire connaissance entre eux et d'échanger amicalement leurs idées.

En attendant que nous ayons la possibilité de faire plus et mieux, nous pensons qu'il y a lieu de maintenir ces avantages et d'accorder aux correspondants honoraires la même situation, moins l'indemnité de voyage.

Il resterait entendu que les correspondants pour lesquels le faible éloignement de Paris ne constituerait pas une dépense véritable de voyage ne recevraient pas non plus cette indemnité.

En conséquence, le Conseil de Direction vous propose d'adopter l'organisation suivante :

1° Les fonctions de *correspondant du Concours médical* sont limitées à une période de trois années.

2° La désignation des correspondants est faite par le Conseil de Direction, mais elle doit être ratifiée par l'Assemblée générale.

3° Les correspondants sortants peuvent être maintenus dans leurs fonctions par une investiture nouvelle.

4° Les correspondants sortant de fonctions peuvent être nommés correspondants honoraires.

5° Les correspondants titulaires ont droit, lors des Assemblées générales du *Concours Médical*, à une indemnité de déplacement s'ils ne sont pas médecins des compagnies de chemin de fer et s'ils sont éloignés de plus de 200 kilomètres de Paris.

6° Les correspondants titulaires et honoraires sont invités à assister gratuitement, le jour de ces assemblées, au déjeuner familial et au banquet du *Concours médical*.

M. Delthil (*de Briare*). — On pourrait faciliter extraordinairement la propagande, en remettant à chaque correspondant les brochures tenues en dépôt au *Concours médical*.

M. Declercq (*de Lille*). — Pourquoi le *Concours* n'imprime-t-il pas régulièrement la liste de ses correspondants.

M. Jeanne, *président*. — Fait remarquer que sur simple demande les carnets à souche édités par le *Concours médical* sont expédiés à chaque correspondant, que, de plus, si les noms de nos correspondants ne sont pas publiés dans chaque numéro du journal, par suite le plus souvent des exigences de l'actualité, et aussi et surtout par suite du développement que prend le service de la petite correspondance, véritable guide du praticien, dans toutes les questions qui se greffent sur la vie médicale courante, ces noms sont publiés très fréquemment *au moins deux fois chaque mois*.

Il profite de l'occasion pour annoncer à l'assemblée générale que le journal le *Concours médical* est à la veille d'augmenter encore son texte et son tirage. Il est heureux d'annoncer qu'à ces deux facteurs d'influence puissante et d'autorité incontestable, va s'en ajouter un troisième, la collaboration régulière et permanente du confrère et ami, le Dr Noir, déjà secrétaire général de l'*Union des Syndicats médicaux*. Il n'est pas besoin d'insister sur la haute compétence en matière professionnelle de notre nouveau collaborateur, qui n'en restera pas moins à son poste de combat de l'*Union des Syndicats médicaux*. (*Applaudissements*.)

Le Président demande à l'assemblée de ratifier les propositions Cézilly, établies en vue de l'organisation plus forte du cadre des correspondants.

Les propositions Cézilly sont adoptées à l'unanimité.

On aborde ensuite la troisième question à l'ordre du jour.

Réforme des études médicales.

Le *Concours*, dans ces derniers temps, a réouvert cette discussion, en faisant passer dans ses colonnes un article de M. Delpeut, *de St-Chéron*, sur ce sujet.

M. Delpeut remercie tout d'abord de l'hospitalité offerte par le *Concours* à l'expression de ses idées. Il rappelle que c'est le *Concours* qui, le premier, a posé la question (n° 45, 1900), et estime qu'en présence de l'état de choses actuel, il y a lieu de demander à l'assemblée générale de se prononcer sur la question de la pléthore médicale.

Le confrère Gouffier, dans son rapport au Congrès des Praticiens, donne à l'encombrement médical une foule de raisons qui ont été reproduites tout au long dans le *Concours*, Les deux Congrès des Praticiens, de Lille et de Paris, se sont occupés de la question du *Concours à l'entrée des écoles de médecine*, sans aboutir d'ailleurs à un résultat positif. M. Delpeut a pensé que, dans ces conditions, il y avait lieu aussi de reprendre la question au Comité de vigilance.

Selon Gouffier les principales causes de l'encombrement médical seraient :

1° La diffusion toujours croissante de l'enseignement secondaire ;

2° Les bourses données *larga manu* ;

3° L'ancienne loi militaire.

Pour Delpeut, l'encombrement professionnel serait dû bien plutôt :

1° Au trop grand nombre d'écoles préparatoires ;

2° A la trop grande facilité avec laquelle l'on peut prendre la première inscription, à la quasi-certitude consécutive d'arriver à la 16e et de là au grade de docteur.

Il importe de placer la barrière là où elle serait efficace. Pour lui, ce n'est qu'à l'entrée des études médicales, au seuil de la carrière, quand il est encore possible de changer sa voie. Au contraire, quand on a laissé prendre 8 ou 10 inscriptions, il n'est plus, en fait, possible de changer de profession, et quel que soit le nombre de ses échecs, avec de la persévérance, un étudiant arrivera toujours au terme de ses examens. Les autres remèdes proposés sont inefficaces ou inopérants.

On a mis la pléthore médicale sur le compte des privilèges qu'elle confère au point de vue de la loi militaire, et l'on a considéré comme un remède radical le fait que les élèves-médecins seraient astreints à deux années de service militaire. Mais la situation de ceux-ci vis-à-vis de leurs camarades n'est-elle pas encore enviable ? N'y a-t-il pas encore des prérogatives attachées au fait d'être étudiant en médecine surtout muni de douze inscriptions ? Et cet adoucissement porté à la vie de la caserne ne peut-il influer par lui seul sur certaines vocations ?

La prolongation déjà proposée des études médicales serait tout aussi insuffisante. Elle ne saurait dépasser pratiquement une année d'études officielles. Mais, est-ce que déjà les étudiants ne restent pas deux ou trois ans en moyenne de plus que ne l'exigent les règlements d'études en vigueur, soit librement, par satisfaction personnelle, pour parachever leur éducation professionnelle, soit par suite de retards pour causes quelconques ?

La seule digue capable de contenir le flot toujours montant est donc bien le concours. Serait-il si impopulaire ? Peut-on le prétendre, lorsque l'on voit la faveur qui s'attache en France à toutes les situations à la base desquelles on trouve le concours d'entrée, grandes écoles ou grandes administrations, et, dans notre sphère en particulier, lorsqu'on voit la faveur qui s'attache à toutes les situations médicales issues de concours, de l'externat lui-même si infime, au bureau central et à l'agrégation, en passant par le clinicat ? Nul titulaire d'un titre donné au concours n'aurait garde de le négliger et le considère, quel qu'il soit, comme une référence à faire connaître.

Et que faut-il pour obtenir l'institution de ce concours ?

S'adresser simplement à nos représentants au Conseil de l'Instruction publique pour obtenir un décret l'établissant.

Ce serait un moyen de relever le prestige médical et M. Delpeut demande à l'assemblée d'émettre un vœu en consacrant le principe.

M. Declercq (*Lille*). — Demande à M. Delpeut comment il conçoit ce concours, et s'il le voit limitatif.

M. Sorel (*Dijon*). — Ne voit pas dans la pléthore médicale ce qu'y voit M. Delpeut. Si le nombre des médecins augmente, c'est au contraire parce que notre prestige augmente lui-même. Quel beau geste de demander un concours d'entrée alors que nous sommes arrivés dans la carrière sans passer par cette épreuve !

Et dans ce concours quel sera le critérium de l'aptitude médicale ou de l'esprit scientifique ? Sur quoi jugerez-vous les candidats ? Littérature, version latine, histoire naturelle ? « Je crois très dangereux, dit-il, de faire des médecins nommés sur un concours étranger à la médecine. » *A priori*, en effet, comment faire cette sélection ? Un tel concours risquerait d'éliminer de très réelles intelligences médicales. Contre l'encombrement, s'il existe, il est légitime de réclamer des études médicales sérieuses, mais il est dangereux d'interdire l'accès des études médicales. Beaucoup d'esprits élevés n'ont pas passé par les concours ; la garantie à demander est d'un autre ordre.

M. Dubuisson. — M. Delpeut a demandé que nous nous adressions à nos représentants au conseil supérieur de l'Instruction publique. Or, si à ce conseil il y a des pédagogues, il n'y a pas de praticiens, et nous ne pourrons aboutir. Il n'y a aucune similitude entre l'étude de la médecine et celles que l'on poursuit dans les autres facultés. Ce qui importerait dans l'intérêt de la santé publique, comme dans celui de l'Etat par conséquent, serait d'obtenir la formation d'un conseil supérieur médical, où, à côté des professeurs, des fonctionnaires des différents ministères, en contact permanent par leurs occupations avec les problèmes médicaux, assistance publique, services sanitaires, il y aurait place pour des praticiens en nombre suffisant, car ceux-ci représentent un corps social dont l'influence auprès de la masse est d'autant plus grande que son contact avec elle est plus immédiat.

M. Voyer. — Pour être nombreuses, les écoles préparatoires ne sont pas à supprimer. C'est là que l'on trouve en abondance les matériaux d'étude, et c'est là aussi que se fait le plus facilement l'éducation clinique.

M. de Grissac (*Argenteuil*). — La grosse critique à faire aux Facultés est que quiconque a pris une première inscription est sûr d'aller jusqu'au bout. Ce qu'il faudrait, ce serait l'établissement d'épreuves éliminatrices. Il est à désirer que lorsqu'un candidat aura fait preuve d'incapacité flagrante par trois ou quatre échecs sur une même épreuve, l'élimination de ce candidat en soit la conséquence logique. Au lieu de cela, nous voyons les jurys recevoir par lassitude.

M. Gilson (d'*Angoulême*). — Fait remarquer que le concours n'offrirait pas une barrière réelle. Qui limitera le nombre des concurrents à admettre ? L'Etat. Mais alors, des influences étrangères à la profession entreront en jeu. Le ministre consultera les Préfets pour se faire une idée du nombre des candidats à recevoir et ceux-ci consulteront à leur tour les maires. Or, nous savons tous que jamais les maires ne trouvent qu'il y a assez de médecins. Ils en réclament toujours. De telle sorte qu'au bout de peu de temps le nombre des médecins réclamés par les pouvoirs publics sera tel que le concours deviendra illusoire.

M. Levassort (*Paris*). — C'est de toute évidence. Les autorités, surtout avec la tendance actuelle aux lois sociales, ne trouveront jamais qu'il y a assez de médecins. Ce que nous devons poursuivre, c'est l'égalité de tous devant les difficultés qui se présentent à l'entrée de l'école, et la disparition de toutes les dérogations accordées à X. ou Y. comme nous le voyons encore trop souvent. Le confrère Levassort cite des exemples à l'appui.

M. Leredde (*Paris*). — Tient à poser en principe que l'encombrement est une des causes principales de la crise actuelle, et qu'à celle-ci s'en ajoutent de secondaires, comme le fait de ne pas tirer de la profession tout ce qu'on en peut tirer.

De plus l'augmentation du temps des études, l'instruction plus poussée, plus complète, donnerait au médecin une situation meilleure. Le moment n'est pas venu, quand on a pu faire accepter maints desiderata, de donner une direction nouvelle à la campagne dirigée en faveur de la réforme des études médicales.

M. Bolliet (*Lyon*). — Dans le courant de la discussion, on a mêlé deux questions bien distinctes, celle de l'encombrement et celle du concours à l'entrée des écoles de médecine. Son opi-

nion est que la question motivera une intervention du Parlement et qu'un décret ne saurait suffire à modifier le *statu quo*. Au point de vue concours, d'ailleurs, il n'y a rien de comparable au sujet de l'entrée dans la carrière médicale avec l'entrée dans les carrières qui n'ouvrent leurs portes qu'après concours.

Quant à la limitation, elle ne peut se faire qu'au cours des études. Ce serait le rôle des organisations syndicales de trouver les bases sur lesquelles serait établie cette limitation; mais le gouvernement objectera toujours que le bon fonctionnement des lois nouvelles d'assurance et de prévoyance sociales nécessitera un corps médical toujours plus nombreux, que, de plus, nombre de cantons sont défavorisés quant au personnel médical et que la limitation ne lui apparaît pas comme un besoin du temps présent.

M. Coste voit dans la limitation un fait d'ordre économique. La limitation aurait du moins l'avantage de maintenir au taux actuel les honoraires, de ne pas laisser s'aggraver encore la situation du praticien.

M. Dupont (*Villiers-Saint-Georges*).— Fait remarquer que toutes les Facultés sont encombrées. Il serait logique et sage, si l'on désire limiter le nombre des médecins, de ne pas créer dans ces Facultés d'emplois nouveaux, ni d'engager de nouveaux crédits. On pourrait en quelque sorte imposer un concours d'entrée dans les Facultés, les étudiants en surnombre étant dirigés vers les écoles préparatoires.

M. Declercq (*Lille*). — Une première barrière efficace serait représentée par l'obligation du baccalauréat ès-lettres complet... si on y tenait la main.

L'orateur rappelle à ce propos le cas des étudiantes de Clermont-Ferrand. Il faut s'opposer énergiquement à toutes ces entorses données aux règlements concernant l'admission dans les Facultés et Ecoles. Il affirme de nouveau la nécessité des « humanités » et y voit une barrière réelle plus efficace encore que les études purement scientifiques. Il insiste, lui aussi, sur l'opportunité très réelle qu'il y a d'éliminer les candidats ayant eu à subir plusieurs échecs.

M. Delpeut, en clôture de discussion, répond aux orateurs précédents.

Pour lui, on est d'accord sur la nécessité d'établir une barrière au seuil des études médicales. Si M. Sorel était secrétaire de syndicat, il serait mieux éclairé sur l'existence trop réelle de la pléthore médicale, et apprécierait mieux l'état de gêne dans lequel se débattent trop de confrères. Le concours qu'il préconise n'est qu'une amélioration du P. C. N. Entre un P. C. N. plus sévère et un concours d'entrée est-il une si grande différence ?

M. Farraggi (*Paris*) réclame que la médecine soit réservée aux médecins, et se rallie à la création du « Conseil supérieur des Médecins ».

M. Jeanne, *président*.—Résume la discussion et met aux voix les différents vœux auxquels elle donne lieu.

1° L'assemblée est-elle désireuse de l'établissement d'un concours à l'entrée des écoles de médecine ?

Réponse : Non, à une forte majorité.

2° L'assemblée adopte-t-elle le vœu de M. Dubuisson, relative à la création « d'un conseil supérieur des médecins » ?

Réponse : Oui, à l'unanimité.

3° Lecture est donnée de l'ordre du jour Jeanne, dont la rédaction suit :

« L'assemblée générale remercie la commis-« sion ministérielle d'avoir donné satisfaction à « bon nombre de revendications formulées par le « *Concours médical* après son enquête de 1900 à « 1905 sur la réforme des études médicales ;

« Souhaite que toute diligence soit faite pour « rendre applicables au plus tôt toutes les mesu-« res proposées par la commission ;

« Emet notamment le vœu que soit rapide-« ment constituée, et avec le concours d'un nom-« bre important de praticiens, la commission « permanente proposée pour l'examen des ques-« tions concernant l'enseignement et l'exercice de « la médecine en France.

« Et charge son Conseil de direction de trans-« mettre le présent ordre du jour :

« A M. le ministre de l'Instruction publique ;

« A M. le Vice-recteur de l'Université de « Paris qui présidait la commission ministérielle,

Et à M. le Directeur de l'Enseignement supé-« rieur qui voulut bien être compté parmi les « protagonistes de cette Commission permanente.»

Cet ordre du jour est adopté à l'unanimité et la séance est continuée sur l'ordre du jour du « Sou médical » et sous la présidence de M. le Dr Maurat.

LE SOU MÉDICAL

Présidence de M. le Dr Maurat, *président.*

L'Assemblée générale est d'avis qu'il est inutile de donner lecture des rapports du Secrétaire général et du Trésorier sur l'exercice 1907, qui ont été publiés dans le n° 46 du *Concours médical*.

M. Le Menant des Chesnais, l'un des commissaires des comptes, conclut tant en son nom qu'au nom de M. Pamart, l'autre commissaire, à l'approbation des comptes du Trésorier.

Les comptes de l'exercice 1907 sont adoptés à l'unanimité par l'Assemblée générale.

M. le Président, au nom de M. Gassot, trésorier, empêché, expose à l'Assemblée que le journal le *Concours médical* alloue au docteur Diverneresse pour rémunérer son action professionnelle et sa collaboration, une indemnité dont il a paru juste au bureau du *Sou médical* de prendre à la charge de cette société, dans l'intérêt de laquelle l'action de M. Diverneresse s'exerce principalement, une partie qu'il propose de fixer provisoirement, pour l'exercice 1908, à 2.000 francs. Le principe de cette indemnité a été engagé sous réserve de l'approbation de l'Assemblée générale, et c'est cette approbation que le bureau demande aujourd'hui à l'Assembéle.

Le principe de cette allocation de 2.000 francs est approuvé par l'Assemblée, qui autorise même le conseil du « Sou » à en augmenter l'importance en cas de besoin.

M. le Président communique à l'Assemblée l'approbation donnée par les contrôleurs spéciaux nommés par l'Assemblée de l'année dernière aux dépenses afférentes aux fonds secrets. Les dépenses de ce chapitre se sont élevées à 522,75, ainsi qu'il résulte des pièces visées par les contrôleurs, qui sont immédiatement mises sous enveloppe fermée pour être déposées aux archives du trésorier.

MM. Boudin, Delpeut et Decourt, contrôleurs spéciaux, présents à la réunion, confirment l'approbation qui vient d'être constatée.

L'Assemblée, sur demande du Bureau, alloue un nouveau crédit spécial de 2.000 francs, dont il devra être justifié dans les mêmes conditions que pour le précédent et nomme commissaires spéciaux de contrôle : MM. Boudin, d'Oyonnax; Decourt, de Mitry-Mory : Delpeut, de St-Chéron et Lauradour, de St-Ouen.

✦

Comptes provisoires des trois premiers trimestres 1908.

M. Louis GASSOT, remplaçant son père absent :

Il me reste, Messieurs, à vous donner connaissance de la situation actuelle.

Au 8 novembre 1908, le « Sou Médical » compte 1194 membres ayant régulièrement versé leur cotisation.

Recettes

Les recettes de ces dix premiers mois se sont élevées à 24.862 fr. 87, savoir :

Cotisations	23.493	»
Intérêts	844	42
Recouvrements et rappels	288	50
Dons	68	60
Divers	168	35
Total	24.862	87

Sous la rubrique *Divers* est comprise la vente des diverses brochures et imprimés.

Dépenses

Les dépenses, par contre, se sont élevées à 16.373 fr. à savoir :

Matériel	9	05		
Impressions	513	15		
Poste et transports divers	375	40		
Frais de recouvrement et rappels	115	30		
Timbres quittances	57	70		
Frais de bureau	525	»		
Frais de trésorerie	5	50		
Divers	225	»	1.826	10
Indemnités aux Conseils			1.650	»
Indemn. au Président et au secrétaire génér.			3.175	»
Indemnité au Dr Diverneresse			2.000	»
Contribution à la défense professionnelle			2.154	25
Fonds réservés			522	75
Frais de justice			5.044	90
Total			16.373	»

La rubrique *divers* comprend des frais de copies de jugements et de pièces diverses, des clichés photographiques de documents, des achats de livres, etc.

La rubrique *fonds réservés* comporte les dépenses faites sur le crédit mis à la disposition du bureau sous le contrôle de la Commission spéciale nommée à la dernière Assemblée générale.

Balance des comptes

Si au total des recettes de 1908			24.862	87
On ajoute les espèces à la Société générale au 31 décembre	18.109	35		
Moins ce qui était dû au trésorier à la même époque	2.798	90	15.310	45
On trouve			40.173	32
Et si l'on déduit les dépenses de 1908			16.373	»
Il reste un excédent de			23.800	32
Dont emploi :				
Espèces à la Société générale			23.448	27
Espèces en caisse			352	05
Total égal			23.800	32

Avoir du Sou Médical au 8 novembre 1908.

Valeurs au prix d'achat			24.042	35
Espèces en Banque et en Caisse			23.800	32
Total			47.842	67
Bourse extraordinaire de liquidation créée en 1902	6.207	75		
Avoir de la caisse de garantie	20.774	»	26.981	75
Reste à la Caisse générale			20.860	92

Je dois vous rappeler, Messieurs, que d'ici la fin de l'année nous aurons encore des dépenses importantes à payer, car nous avons des procès en cours et que nous devrons faire à la caisse de garantie un versement statutaire de deux francs par membre. Néanmoins, en raison du chiffre des disponibilités, j'ai l'honneur de vous proposer un versement extraordinaire de 5.000 fr. à la Caisse de garantie dont il convient de grossir l'avoir.

La dotation extraordinaire de 5.000 francs à la Caisse de garantie est adoptée à l'unanimité.

La propagande de nos idées par l'image.

Cette question fait l'objet du rapport suivant rédigé et lu par M. Vimont :

Le Comité de vigilance du 1er Congrès des Praticiens ayant reconnu comme un des moyens efficaces pour propager le principe du libre choix, la distribution d'images d'Epinal dans les milieux scolaires, les membres des Conseils d'administration du « Concours Médical » et du « Sou » désirant la réalisation pratique de ce vœu, ont décidé d'ouvrir entre les adhérents de ces deux groupements le concours suivant :

Développer dans une histoire simple et courte le principe de la liberté de confiance et la nécessité du choix du médecin pour les blessés du travail, pour les indigents, les mutualistes, les employés ou ouvriers d'administration.

Cette histoire doit comprendre 16 paragraphes devant servir de texte et 16 vignettes composant l'image.

Ce texte sera autant que possible à la machine à écrire, ou avec une écriture dissimulée ne pouvant donner de renseignement sur l'auteur. Chaque texte portera une formule qui sera reproduite sur une enveloppe fermée contenant le nom de l'auteur.

Un jury composé de 4 membres du « Concours » et 3 membres du « Sou » sera chargé de classer les différents textes et d'adopter le texte qui sera définitivement choisi. Ce texte pourra être modifié au goût du jury, qui pourra même puiser des documents dans les différents textes fournis. Le texte récompensé sera celui qui aurait fourni le plus d'éléments au jury ou serait intégralement adopté.

Ce jury sera nommé à l'Assemblée générale du 15 novembre.

Le concours est ouvert à cette date et sera terminé le 15 janvier 1909.

Un prix de 100 fr. sera attribué à l'auteur du texte adopté.

Un second concours, dont les conditions seront ultérieurement établies, sera ouvert entre les membres du Concours, du « Sou » et leurs amis artistes pour illustrer le texte choisi et établir définitivement l'ensemble de l'image.

Les deux sociétés feront imprimer l'image pour les céder aux groupements qui voudraient adopter ce mode de propagande ; si les adhésions collectives ou individuelles doivent en assurer les frais de tirage, ceux-ci seront établis ultérieurement ; le prix actuellement prévu est de 20 fr. le mille par 100.000.

Les lettres seront adressées au Concours Médical, 23, rue de Dunkerque (*Concours de la liberté de confiance*).

M. NOIR (*Paris*). — Il n'est peut être pas nécessaire d'ouvrir un concours pour le texte, qui pourrait être établi par un commission spéciale. Il faut, en effet, un certain tact pour ne pas, tout en recommandant le choix du médecin de famille, déconsidérer les autres médecins.

M. VIMONT. — La faculté donnée au jury du concours de modifier le texte du projet permet d'obvier à cet inconvénient possible.

L'assemblée approuve le rapport de M. Vimont et décide qu'il y aura deux concours ;

Le premier, pour le texte, auquel sera offert un prix de 100 francs ;

Le second, pour les dessins, auquel sera affecté un prix de 300 francs.

Sont nommés membres du Jury du premier concours :

MM. Diverneresse (Saint-Mandé) ; Faraggi (Paris) ; Lauradour (Saint-Ouen) ; Noir (Paris) ; Pamard (Paris) ; Vimont (Paris) ; Gatineau, avocat conseil du *Sou*.

M. BOUDIN (*Oyonnax*). — Un pharmacien de ma région va, comme tous les ans, distribuer gratuitement à sa clientèle un almanach. Il a accepté, sur ma proposition, d'y insérer quelques pages qui ont été imprimées par mes soins, grâce à une subvention de 50 fr. que m'a accordée le *Sou médical*, à qui je demandais simplement des conseils sur la rédaction de ces feuilles de propagande. J'en ai apporté ici quelques exemplaires, que je tiens à la disposition de mes confrères. (*Applaudissements.*)

Correspondance hebdomadaire
(Suite).

juges de paix nous allouaient ce tarif, que d'ailleurs les hôpitaux réclament toujours. La plupart me l'ont payé, mais d'autres n'ayant voulu me donner que 2 fr., je vous demanderai de vouloir bien me préciser dans quels cas je dois tarifer mon certificat 5 francs ou 2 francs.

Combien prendrai-je s'il s'agit d'une entorse tibio-tarsienne ?

S'il s'agit de plaies ou contusions d'un membre, lorsqu'elles sont uniques ? ou si elles sont multiples, mais n'intéressant ni le thorax, l'abdomen ou la tête ?

S'il s'agit d'une fracture de l'humérus ?

Qu'entend-on par certificat initial descriptif, et pourquoi le tarif serait-il plus élevé pour les constatations de blessures du thorax que pour une constatation de fracture d'un membre, souvent plus difficile à diagnostiquer ?

Réponse. — Le tarif Dubief a, comme vous le savez, force de loi et doit, par conséquent être appliqué dans son texte lorsque toutes les conditions dans lesquelles il est applicable sont réunies.

Quant aux raisons pour lesquelles le tarif est plus élevé pour les constatations de blessures du thorax que pour les constatations de fractures des membres, par exemple, nous ne saurions vous les donner. Nous ne pouvons que vous dire que le tarif a enregistré le maximum des concessions que les représentants du corps médical dans la Commission qui l'a élaboré ont pu obtenir des puissants intérêts ligués contre eux.

Nous en tenant donc au texte, voici l'interprétation que nous pouvons donner aux cas que vous nous soumettez.

S'il s'agit d'une entorse tibio-tarsienne, l'honoraire sera de 2 fr., pour le certificat.

De même, s'il s'agit de plaies ou contusions d'un membre lorsqu'elles sont uniques, ou d'une fracture de l'humérus.

S'il s'agit de contusions ou plaies *multiples*, même d'un seul membre, l'honoraire sera de 5 francs, si le certificat décrit les lésions, ou lieu de se borner à une énumération sommaire.

Dr R. à C., à « Sou médical » — Une compagnie d'assurance a-t-elle le droit d'insérer dans ses statuts «... que la compagnie garantit les frais de médecin et les médicaments *à condition que les blessés recevront les soins médicaux et pharmaceutiques fournis par les médecins et pharmaciens de la Compagnie*, à l'exclusion de tous autres.

Suite page X.

L'expertise obligatoirement contradictoire.

M. de Grissac, secrétaire général du *Sou médical*, explique et commente l'article qu'il a publié en tête du n° 30 du *Concours* de 1908 sur l'expertise contradictoire. Il donne lecture des articles du projet de loi présenté par M. Cruppi, examiné et discuté par la Société de médecine légale, puis amendé par lui-même conformément aux vœux émis par le Congrès de Lille.

Le projet et les explications de M. de Grissac rencontrent l'approbation de l'Assemblée.

Sur l'article 10, concernant les frais d'expertise, Me Gatineau fait observer que, contrairement à ce que semble désirer le corps médical, les honoraires du médecin choisi par l'inculpé pour l'assister à l'expertise ne sont pas nécessairement compris dans les frais de justice. Ils resteront donc à la charge de l'inculpé, à moins que le contraire ne soit spécifié dans la loi.

M. de Grissac. — Il faudrait alors mettre dans la loi : *Tous* les frais.

Me Gatineau. — Ce serait encore insuffisant pour comprendre les honoraires du conseil médical.

M. Maurat, *président*. — Il y aurait lieu de prier Me Gatineau de formuler un texte permettant au médecin conseil d'être rémunéré sur les frais de justice criminelle.

M. Lauradour. — Cette prescription devrait s'appliquer aux frais d'expertise civile comme aux frais d'expertise criminelle.

M. Lépine (*de Belleville-sur-Saône*). — Dans ma région, les expertises ordonnées par les juges de paix en matière d'accidents du travail sont rémunérées au tarif criminel. Il serait nécessaire de bien spécifier les cas d'application de l'un et de l'autre tarif, civil et criminel.

M. de Grissac. — Le travail de mise au point du projet de loi n'est pas terminé. La commission permanente doit l'étudier de nouveau.

M. Maurat, *Président*. — Il est entendu que Me Gatineau recherchera d'accord avec M. de Grissac les formules adéquates aux désirs et aux aspirations légitimes du corps médical.

(*Assentiment général.*)

La suppression des assureurs en France.

M. Diverneresse.— Hier, l'Assemblée générale de l' « Union des Syndicats » a voté l'ordre du jour suivant, que je propose à l'Assemblée générale du « Sou » et du *Concours* de voter également aujourd'hui :

« L'Assemblée générale du *Concours médical* et du « Sou médical »,

« Considérant que l'assurance contre les accidents du travail est une œuvre de prévoyance et de sécurité sociales ; qu'en conséquence, seuls, les patrons et les ouvriers qui sont couverts par ces assurances et les médecins sans qui elles ne sauraient fonctionner, peuvent et doivent, sous le contrôle de l'Etat représentant la société, diriger le fonctionnement de ces œuvres ; qu'il est inadmissible que ces œuvres de prévoyance puissent servir à procurer des bénéfices à des spéculateurs;

« Considérant qu'un certain nombre d'hommes d'affaires, ayant pris le nom d'assureurs, se sont emparés de ces œuvres de prévoyance, dont ils tirent de gros bénéfices en exigeant des primes élevées des industriels, pour ne donner que des indemnités insuffisantes aux blessés ; qu'ainsi notamment, en matière d'accidents du travail, ils constituent des parasites onéreux aussi bien pour les industriels qu'ils pressurent que pour les blessés qu'ils dépouillent ;

« Considérant que rien n'oblige l'assureur à exercer cette industrie et qu'il ne l'exercerait certainement pas s'il n'y trouvait des bénéfices importants ; que, pour masquer ces bénéfices aussi exorbitants qu'illicites, les assureurs présentent chaque année des bilans en déficit ;— qu'ils atteignent ce résultat en édifiant de somptueux palais, et en accordant à l'état-major de leurs administrations des traitements exagérés et nullement en rapport avec leur savoir, leur moralité ou les services qu'ils rendent ;

« Considérant que ces hommes d'affaires emploient une partie de leur trésor à entretenir des comités électoraux, à fonder ou à acheter des journaux politiques, qu'ils ont exercé la plus pernicieuse influence sur quelques parlementaires, rappelant ainsi les plus mauvais jours de l'époque du Panama;

« Considérant qu'ils refusent systématiquement de payer les notes d'honoraires établies d'après les textes les plus clairs du tarif ministériel, prétendant, par exemple, qu'ils ne doivent pas les massages faits le dimanche, ou l'indemnité kilométrique du retour ;

« Considérant que des assureurs et des syndicats patronaux de garantie ont mené contre le corps médical et avec la plus insigne mauvaise foi, une campagne de presse tendant à déconsidérer le corps médical français aussi bien en France qu'à l'étranger ;

« Persuadés qu'il y a incompatibilité entre :

« D'une part,

Le tarif à la visite avec le libre choix du médecin, seules garanties sérieuses du blessé,

« Et d'autre part,

L'existence d'assureurs, spéculant aujourd'hui sur l'application de la loi accidents et demain sur la loi assurance maladie, et accidents agricoles ;

« Qu'en conséquence l'une de ces deux institutions tuera l'autre ;

« Certains que, dans ces conditions, de riches et puissantes caisses, formées par certains groupes d'assureurs renouvelleront périodiquement leurs campagnes d'injures contre le corps médical, jusqu'à la suppression du libre choix, sans qu'il soit possible aux faibles caisses de nos syndicats de répondre aux feuilles publiques soutenues par la réclame des assureurs ;

« Considérant :

« Qu'en Suisse, le 30 septembre 1908, le Conseil fédéral a voté au scrutin par appel nominal et par 120 voix contre 14, la suppression des assureurs ;

« Qu'en Hongrie a été promulguée, le 6 avril 1907, la loi sur les accidents du travail, aux termes de laquelle les caisses d'assureurs sont administrées par un Conseil composé des délégués en nombre égal de patrons et d'ouvriers, avec des représentants des médecins, chacun de ces groupes de délégués étant élu par leurs groupes respectifs d'électeurs ;

« Considérant que des assureurs vont jusqu'à provoquer la perpétration de véritables délits de la part des médecins et des pharmaciens qu'ils maintiennent sous leur domination par la menace de faire venir des concurrents dans leur région ; qu'ils ordonnent notamment aux médecins : 1° de modifier la date de consolidation des blessures et le taux des rentes ;

« 2° D'éviter de parler d'écrasement ou de section sur les certificats destinés à la mairie ;

« 3° Qu'ils engagent les médecins à faire de la pharmacie, dans les villes où les pharmaciens ne sont pas agréés par ces assureurs ;

« 4° Qu'ils engagent ces pharmaciens à faire, avant tout examen du médecin, les trois ou qua-

tre premiers pansements — chose des plus graves, le sort d'un membre dépendant souvent des premiers pansements ;

« Décident que les Bureaux du *Concours médical* et du *Sou médical* feront auprès des pouvoirs publics des démarches pressantes et réitérées pour obtenir la suppression des assureurs en France.

« Invitent les 242 médecins conseillers généraux à faire voter, dès la session d'avril 1909, par les conseils généraux, un vœu tendant à obtenir dans le plus bref délai la suppression des assureurs en France, et leur remplacement par des caisses d'assurances analogues à celles qui fonctionnent déjà en Hongrie. »

M. Coste (*de Montataire*). Ce vœu est trop radical. Les médecins doivent suivre l'évolution de la Société et n'ont pas à être des révolutionnaires. Ils n'ont à demander actuellement que le contrôle des opérations des assureurs par l'Etat, et non leur suppression, car la question n'est pas mûre.

M. Jeanne. — J'étais autrefois du même avis que notre confrère Coste et trouvais Diverneresse exagéré dans ses idées. Mais j'ai été sans cesse en rapports avec les assureurs, y mettant de mon côté toute la bonne volonté, tout le désir de conciliation possibles. La pratique m'a démontré que l'entente avec les assureurs est impossible. Nous ne parlons pas le même langage : quand les médecins parlent philanthropie, les assureurs répondent finances. Nous nous trouvons avec eux en opposition sur tous les points, de principe comme de détail. J'insiste de toutes mes forces pour que l'Assemblée générale se rallie au principe de la suppression des assureurs.

M. Diverneresse. — J'entends demander par quoi on remplacera l'assurance. Mais ce n'est pas l'assurance qu'il s'agit de supprimer, mais bien les assureurs de métier. L'assurance pourra aussi bien, sinon mieux, se faire sans eux, d'accord entre les ouvriers, les patrons et les médecins, qui sont et auraient dû toujours rester les seules parties intéressées.

M. Declercq (*de Lille*). — Ce qu'on attaque et veut renverser, c'est le tarif Dubief, qui cependant peut donner satisfaction dans certains cas.

M. Jeanne. — C'est une erreur. Le tarif Dubief ne donne pas satisfaction. Il serait peut-être supportable s'il était appliqué, mais il ne l'est pas, car les assureurs se sont toujours efforcés, et souvent avec succès, d'en fausser l'application à leur profit. Nous n'ignorons pas les sommes considérables que la lutte judiciaire à l'occasion de ce tarif coûte aux assurances et aux médecins, et en particulier au « Sou médical ».

D'ailleurs, comme le rachat de l'Ouest, la main-mise de l'Etat sur les assurances aura certainement lieu : ce n'est qu'une question de temps. Les assureurs disparaîtront, pour notre plus grand profit. Faisons nos efforts pour avancer cette solution. Aidons-les à disparaître.

M. Declercq. — Dans cette lutte de résistance aux assureurs, un fait s'est produit contre lequel je ne cesserai jamais de protester ; celui-ci : Des médecins, même syndiqués, sont allés solliciter le service médical des cliniques spéciales organisées par les groupements ouvriers. Ce sont ceux-là qui nous ont valu la campagne dite des « médecins marrons ». Je ne comprends pas que M. Diverneresse et le *Concours* ne prennent pas parti contre eux et semblent même les soutenir.

M. Diverneresse. — Nous soutenons, en effet, et je l'ai déjà dit maintes fois, même à Lille, que quand les médecins faisaient, au bénéfice des compagnies, des certificats de complaisance ou des attestations tendancieuses comme celles que voilà (elles sont de la région lilloise), il était naturel que là, comme à Paris, au Havre, à Marseille et ailleurs, les organisations ouvrières dressent devant les cliniques d'assurances des cliniques à elles, où le médecin soignerait et certifierait en toute indépendance. Il ne nous appartient pas de blâmer les confrères d'avoir répondu à leur appel quand nous avions écrit dans le journal : « Répondez-y tous puisqu'ils vous appellent tous, vous, les indépendants. »

Le vœu présenté par M. Diverneresse, mis aux voix, est adopté à une forte majorité.

Les Conquêtes du « Sou » en jurisprudence.

Me Gatineau, conseil judiciaire du « Sou ». — Depuis son existence, le « Sou médical » n'a pas été utile qu'à ceux de ses membres qui ont eu recours soit à ses conseils, soit à son appui pécuniaire pour les soutenir dans les difficultés qu'ils ont rencontrées en exerçant leur profession. Ses efforts ont en outre profité non seulement à tous ses membres, mais encore à ceux-là même qui ont négligé d'en faire partie, par l'amélioration qu'ils ont contribué à apporter sur divers points, que je vais essayer de résumer succinctement, à la jurisprudence applicable spécialement à certaines questions d'ordre médical.

On peut diviser ce que nous appellerons les conquêtes du « Sou » en jurisprudence en plusieurs chapitres.

Accidents du travail.

1° Avant la loi du 31 mars 1905, un arrêt de la Cour de Cassation interpréta les articles 4 et 15 de la loi du 9 avril 1898, en accordant au médecin une action directe contre le chef d'entreprise, alors même qu'il a été choisi par l'ouvrier.

Lorsque les Chambres ont délibéré sur les modifications à apporter à la loi, une consultation sur cette question leur a été distribuée par les soins du « Sou médical », et l'action de cette Société a certainement contribué à faire adopter les dispositions de la loi du 31 mars 1905 qui ont précisé certains articles obscurs ou incomplets de la loi du 9 avril 1898.

2° Dans la défense du libre choix, le « Sou » n'a pas craint de s'attaquer même au Ministre de la Guerre, qui prétendait n'avoir pas à payer les frais médicaux pour un ouvrier blessé dans une cartoucherie, alors que le médecin-major affirmait n'avoir cessé de visiter et de soigner le blessé. Par jugement du 19 mars 1907, rendu par le tribunal de paix de Vincennes, le ministre de la Guerre a été condamné à payer le médecin choisi par son ouvrier.

3° Un arrêt de la Chambre des requêtes de la Cour de cassation, a admis un pourvoi formé contre une décision de justice de paix qui refusait d'appliquer l'article 10 du Tarif Dubief au point de vue du cumul du prix de la visite ou consultation avec le prix des opérations.

Le principe avait d'ailleurs été reconnu antérieurement par le tribunal civil de la Seine, devant lequel le « Sou » a porté une autre affaire où l'appel était possible.

4° Un pourvoi a été tout récemment formé contre un jugement du Tribunal civil de la Seine qui, dans un cas où un blessé avait de multiples lésions obligeant à des massages de diverses parties du corps, n'a alloué que le prix applicable à une séance complète de massages autres que ceux de la main ou du pied (article 10 B 7°), au lieu de compter l'allocation pour autant de séances

de massages qu'il y avait de parties lésées et nécessitant cette intervention (article 10 A 7°).

5° Le « Sou » a fait reconnaître le droit pour le médecin de réclamer le paiement de ses honoraires avant la fin du traitement, ce qui a pour résultat de lui permettre d'en poursuivre le recouvrement en justice avant qu'ils n'atteignent 300 francs et d'éviter ainsi d'être traîné en appel par quelque plaideur de la race de ceux avec lesquels les médecins ont trop souvent à compter.

6° A été également reconnu le droit pour le médecin de réduire sa note pour rester dans la compétence en dernier ressort du Tribunal de paix, ce qui peut avoir un grand avantage lorsque cette note ne dépasse que de quelques francs le chiffre de cette compétence.

7° Avant la loi du 31 mars 1905, le « Sou » avait fait reconnaître le droit à des honoraires pour soins aux accidentés du travail, lorsque les règlements de l'hôpital ne s'y opposaient pas.

Depuis cette loi, qui a détruit par le « tout compris » de son article 4 l'effet de cette conquête du « Sou», l'affaire Foisy est venue consacrer l'obligation pour l'établissement hospitalier de rétribuer le chirurgien *étranger à l'hôpital*, dont l'intervention est nécessitée par la gravité des blessures d'un accidenté du travail, et ce, malgré les dispositions de l'article 4.

Syndicats.

8° Le Tribunal civil de Bourgoin et, après lui, la Cour d'appel de Grenoble,ont jugé que la violation des engagements contractés par un membre d'un Syndicat d'observer les décisions de l'Assemblée générale, entraîne la condamnation de l'auteur de l'infraction à des dommages-intérêts, même après sa sortie du Syndicat, pour les faits antérieurs à sa radiation.

Cette décision, très importante au point de vue de la force d'action des Syndicats, a servi de base aux théories des juristes, dans des thèses d'agrégation en droit, sur les sanctions à apporter en cas de contrat collectif de travail.

Obligation et preuve de la créance médicale. Divers.

9° La Cour d'appel de Paris et la Chambre des Requêtes de la Cour de cassation, en rejetant le pourvoi formé contre l'arrêt de cette cour d'appel, ont admis que la preuve de la créance médicale, quoique supérieure à 150 francs, peut être faite par témoins, même contre un tiers, sans qu'il y ait commencement de preuve par écrit, en considérant que, par la nature de ses interventions, le médecin est placé dans l'*impossibilité morale* de se procurer au préalable une preuve littérale de l'obligation que contracte envers lui son client de le rémunérer de ses soins.

10° L'obligation personnelle de la femme mariée qui a reçu des soins a été reconnue exister solidairement avec l'obligation de la communauté représentée par le mari, lorsqu'il y a communauté de biens — et dans tous les cas, quel que soit le régime matrimonial des époux.

11° De même, l'obligation des enfants de payer les soins médicaux donnés à leurs parents dans le besoin, alors même qu'ils auraient renoncé à la succession de leurs parents.

Et réciproquement l'obligation des parents à l'égard de leurs enfants majeurs dans le besoin.

12° Le médecin qui a soigné sa femme pendant sa dernière maladie a été reconnu avoir le droit de recevoir des legs de celle-ci, malgré les dispositions de l'article 909 du code civil.

Ce droit était contesté par la doctrine et n'avait pas encore été reconnu jusqu'à ce jour par la jurisprudence.

13° Le tribunal des conflits, départageant la Cour de cassation et le Conseil d'Etat, a reconnu, comme l'avait fait ce dernier, la compétence des tribunaux civils au lieu des tribunaux administratifs, pour juger une demande en dommages-intérêts formée contre un maire par suite d'une mesure irrégulièrement prise par lui contre un médecin du service de nuit et des services municipaux.

14° La Cour de cassation a confirmé la condamnation à des dommages-intérêts d'un médecin pour délivrance d'un certificat à fin d'internement d'une personne, dans lequel certificat étaient visés des tiers. (*Secret professionnel*).

15° Un pourvoi en cassation a été formé contre un jugement qui refuse de reconnaître au médecin le droit de comprendre dans sa note les honoraires, d'un médecin ou chirurgien qu'il a fait appeler.

16° Un pourvoi en cassation a été formé contre un jugement qui repousse la demande en paiement d'honoraires en cas d'accidents du travail, sous prétexte que l'ouvrier a reconnu devant le Président, en conciliation, qu'il n'avait pas été victime d'un accident, alors qu'il est reconnu qu'il a reçu de l'argent pour se prêter à cette entente frauduleuse.

Le « Sou » attend avec confiance le résultat de ces divers pourvois : il se hâtera de le communiquer à ses membres. (*Applaudissements*).

Propositions diverses.

La parole est donnée au Dr Lépine de *Belleville sur-Saône*, qui fait à l'Assemblée l'intéressante communication suivante :

L'Ancre médicale

Messieurs,

L'an dernier, à pareille époque, vous avez bien voulu me permettre de vous présenter « L'Ancre médicale » ; le bienveillant accueil fait à ma communication me crée le devoir agréable de vous dire, aujourd'hui, ce qu'est devenue, depuis un an, notre jeune mutuelle.

Développement. — *En novembre* 1907, l'Ancre médicale avait 16 mois d'existence et comptait 142 adhérents. Les risques assurés s'élevaient à 1.300.000 francs, avec, en plus, 525.000 francs de reprises garanties pour un avenir prochain.

Nous avions encaissé 10.000 francs de primes nettes, payé 7 francs 40 % de ristournes pour l'exercice 1906, et enregistré 5 sinistres, dont un sans suites aucunes ; le montant total des 4 autres ayant atteint 435 francs seulement.

En novembre 1908, après 28 mois d'existence, nous comptons 247 adhérents. Nous assurons 2.186.000 fr. de risques, auxquels il convient d'ajouter 617.500 fr. de reprises garanties.

Nos primes nettes se sont élevées à 22.000 fr.

La ristourne de l'exercice 1907 a été de 7,55 %.

Le nombre total des sinistres déclarés à ce jour est de 21. Aux sinistres antérieurs à novembre 1907, il faut en ajouter 169, qui n'ont donné lieu à aucune réclamation d'indemnité, et 7, qui ont coûté à notre caisse propre : pour 3 d'entre eux 98 francs, à notre compagnie réassureur ; 4.350 fr. pour les 4 autres, dont 4.000 fr. pour un seul.

Tous les sinistres ont été réglés aussitôt les formalités d'enquête accomplies, et à la satisfaction de nos sociétaires qui nous en ont donné un témoignage écrit.

Tarifs. — La plus importante innovation de l'année a été l'abaissement de nos tarifs, abaissement considérable, jugé nécessaire pour faire tomber la seule objection de valeur venant entraver souvent le recrutement de nos sociétaires.

Nos tarifs étaient supérieurs à ceux de plusieurs compagnies importantes. Le jeu des ristournes devait, il est vrai, les amener à être, en définitive, égaux ou même moins élevés, mais ce résultat à échéance différée n'était pas suffisamment tangible.

Actuellement, nos primes peuvent soutenir la comparaison avec celles de toutes les compagnies, elles sont

inférieures même à celles des grandes mutuelles générales.

Voici, par exemple, les cotisations que nous demandons, dans les conditions ordinaires, pour une garantie de 10.000 fr., couvrant toutes les conséquences, corporelles et matérielles, d'un accident causé aux tiers, avec ou sans contact :

Pour les autos de moins de 5 HP : 50 francs ;
Pour les autos de 5 et 6 HP : 58 francs ;
Pour les autos de 7 à 9 HP : 63 francs ;
Pour les autos de 10 à 15 HP : 80 francs.

Nos tarifs primitifs s'étaient imposés comme un corollaire des conditions intervenues avec notre Compagnie réassureur.

Nous n'avons pu les modifier qu'en élaborant minutieusement un mode de réassurance nouveau, qui, nous en avons la conviction, ne diminuera en rien les garanties fournies à nos sociétaires.

Organisation et fonctionnement. — Je tiens à vous dire en quelques mots quelle est notre organisation, notre fonctionnement, cela bien que les lecteurs du *Concours*, en aient eu plusieurs fois sous les yeux l'exposé.

Notre mutuelle fonctionne avec un conseil d'administration composé exclusivement de médecins, de médecins praticiens, exerçant tous, actuellement, dans la région du Sud-Est. Elle est pourvue d'un directeur, assureur de profession, qui, grâce à certaines combinaisons, déjà longuement exposées à plusieurs reprises dans des articles publiés au *Concours*, met à notre service, dans des conditions financières éminemment économiques tout son personnel d'employés, de comptables et d'agents. Les statuts de l'Ancre médicale sont l'œuvre du conseil d'administration ; c'est lui qui, dans le fonctionnement pratique de la mutuelle, fait prévaloir les principes, les idées, les habitudes propres à nos groupements professionnels.

Le directeur et son personnel technique assurent la vitalité de notre œuvre, et assument tout le travail matériel.

Par ce moyen nous réalisons dans les meilleures conditions, croyons-nous, une caisse professionnelle d'assurance, présentant de grandes analogies avec les caisses dont nous parlait hier, et tout à l'heure, à propos des accidents du travail, le Dr Diverneresse.

Il est question actuellement dans divers milieux médicaux de créer de nouvelles caisses professionnelles, visant des assurances *spéciales*, c'est-à-dire se proposant, comme l'Ancre Médicale, un but tout différent de celui atteint par nos sociétés d'indemnité maladie, de retraites, de défense professionnelle.

Nous n'avons pas été peu surpris de voir, à ce propos, affirmer et poser en principe, que ces caisses d'assurances spéciales devraient fonctionner sur les mêmes bases administratives que nos œuvres, exclusivement médicales ou philanthropiques dans leur objet.

Cette conception, si elle était maintenue, nous paraîtrait devoir condamner ces projets à ne jamais aboutir, comme cela a eu lieu du reste pour bon nombre de leurs devanciers. C'est parce que nous sommes avertis par près de trois années d'études et d'expérience pratique, que nous croyons devoir donner nettement notre avis sur ce point. Nous estimons, en somme, que toute caisse professionnelle, pour fonctionner avec succès, dans le domaine de l'assurance pure, a besoin de la collaboration, avec un Conseil médical d'administration et de surveillance, d'une direction et d'un personnel composé de techniciens.

J'espère, Messieurs, que vous sortirez d'ici suffisamment documentés sur notre mutuelle médicale : « l'Ancre Médicale » qui assure tous les risques résultant de la mise en circulation de nos véhicules professionnels.

Vous saurez que son développement se fait régulièrement, quoique lentement en raison de circonstances de fait qu'il ne nous appartient pas de pouvoir modifier tout d'un coup.

Vous aurez eu un aperçu de nos tarifs, que vous pouvez estimer et affirmer être moindres que ceux de n'importe quelle compagnie par actions ou mutuelle.

Les garanties que nous vous offrons par les réassurances et les caisses de réserves sont certaines.

Notre organisation enfin a fait ses preuves ; vous pouvez donc apprécier en toute connaissance de cause ce que nous sommes, et vous n'hésiterez pas, j'en ai le ferme espoir, à accorder à l'Ancre médicale toute votre sympathie, et, si possible, votre adhésion.

Dr Lépine,
Président du Conseil.

Le Banquet

Suivant la tradition immuable, il fut aussi cordial que bien servi.

Nous ne rappellerons ici que pour mémoire (les « Echos » publiés en tête de notre dernier numéro l'ont fait connaître à nos lecteurs) la touchante manifestation par laquelle il se termina.

Mais nous tenons à reproduire le texte de l'allocution qui, ayant pour auteurs communs MM. Gassot et Maurat, fut prononcée par ce dernier dans les circonstances que nous avons expliquées et auxquelles il fait d'ailleurs allusion.

Mes chers confrères,

Une indisposition qui, nous l'espérons, sera courte et sans gravité, nous ayant privés de la présidence habituelle de notre ami Gassot, c'est à moi qu'est échu l'honneur agréable de vous souhaiter aujourd'hui la bienvenue.

Mais pour diminuer les regrets que nous cause l'absence de notre vieux camarade et pour que quelque chose de lui marque sa présence, au moins morale, à notre banquet confraternel, je vous demande la permission de vous donner lecture du toast qu'il nous avait envoyé et qu'il se proposait de prononcer ici ce soir.

Mes chers confrères,

Dans une pièce que, vers le commencement de l'année, il donnait à la Comédie-Française, un auteur faisait dire à l'un de ses personnages :

« Il y a deux catégories d'hommes civilisés : ceux qui s'adaptent exactement à leur époque et ne lui demandent que ce qu'elle peut leur donner — et c'est parmi ceux-là que la vie choisit les vainqueurs. Et puis, il y a ceux qui ne s'adaptent pas, qu'ils soient nés trop tard ou trop tôt, qu'ils aient encore les idées d'hier ou qu'ils aient déjà celles de demain — et ceux-là ce sont les vaincus. Je ne dis pas qu'ils le méritent, je ne dis pas que ce soit très juste, mais cela s'accomplit avec la tranquille fatalité des lois de la nature. »

Pourquoi ces paroles sont-elles demeurées dans mon esprit comme une véritable obsession ?

C'est qu'elles me paraissent s'adapter merveilleusement à la situation actuelle du corps médical. Autrefois, le médecin était fait pour la famille, son rôle était exclusivement privé, il n'en est plus de même aujourd'hui. L'évolution sociale, qui a changé bien des choses, a assigné un rôle nouveau au médecin ; il se doit non plus seulement aux particuliers, mais encore à l'Etat, et de là, sont nées pour lui des habitudes nouvelles à prendre, des obligations qu'il ne connaissait pas, un bouleversement complet de l'idée qu'il s'était faite jusqu'ici de son rôle.

Avons-nous gagné au changement ? Je n'ai pas à le rechercher ici, je me borne à constater le fait.

On peut sans doute déplorer la disparition du *Médecin de la famille*, cela n'empêchera pas qu'il ne soit bien malade et qu'un nouveau médecin en soit né, médecin ayant de nouveaux devoirs à remplir et des comptes à rendre aux collectivités, aux administrations, à l'Etat.

Cette conception nouvelle de notre rôle social, pour nous qui ne sommes pas encore familiarisés avec elle, n'est pas sans nous inquiéter ; nous savons bien que nous ne pouvons plus vivre comme vivaient nos pères, mais nous ne nous sommes pas faits encore à cette révolution dans nos us et coutumes. Ici, c'est le secret professionnel qui n'apparaît plus toujours comme une règle intangible ; là, ce sont des considérations d'ordre extra-médical dont nous n'avions jamais eu à nous inquiéter jusqu'ici ; ailleurs, ce sont des obligations de solidarité qui effarouchent notre vieil esprit d'individualisme un peu égoïste — partout ce sont des questions nouvelles qui nous bouleversent et devant lesquelles nous avons des hésitations bien naturelles.

Eh bien, Messieurs, ne retrouvons-nous pas là ceux qui s'adaptent et ceux qui ne s'adaptent pas ?

Ceux qui ne s'adapteront pas, ce seront les vaincus. Comme le personnage de la comédie, on pourra trouver que ce n'est pas équitable, qu'ils ne sont pas responsables d'une situation qu'ils n'ont pas créée..... Mais, avec lui aussi, il faudra constater l'accomplissement du fait par la fatalité des lois de la nature.

Nous devons être évolutionnistes, nous devons nous transformer, nous adapter. C'est pour nous une question

de vie ou de mort, mais c'est aussi un devoir, car une corporation comme la nôtre, si elle doit garder le souvenir agréable d'un temps qui pouvait avoir ses charmes et sa poésie, doit aussi être de son temps, suivre l'évolution générale et conserver la place à laquelle elle a droit dans la Société par les services qu'elle peut rendre.

Sont-ce là, d'ailleurs, Messieurs, des paroles si nouvelles ? Et le médecin s'est-il jamais désintéressé des problèmes qui touchent à l'humanité ?

Ces problèmes, qui nous effrayent peut-être, il faut les regarder bien en face, il faut les étudier à fond, il faut les solutionner, dussions-nous y perdre quelques-unes des illusions qui ont bercé notre jeunesse.

Quoi qu'il advienne, et cela doit nous rassurer, le médecin saura toujours conserver la dignité qui, chez lui, est d'essence professionnelle ; le médecin de l'avenir ne déméritera pas du médecin du passé, et, si sa conduite est différente, elle restera toujours dictée par ce sentiment du devoir dont il ne saurait s'affranchir.

C'est avec cette conviction que je puis, mes chers confrères, vous unir tous, dans un même toast, médecins d'hier et médecins de demain, membres de la même famille, hommes de dévouement, d'abnégation et de devoir !

Ici s'arrête, mes chers confrères, le toast de notre ami Gassot, mais je vous demande la permission d'y ajouter deux mots :

Ce qui, je crois, jusqu'à ce jour, a fait la force du *Concours Médical*, et a le plus contribué à son succès, c'est d'abord l'appui victorieux que nous a apporté votre cohésion parfaite, et puis ensuite l'entente absolue de ses directeurs sur les voies et moyens à employer pour le bien de tous. Mais vous comprenez sans peine que l'entente dont je parle ne va pas sans certaines nuances d'opinions de chacun de nous ; et c'est ainsi que dans le cas particulier qui nous occupe, si nous sommes tous d'avis que l'évolution, en médecine comme en toutes choses, est nécessaire, nous pouvons différer sur certains points quant aux voies et moyens à employer pour y parvenir.

Evolution n'est pas révolution et ce serait, à mon avis, une véritable révolution que la disparition du *Médecin de famille* qui existe encore malgré tout, pour faire place au médecin fonctionnaire que l'Etat accapareur tend de toutes ses forces à créer, mais que beaucoup d'entre nous (dont je suis) ne consentiront jamais à devenir.

Je comprends cependant que l'éclosion de ce médecin fonctionnaire puisse, dans certains cas de plus en plus fréquents, devenir nécessaire, ainsi qu'il est arrivé pour les médecins inspecteurs départementaux d'hygiène par exemple.

Mais ce qui me semble alors éminemment souhaitable, c'est que la collectivité qui les emploie s'applique à les rémunérer suffisamment pour avoir le droit d'exiger d'eux qu'ils renoncent à la médecine de clientèle qui deviendrait impossible par suite de concurrence véritablement déloyale et de violation du secret professionnel.

Alors, dans l'organisation que je rêve et qui sera peut-être réalisée au *Pays d'Utopie*, je vois deux catégories de médecins bien distinctes, vivant côte à côte en bonne intelligence : d'un côté tous ceux qui par leurs goûts, leur façon de comprendre la vie, leur amour du galon ou leurs tendances officielles aspirent à devenir inspecteurs de tous ordres et de toutes choses rémunérés par l'Etat et couverts d'honneurs ; de l'autre côté, l'ancien médecin de famille dont l'existence sera redevenue possible grâce à la sélection qui se sera naturellement faite, le vieil individualiste confident de ses malades qui voit tout, sait tout, garde tout pour lui et est en un mot leur ami autant que leur médecin.

Mais je crois qu'à la suite de mon vieux camarade Gassot, le désir de philosopher m'entraîne un peu loin et que vous avez mieux à faire qu'à me prêter une oreille bienveillante. Trève de Philosophie. *Nunc est bibendum.*

Je lève donc mon verre à la prompte guérison de notre cher Gassot auquel son fils ici présent voudra bien porter nos souhaits amicaux ; aux représentants autorisés des Sociétés médicales qui nous entourent et enfin à vous tous, mes chers amis présents ou absents, membres de notre grande famille du *Concours Médical.*

(*Applaudissements*).

Etaient présents : MM. David, de Claye ; Souilly ; Henne, de Paris ; Lepage, de Paris ; Bazot, de Joigny ; Maurat, de Chantilly ; Cézilly H., de Paris ; Maurat fils, de Chantilly ; Boulanger, de Paris ; Dumesny, de Paris ; Bazot fils, de Paris ; Rayneau, d'Orléans ; Decourt, de Mitry-Mory ; Perret, de Romans ; Chabert, de Paris ; Delpeut, de St-Chéron ; Roger, de Hédé ; Diverneresse, de St-Mandé ; Coze, d'Aix-les-Bains ; Boudin, d'Oyonnax ; Daverne, de Paris ; Hervier, de Vierzon ; Baronnet, de Paris ; Jacquot, de Creil ; Huguenin, de Paris ; Delthil, de Briare ; Vincent, de St-Chely ; Roux, de St-Gervais-les-Bains ; Pernet, d'Oyonnax ; Proby, d'Oullins ; Laguens, de Castillon ; Levraud, de Saumur ; Fau, de Vichy ; Gloppe, de St-Etienne ; Gauja, de Bordeaux ; Roudouly, de Caussade ; de Grissac, d'Argenteuil ; Le Menant des Chesnais, de Paris ; Lugeol, de Bordeaux ; Fayard, du Péage-de-Roussillon ; Voyer, de Machecoul ; Baudon, d'Etrepagny ; Gatineau, de Paris ; Verhaeghe, de Lille ; Passerat, de Bourg ; Pontet, de Rives ; Gassot fils, de Chevilly ; Lambin, de Lille ; Declercq, de Lille ; Coppens, de Lille ; Bloch, d'Auxonne ; de la Rochefordière, de Paris ; Bonnarme, de Pons ; Dubuisson, de Paris ; Bellencontre, de Paris ; Vimont, de Paris ; Ronnaux, de Cambrai ; Ronnaux fils, de Paris ; Leredde, de Paris ; Dupont, de Villiers-St-Georges ; Lindeux, de Paris ; Urpar, d'Arles ; Lacroix, de Paris ; Mignon, du Vésinet ; Pamart, de Paris ; Lépine, de Belleville-sur-Saône ; Gilson, d'Angoulême ; Verdalle, de Cannes ; Lande, de Bordeaux ; Sorel, de Dijon ; Fleury, de Paris ; Tabarry, de Paris ; de Fourmestreaux, de Chartres ; Barbat, de Charlieu ; Andrieu, de Neuilly-en-Thelle ; Costes, de Montataire ; Guiberteau, de Saint-Jean-de-Corcoué ; Gascuel, de Paris ; Angelby, de Paris ; Vallais, de Granville ; Houdart, de Brest ; Courgey, d'Ivry ; Lebrun, d'Ivry ; de Lauradour, de Saint-Ouen ; Cabasse, de Vaucouleurs ; Rachet, d'Honfleur ; Dunogier, de Paris ; Mercier, de Paris ; Noir, de Paris ; Bolliet, de Lyon ; Faraggi, de Paris ; Fraenkel, de Paris ; Jeanne, de Paris ; Fabre, de Commentry ; Gairal, de Carignan ; Chamousset, de Bellême ; Dubois, de Saujon ; Lemaire, de Compiègne ; Baratoux, de Paris ; Mosnay, de Saint-Varent ; Patureau-Miran, de Paris ; Barabé, de Bagnoles-de-l'Orne ; Duchesne, de Paris ; Veillard, de Meung-sur-Loire ; Courtault, de Paris ; Gonin N., de Paris ; Cretel, de Garches ; Mousseaux, de Vittel ; Esmonet, de Châtel-Guyon ; Le Bot, de Lannilis ; Gardette, de Châtel-Guyon ; Foucaud, de Châtel-Guyon ; Grellety, de Vichy ; Boulland, de Paris ; Larrivé, de Meyzieux ; Mage, de Châtel-Guyon ; Fargin-Fayolle, de Paris ; Parès, de Paris ; Monin, de Paris ; Ledé, de Paris ; Bérillon, de Paris ; Daix, de Clermont ; Tarius, d'Epinay ; Dardel, d'Aix-les-Bains ; Gouffier, de Neuilly ; Mazeran, de Châtel-Guyon ; Crouzet, de Creil ; Cauzard, de Paris ; Magnan, de Tours ; Tschudnowski, de Paris ; Debray, de Creil ; Gonin, P., de Paris ; Desnos, de Paris ; Rondel, de Paris ; Tourtourat, de Paris ; Lepâtre, de Bessancourt Delcroix, de Paris ; Bilhaut, de Paris ; Laquerrière, de Paris ; Guillemonat, de Paris ; Philippeaux, de Paris ; Guyochin, de Paris ; Jacquemin, de Paris ; Villaret, d'Ivry ; Battier, d'Ivry ; Darras, de Paris ; Pacault, de Paris ; Huriaux, de Paris ; Le Filliatre, de Paris ; Leroux, de Paris ; Heitz, de Royat ; Deroin, de Bourges ; Binder, de Paris ; Gillet, de Paris ; Champetier, de Vals ; Fischer, de Vincennes ; Berné, de Paris ; Montsarrat, de Paris ; de Font-Réaulx, de Paris ; Petit (P), de Paris ; Levassort, de Paris ; Petit (A), de Paris ; Petit (M), de Montereau ; Gellé, de Paris ; Blache, de Paris, etc., etc.,

S'étaient excusés : MM. Steeg, député, de Paris ; Quillent, de Paris ; Dubuisson, député, de Paris ; Couband, de Paris ; Coupat, de Paris ; Miesch, de Paris ; Oudaille du Cannet ; Reumaux, de Staple ; Bardy, de Belfort ; Barada, de Betz ; Lereboullet, de Paris ; Pize, de Quingey ; Tison, de Paris ; Treille, de Lavaveix-les-Mines ; Challamel, de Paris ; Mirman, de Paris ; Bagarry, de Marseille ; Déléage, de Paris ; de Grissac fils, d'Argenteuil ; Thirard, d'Evreux ; Delbès, de Périgueux ; Daviau, de Troyes ; Léon Marie, de Paris ; Lop, de Marseille ; P. Cézilly, de Coye ; Mignen, de Montaigu ; Gassot père, de Chevilly, etc., etc.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

Comité de vigilance du Congrès des Praticiens

Paris, le 18 novembre 1908.

Mon cher Collègue,

Samedi dernier, a eu lieu la première réunion du Comité de vigilance à l'Hôtel des Sociétés savantes.

Les 40 membres désignés, conformément aux décisions du Congrès de Lille, se sont ensuite adjoint un certain nombre de membres.

Vous trouverez la liste complète de nos collègues ci-jointe.

Le bureau est ainsi constitué : Président, M. Dubuisson ; Vice-Présidents, MM. Coppens, Lande, Gairal, Reymond ; secrétaires, MM. Leredde, Cosse ; Trésorier, M. Quidet.

Il a été décidé qu'au bureau serait adjoint un certain nombre de membres constituant une commission exécutive chargée de faire les premières démarches nécessaires à l'exécution des vœux du Congrès.

Sur la demande du Dr de Grissac une commission composée de : MM. Lande, Coppens, Diverneresse et Jeanne a été nommée de manière à poursuivre les résolutions du Congrès de Lille relatives à l'expertise contradictoire.

Une longue discussion s'est engagée sur l'attitude que doit prendre la commission à l'occasion du certificat d'admissibilité à l'agrégation.

Comme vous le savez, sans doute, le premier concours aura lieu le 31 décembre à Paris.

Le Comité a été d'avis que, sans prétendre empêcher ce concours, ce qu'il n'a pas les moyens matériels de faire, il était urgent d'affirmer la protestation la plus énergique du corps médical. Conformément à la décision du congrès, une démarche sera faite auprès de M. le Président du Conseil. Vous serez invité à prendre part à cette visite pour laquelle il sera important que nous soyons en très grand nombre.

Des affiches seront posées dans les Ecoles de Médecine et dans les Facultés au nom du Comité de Vigilance. Enfin, des conférences auront lieu dans différentes villes universitaires, conférences auxquelles seront convoqués les médecins et les étudiants.

La commission exécutive se réunira dans quelques jours et vous serez avisé des décisions nouvelles qu'elle jugera à propos de prendre.

La prochaine séance du Comité de Vigilance aura lieu dans un mois environ.

L'organisation définitive du Comité aura lieu à cette date.

Des propositions ont été faites à la première séance tendant à adopter la division en deux sous-commissions qui avait eu lieu l'an dernier. Il serait entendu, du reste, que de nouvelles sous-commissions pourraient être nommées s'il était utile.

Veuillez agréer, mon cher collègue, l'expression de mes sentiments les plus dévoués.

Dr Leredde.

Liste des membres du 2e Comité de Vigilance élus le 14 novembre 1906.

Coppens, Gairal, de Clomesnil, Delpeut, Dubuisson, Noir, Mousson-Lanauze, Charier, Philippeau, Decorde, Sorel, Diverneresse, Jeanne, de Grissac, Gassot, Daunoy, Courtault, Régis, Lafontaine, Reymond, Jayle, Barbarin, Quidet, Aubert, Surmont, Cosse, Motais, Lande, Monprofit, Regnault, Maire, Le Fur, Lemière, Seytre, Vimont, Vidal (de Castres), Deroy, Pedebidou, Treille, Laurent (Roanne), Osmont, Bertillon, Barbanneau, Bombart, Lambin, Declercq, Caudrelier, Dally, Laisné, Leredde, Tourtourat, Berruyer, Dufour (Marseille), Gruzu (Nice).

N. B. — Le comité sera complété par un délégué de l'Association corporative des étudiants, un délégué du Syndicat des Electrologistes, un délégué du syndicat des dentistes et quatre délégués de la Fédération du Sud-Est.

Syndicat des médecins de la Seine.

Assemblée générale du 29 novembre 1908.

Mon cher confrère,

L'Assemblée générale ordinaire se réunira le 29 *novembre prochain, à deux heures* très précises, au grand amphithéâtre de la Faculté de Médecine.

Le jeton de 5 francs n'est accordé qu'aux syndiqués ayant assisté aux deux assemblées annuelles.

Ordre du jour :

1° Adoption du procès-verbal de la dernière assemblée ;

2° Discours de M. Philippeau, président ;

3° Admission des nouveaux adhérents ;

4° Discussion et adoption des rapports :

a) Du secrétaire général ;

b) Du trésorier ;

c) Sur l'exercice illégal (M. Levassort) ;

d) Sur les accidentés du travail (M. Diverneresse) ;

e) Sur la caisse d'assistance (M. de Grissac);

f) Sur les conférences (M. Grunberg);

5° Election de quinze syndics.

Nous avons reçu les seize candidatures suivantes :

MM. Bellencontre, Dally, Diverneresse, Fanton d'Andon, Grunberg, Guillemonat, Laisné, Leredde, Levassort, Martial, Noir, Philippeau, Ramonat, Feullières, Vimont, Wicart ;

6° Election de trois membres du Conseil de famille,

Sont candidats : MM. Sébillotte, Smester et Vallat père ;

7° Discussion sur le secret professionnel, *adoption d'un ordre du jour* ;

8° Le libre choix du médecin dans les services de transports en commun ;

9° Questions à mettre à l'ordre du jour de l'Assemblée ordinaire de mai.

J'ai l'honneur en outre de vous informer que les sections ont toutes nommé leurs syndics ; ce sont :

1er arrond., MM. Lamare ; 2e arr., Dausset ; 3e arr., Lemoine ; 4e arr., Lecœur ; 5e arr., Duverdier ; 6e arr., Saltas; 7e arr., Bouvy ; 8e Thiellement ; 9e arr., Rabion ; 10e arr., Fiquet ; 11e arr., Jore d'Arces ; 12e arr., Salmon ; 13e arr., Desmons ; 14e arr., Bouquerel, ; 15e arr., Jacob ; 16e arr., Tourtourat ; 17e arr., Hurtaud ; 18e arr. Mayoux, 19e arr., Thébault ; 20e arr., Georges.

Banlieue

1re section, MM. Montalti ; 2e s., Girerd ; 3e s., Bouchot ; 4e s., Perraudeau ; 5e s., Le Clerc.

L'ordre du jour de l'Assemblée étant très chargé, les rapports des différents chefs de service seront publiés avant le 29 novembre pour que vous puissiez en prendre connaissance.

Il sera nécessaire de discuter le *secret profes-*

sionnel ; il y a intérêt pour tous les médecins à faire bloc sur ce point.

Je vous rappelle, mon cher confrère, que le Conseil nouveau se réunira le 5 décembre, à 9 h., du soir, au siège social, et que l'article 11 des statuts dit :

Tous les membres du syndicat ont le droit d'assister à cette réunion, mais ne peuvent prendre part à la discussion ni au vote. Ceux qui désirent être entendus par le Conseil doivent en faire la demande écrite au Président huit jours à l'avance.

Vous trouverez ci-joints, mon cher confrère, une liste des sociétés de prévoyance médicale et un bulletin d'adhésion que nous vous serions obligés de faire signer par un confrère non syndiqué. Nous devons être nombreux si nous voulons être écoutés.

Veuillez agréer, mon cher confrère, l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

Pour le conseil et par ordre,

Le secrétaire général :

Dr A. GUILLEMONAT.

Syndicat médical de la Dordogne

Extrait du compte rendu de la réunion du 26 *mai* 1908 (*suite.*)

« Nous avons reçu 34 réponses se traduisant ainsi :

« I. — 1. Rétribution par abonnement : 9, dont 5 avec opérations en sus (sans parler du libre choix), et 4 avec libre choix.

« 2. Forfaits : 2, sans parler d'opérations en sus ni de libre choix.

« 3. Visites : 23, dont 2 avec tarif chirurgical prévu et 21 avec tarif chirurgical de gré à gré avec le client.

« II. — Sur ces 34 réponses, 32 désirent nettement le *libre choix* et le *paiement à la visite* avec tarif chirurgical en sus ; 2 ne font pas de réponse à ce sujet.

« De l'étude de ce questionnaire, il ressort que nous sommes unanimes pour demander le paiement à la visite, le libre choix du médecin et le tarif chirurgical.

« Nous n'avons pas été étonnés de ce résultat, vu la légitimité de nos revendications, mais il s'agit de conclure.

« Le système à forfait, qui consiste à allouer une subvention annuelle à un ou plusieurs médecins choisis par la Société, est contraire à la fois à la dignité de notre profession et au principe intangible du libre choix du médecin par le malade.

« Le tarif à l'abonnement, consistant à attribuer au médecin une somme fixe par tête de sociétaire, malade ou non, est illogique, immoral et attentatoire à la liberté de l'individu.

« Il est illogique, en effet, de travailler pour des honoraires aléatoires dont la quotité est sous la seule dépendance d'une épidémie ou des caprices d'une clientèle. Il est immoral, par ce fait que plus le médecin travaille, plus il fait de visites, moins il est rétribué. L'abonnement n'a pas été accepté pour les accidents du travail, ni pour l'assistance médicale gratuite. Il a été repoussé à la tribune de la Chambre par M. Albert Poulain et par M. Ricard, président de la Société d'Assurance et de Prévoyance sociales. Il est attentatoire à la liberté, parce qu'il restreint le choix du mutualiste à un nombre limité de médecins.

« Ce mode de rétribution ne saurait être admis.

« Certaines sociétés invoquent, en faveur de l'abonnement, le fait qu'elles peuvent ainsi établir par avance leur budget d'une façon certaine. On peut répondre à ceci que les honoraires médicaux payés par abonnement ne forment qu'une faible partie des dépenses. Les Sociétés peuvent-elles prévoir les frais de médicaments et d'indemnités alimentaires, etc. ?

« Le système à la visite, avec paiement intégral par la Société, offre l'énorme avantage de permettre toujours le choix du médecin, et les Sociétés reconnaissent qu'avec ce système les soins donnés aux mutualistes sont plus empressés et plus sérieux qu'avec l'abonnement. Ces deux arguments suffisent amplement pour répondre à toute critique.

» C'est pourquoi la commission mixte médico-mutualiste, réunie en 1907 sous la haute présidence de M. Emile Loubet, avec des représentants de la Fédération générale de la Mutualité tels que MM. Mabilleau, Jean Hebrard, Keller, Mirouel, et des représentants de l'Union des Syndicats médicaux de France tels que MM. Gairal, Lereboullet, Jeanne, de Grissac, Diverneresse, etc., a constitué un projet de résolution nous donnant toute satisfaction, car elle accepte, en principe, le système à la visite, avec libre choix du médecin. D'autre part, elle émet le vœu d'un Conseil arbitral départemental où siègeront en nombre égal des représentants du corps médical et des représentants des Unions de Sociétés, sous la présidence d'une personnalité réunissant l'unanimité des suffrages et choisie, autant que possible, parmi les personnes ayant une compétence juridique.

« Cette importante résolution, provenant de personnages si qualifiés, établit la mise au point de la question médico-mutualiste et éloigne tous les sentiments, ou trop intéressés, ou trop passionnés, pouvant envenimer une question éminemment pacifique et raisonnable.

« Nous avons donc maintenant, mes chers Confrères, le droit de conclure et de vous faire les propositions suivantes, qu'il nous faudra défendre, avec votre approbation et votre aide, devant les Sociétés mutuelles de notre département :

« 1° Libre choix, toujours, du médecin ;

» 2° Paiement à la visite, avec un rabais à établir (pouvant s'élever à 25 %) sur le prix minimum ordinaire de la visite et de la consultation ;

« 3° Tarif chirurgical accepté par la Société ; basé sur le tarif Dubief ;

« 4° Ticket médical.

« Afin d'éviter toute critique ou toute suspicion au sujet des visites plus ou moins fréquentes du médecin, nous proposons la création d'un carnet de tickets vendus par la Société aux malades aux prix de 0 fr. 25 le ticket. (Proposition de MM. Bolliet et Albertin, de Lyon.) — Par ce paiement, la cotisation des sociétaires ne se trouvera que très légèrement augmentée et le mutualiste, forcé de dépenser quelque chose à la visite du médecin, saura bien modérer les visites trop fréquentes ou intempestives, si jamais elles se produisent. »

La lecture du rapport très documenté du Dr Duponchel a été suivie d'une longue discussion. A propos du libre choix et du payement à la visite, l'opinion générale des confrères qui assistaient à la réunion a été la même que celle qui s'était manifestée dans les réponses à notre questionnaire. Les médecins de la Dordogne désirent, à la presque unanimité, le libre choix du médecin par le sociétaire, le payement à la visite avec tarif chirurgical.

Sur la question du tarif à établir comme prix de la consultation et de la visite, la discussion s'est terminée sans qu'il ait été pris une décision ferme. Les raisons de cette hésitation sont faciles à donner. Les Sociétés qui, dans le département,

payent le médecin à la visite ont des tarifs très inégaux et qui vont de cinquante centimes à deux francs. Demander d'emblée deux francs par visite à toutes les sociétés mutuelles du département, c'est se heurter à de très grosses difficultés, rompre peut-être trop brusquement de vieilles habitudes, et pour arriver à généraliser ce tarif, il faudrait, entre tous les médecins, une entente parfaite qui n'existe pas encore. D'un autre côté, établir un tarif syndical inférieur à deux francs, c'est faire table rase des résultats obtenus par les vaillants confrères qui ont réussi, après combien d'efforts, à faire accepter ce prix de deux francs par leurs Sociétés.

Il résulte donc de la discussion qu'à l'heure actuelle, la question des Sociétés de Secours mutuels, en ce qui concerne les tarifs, ne peut être tranchée par le Syndicat départemental. C'est aux Syndicats locaux qu'il appartient d'ouvrir la discussion avec lesSociétés mutuelles et d'élaborer un tarif à la visite en tenant compte des intérêts des deux parties qui ne sont pas incompatibles. Ce tarif élaboré, le Syndicat local et le Syndicat départemental agiront de concert pour le faire accepter. Sur le désir exprimé par les Syndicats locaux, le travail du Dr Vimont : *Le service médical des mutualités*, sera envoyé aux Présidents, aux membres des bureaux et aux sociétaires désignés par les confrères. Ce travail est une œuvre de propagande bien comprise en faveur du libre choix et du payement à la visite.

Il n'a pas été possible de s'entendre sur le point de savoir si les honoraires médicaux devaient être intégralement payés par les Sociétés ou si une partie devait en rester à la charge des sociétaires. Le système des tickets, qui, en même temps qu'il facilite le contrôle, oblige le sociétaire à payer lui-même une petite partie des frais médicaux, a semblé réunir la majorité des suffrages. Mais ce sont là des questions de détail et qui devront être résolues peut-être différemment suivant les régions et les préférences des médecins et des mutualistes. Il faut retenir ce fait qui se dégage nettement de la discussion comme de la consultation des confrères, c'est que les médecins de la Dordogne désirent le libre choix et le payement à la visite. Mais il ne suffit pas de désirer platoniquement : pour obtenir, il faut vouloir, il faut que les confrères de chaque région s'entendent, se syndiquent pour obtenir des prix, les faire accepter et au besoin les imposer.

. . . .

Encore la question de l'assistance.... et ce n'est pas la fin.— Pour la quatrième fois, et ce n'est pas la dernière, le 17 septembre 1908, la question de l'assistance médicale a été mise à l'ordre du jour des séances du Conseil général.

Nous n'aurions jamais pensé, en portant devant le Conseil général les vœux du corps médical de la Dordogne, que dans une assemblée où les médecins sont si nombreux, des revendications si modestes soulèveraient tant de difficultés, rencontreraient devant elles tant d'obstacles.

En vérité, quand on se rappelle cette séance du 17 septembre dernier et qu'on sait l'objet de la discussion, on reste surpris de la longueur de l'ampleur des débats.

La question, cependant, n'était pas d'importance capitale, et de celles qui menacent de désorganiser les finances du département. Il s'agissait de savoir si on payerait à des médecins, pour le service de l'assistance, l'indemnité kilométrique qui est accordée à des facteurs pour le service du télégraphe.

Après dix-huit mois d'études, la question pouvait paraître mûre et devoir être facilement résolue.

Résumons-la en quelques mots :

A la session d'avril 1907, le corps médical porte devant le Conseil général la question du relèvement des tarifs de l'assistance médicale et chirurgicale gratuite. Le Conseil général renvoie la question à la Commission de l'assistance et le Dr Jammes est chargé de fournir un rapport.

A la session d'août 1907, sur les conclusions du rapport du Dr Jammes et de la commission de l'assistance, le Conseil général vote un tarif chirurgical élaboré de concert avec le Syndicat. Malgré l'intervention énergique de nos confrères Pozzi, de Laurière et d'autres, le Conseil refuse de prendre une décision en ce qui concerne le tarif kilométrique. Il décide de consulter les communes et charge le Dr Jammes d'évaluer la dépense supplémentaire qu'occasionnerait l'application du nouveau tarif.

A la session d'avril 1908, le Dr Jammes répond, dans son rapport, que la dépense supplémentaire s'élèverait à trois mille francs environ, et le referendum aux communes est favorable aux revendications du corps médical. Cependant la question est à peine abordée en séance et la décision du Conseil est ajournée à la session de septembre.

En raison de cet ajournement, du temps déjà consacré par le Conseil à l'étude de la question, du résultat étonnant du referendum, de la modicité de la dépense supplémentaire en comparaison des services rendus par le corps médical, il nous paraissait que nos revendications si modestes, si justifiées, ne trouveraient plus personne pour les combattre et que, sans discussion, satisfaction allait nous être enfin donnée.

La discussion a duré trois heures et, pour ne pas nous laisser aller à des appréciations personnelles, voici le compte rendu qu'en a fait l'*Avenir de la Dordogne* dans le numéro du 19 septembre 1908 :

M. Denoix lit son rapport sur l'assistance médicale gratuite. Il insiste sur la nécessité, pour les médecins et pharmaciens, de présenter leurs notes dans les délais : c'est ainsi seulement que l'on pourra éviter les contingents arriérés. Les dépenses augmentent sans cesse et presque dans la proportion où le nombre des malades diminue. On avait tablé sur 30.000 assistés : il n'y en a que 14.168. Qu'aurait-on dépensé si ces prévisions s'étaient réalisées ! Quant aux frais, ils avaient été prévus à sept francs par malade et ils s'élèvent à quatorze francs. Cependant les médecins demandent une augmentation de tarif ; mais n'est-il pas à craindre, étant donnée l'élévation des dépenses, que, pour certains médecins, la loi sur l'assistance médicale gratuite soit devenue un moyen de suppléer à une clientèle absente ? Il y aurait donc peut-être lieu de recourir au système de l'abonnement. Si le conseil adopte le principe, il sera facile d'en évaluer le coût. Les pharmaciens aussi réclament, quoique la somme payée pour les médicaments ait augmenté.

La commission ne peut faire de proposition à cet égard tant que la question de principe n'est pas tranchée. Pour le surplus, elle est d'avis de porter le crédit, pour 1909, à 105.000 francs. Pour les médicaments et les frais de contrôle, les mêmes crédits sont maintenus.

M. Sireyjol examine les revendications du corps médical ; le prix des opérations a été relevé : il reste à s'occuper de l'augmentation de vingt-cinq centimes pour le prix des visites et du relèvement du tarif kilométrique. On a procédé à une consultation des communes : il semblait qu'elle dût être écrasante pour les médecins : en

Correspondance hebdomadaire
(*Suite*).

Si non, qu'y a-t-il à faire ?
Réponse. — Cette disposition n'est légale que pour les assurances concernant les risques non assujettis aux lois spéciales aux accidents du travail.

Dr L. P., à G., à *Concours*. — Parcourant le no 46 du *Concours Médical*, je suis étonné d'y lire page 826, le no 15 ; étonné parce qu'il y a deux mois environ, dans sa correspondance hebdomadaire, le journal m'a dit absolument le contraire : le prix de la visite-étalon est celui de la localité où le médecin opère et non celui du pays où il habite.

Je serais tout particulièrement obligé à la rédaction de me fixer de façon ferme dans un prochain numéro.

Réponse. — C'est le médecin qui porte partout où il se transporte le prix de la visite étalon déterminé par sa résidence. Un jugement que nous allons publier incessamment en a ainsi décidé. La question était jusqu'ici controversée.

Dr R., à St-M. à *Concours* — Permettez à un abonné fidèle du *Concours* de vous demander votre avis au sujet d'une question qui intéresse certainement bon nombre de nos confrères.

Un médecin, comme tout citoyen français, est tenu d'acquitter à certaines époques ses contributions. A ce point de vue, il est débiteur envers l'Etat. Mais dans un grand nombre de cas, ce même médecin est créancier de ce même Etat pour une somme dépassant largement (parfois dix fois), le montant total de ses contributions. En effet, le médecin est souvent chargé de différents services publics tels que : Assistance médicale gratuite, inspection des écoles, et des enfants du 1er âge, vaccinations, etc.

Inutile de dire, n'est-ce pas, que le département, la commune et l'Etat, ne s'empressent pas de payer ces services, au comptant, mais pour leurs propres commodités, préfèrent infiniment faire languir le médecin le plus longtemps possible et parfois la moitié de l'année se passe et au-delà sans que le médecin est obtenu le

Suite page XIV.

tenant compte des abstentions, elle a été plutôt favorable.

M. Denoix a signalé l'augmentation des dépenses: elle est justifiée par les services rendus. Au moment où l'on parle tant d'améliorer la situation des fonctionnaires, il faut penser aux médecins qui sont instruits à leurs frais et exercent leur profession à leurs risques et périls. Beaucoup, après une longue existence de travail, tombent dans la misère. Et cependant, à chaque loi sociale que l'on vote, on fait appel au dévouement des médecins, à leur labeur et à leur bourse.

M. Sireyjol demande à ses collègues de repousser l'abonnement : son adoption serait un recul. L'abonnement est repoussé par les groupes médicaux, la difficulté de répartir les circonscriptions est presque insoluble. Et puis, il est une considération dont il n'a pas été tenu compte, c'est celle de la liberté du médecin et de la liberté du malade. Au nom de la dignité du médecin et du malade, M. Sireyjol demande au Conseil de repousser l'abonnement.

M. Pozzi n'a plus rien à dire après M. Sireyjol, qui a éloquemment traité la question. Il s'associe pleinement à ses paroles. L'argument de la liberté est péremptoire. De plus, il s'agit de répondre en termes précis à la demande du Syndicat médical. Les adversaires de la proposition, sentant le terrain se dérober sous leurs pieds, ont voulu donner le change en changeant la question. Cette diversion ne saurait réussir.

M. de Laurière fait observer que M. Denoix a oublié, en signalant l'augmentation, de signaler l'abus des inscriptions imputables à certaines municipalités. Veut-on faire l'assistance sur le dos des médecins ? Ils paient un tribut assez considérable à la charité publique pour qu'on fasse droit à leurs revendications.

M. Victorieux parle au nom des pharmaciens : ceux-ci fournissent des médicaments d'après un tarif moins rémunérateur qu'en beaucoup d'autres départements. Depuis que ce tarif a été élaboré, les prix des médicaments ont augmenté et la concurrence a rendu l'existence plus difficile aux pharmaciens. On impose à ceux-ci, sur le tarif, une réduction de 10 % dont ils demandent la suppression. Ne pourrait-on leur donner une demi-satisfaction, en abaissant la réduction à 5 % ? Il en résulterait une augmentatin de dépense de 2.000 francs, qui serait bien vite rattrapée, si les médecins s'appliquaient à ne prescrire que les remèdes indispensables.

M. de Laurière proteste au nom des médecins qui ne consultent que leur conscience en formulant leurs prescriptions.

M. Pozzi demande que l'on ne confonde pas les deux questions, et qu'on s'occupe d'abord des médecins.

M. Sireyjol constate que depuis longtemps les médecins demandent une plus juste rémunération de leurs frais et de leur perte de temps : en ce qui les concerne, la question est mûre. Pour les pharmaciens, une étude de leurs réclamations s'impose.

M. Magimel a le souci de l'intérêt des contribuables et il réclame le *statu quo*. Il s'étonne, au surplus, qu'un syndicat de médecins se dresse contre l'État, le département et les communes. Cette attitude est illégale, aux termes de la loi de 1892.

M. Deschamps se préoccupe, lui, de l'avenir des malades : il connaît une commune où les malades ne peuvent avoir les soins d'un médecin.

M. Sireyjol fait observer que les trois médecins qui soutiennent la demande de leurs confrères peuvent le faire en toute liberté, car ils ne s'inspirent pas d'un intérêt personnel ; l'un d'eux n'exerce plus et les deux autres, par leur situation, n'ont pas à se préoccuper de la rémunération des soins qu'ils pourraient être appelés à donner aux indigents. Mais le médecin de campagne est un prolétaire, qui doit vivre et faire vivre sa famille. Il a été très étonné d'entendre dire que certains refusent de donner leurs soins ; il connaît trop les médecins et leur dévouement pour croire à cette allégation. Mais on ne peut leur imposer de faire des kilomètres à un prix que ne voudrait pas accepter un charretier.

M. Lanauve invoque l'intérêt des contribuables et demande à M. Denoix, rapporteur, des renseignements sur l'abonnement. M. Denoix répond qu'il les donnera lorsque les adversaires de l'abonnement auront fini de présenter leurs objections.

M. Sireyjol rappelle que l'abonnement fut discuté et repoussé en 1894. En consultant les communes, on leur a confié le soin de trancher la question. Il n'y a plus qu'à s'en remettre à leur décision.

M. Pozzi déclare que la proposition d'abonnement est une diversion tentée dans un but d'obstruction.

M. de Laurière demande si l'on prétend faire un nouveau référendum et renvoyer la solution aux calendes grecques ?

M. Magimel est d'avis que, si l'augmentation des dépenses est provoquée par des abus, il ne faut pas hésiter à rendre responsables les communes qui ont fait des inscriptions indûment et les médecins qui font des visites abusives.

M. Denoix, rapporteur, prend alors la parole pour donner des éclaircissements sur la question. Il résumera donc les explications qu'il a données dans son rapport.

Les communes sont co-associées, pour les dépenses de l'assistance, avec le Département qui donne plus qu'elles, et l'Etat qui donne, à lui seul, plus que les Communes et le Département. Or, on remarque dans les dépenses une progression qui donne fort à réfléchir. Le nombre des malades diminue et le chiffre des dépenses augmente. Le prix de revient de l'assistance pour chaque malade est passé de sept à vingt francs, On voit à quel point cette progression est dangereuse.

M. Jammes, dans son rapport, en a indiqué les causes, mais il n'a pas conclu. C'était cependant à lui, fonctionnaire, de faire des propositions correspondant à ses observations. C'était à lui qu'il appartenait de faire le rapport que M. Denoix a accepté de présenter au nom de la commission des finances : la tâche n'est, certes, pas agréable au rapporteur, et cependant il n'a pas hésité à en assumer la responsabilité.

Certes, le nouveau tarif ne serait pas exagéré. Mais ce qui effraie le rapporteur, c'est la progression des dépenses, c'est la tentation pour le médecin de visiter le malade dont le domicile se trouve sur son chemin.

On a parlé du refus de visiter les malades que pourrait opposer le Syndicat des médecins au vote de l'abonnement. Il rappelle, à titre d'exemple, que, dans la Somme, une menace du même genre fut mise à exécution : la dissolution du Syndicat fut la conséquence de l'acte.

Le rapporteur se rappelle une époque où ses collègues et lui n'hésitaient pas à se lever la nuit, pour visiter un malade dont ils savaient fort bien n'avoir à attendre aucune rétribution ; ils allaient le voir, cependant, et même ils laissaient une pièce blanche pour aider à payer les médicaments. Aujourd'hui les temps sont changés ; les

médecins sont devenus plus pratiques. Est-ce plus honorable ? Il ne le recherche pas.

Quoi qu'il en soit, en Corrèze, le système de l'abonnement fonctionne à merveille. Le prix est fixé à dix centimes par tête d'habitant et les médecins se sont parfaitement entendus pour la délimitation des circonscriptions. Dans les villes on a établi un roulement. Et la liberté du malade n'est nullement compromise.

Les honoraires pour les opérations ne figurent naturellement pas dans ce tarif. En les ajoutant au produit de l'abonnement, ils rendent la rémunération suffisante. M. Denoix espère donc que le Syndicat des médecins de la Dordogne acceptera l'abonnement, que l'organisation du service se fera sans difficulté sérieuse et qu'ainsi tous les mauvais bruits cesseront.

M. Pozzi est sensible à l'argument de la progression, mais cette progression vient-elle de l'abus des visites ? C'est ce qu'il faudrait démontrer. En attendant, il faut savoir si le Syndicat des médecins acceptera l'abonnement et il demande à M. de Laurière, conseiller général, s'il pourrait faire connaître l'opinion de M. de Laurière, président du Syndicat de Périgueux.

M. de Laurière déclare que le Syndicat n'acceptera pas l'abonnement.

M. Sireyjol fait observer qu'avec le système de l'abonnement les inscriptions abusives sont à craindre et qu'il peut en résulter d'incessants conflits ente les maires et les médecins.

M. Denoix répond à M. Pozzi que la progression est dans le nombre des visites, qui se traduit par une progression des dépenses. Les charges augmentent, alors que le nombre des malades décroît : donc il y a des abus. La grosse question est dans la liberté du malade ; mais il y a une limite à tout. Par exemple, pour l'assistance judiciaire, les avocats sont désignés d'office.

M. Garrigat se demande s'il n'y aurait pas lieu de chercher une solution transactionnelle et d'ajourner la solution.

M. Pozzi. — Voilà ce que j'avais dit ; diversion, obstruction.

M. Sireyjol fait observer que la demande des médecins ne se chiffrerait que par une augmentation de 3.000 francs.

M. Denoix. — Il ne s'agit pas de 3.000 francs ! Je suis tout prêt à demander le vote de 4.000 francs, si on veut me garantir que la progression s'arrêtera. Mais encore une fois, c'est la progression qui m'effraye et qu'il faut arrêter. Qu'on vote donc l'abonnement et que l'on prépare les circonscriptions, d'accord avec le Syndicat médical. Pendant ce temps, le système actuel demeurera en vigueur et si, au moins d'avril prochain, on ne s'est pas entendu, on trouvera une solution satisfaisante.

J'ai confiance en M. de Laurière pour arriver à un bon résultat. Il va sans dire que le chiffre de dix centimes par tête d'habitant n'a été donné qu'à titre d'indication. Ce sera aux délégués du Syndicat médical de s'entendre pour le chiffre avec l'Administration. En même temps, comme corollaire, on examinera la réclamation des pharmaciens.

Pendant que M. Denoix formule des conclusions écrites en ce sens, M. Réty donne lecture d'un projet de loi sur les fraudes pour lequel le gouvernement demande l'avis du Conseil général. — Un avis favorable est émis.

On vote alors au scrutin public sur un amendement de MM. de Laurière, Pozzi et Sireyjol demandant que le prix de la consultation soit fixé à un franc et le tarif kilométrique à cinquante centimes par kilomètre aller. L'amendement est repoussé par treize voix contre treize.

Ont voté pour l'amendement Pozzi, Sireyjol, de Laurière :

MM. Dr Beaucoumps	MM. Dr Pozzi
Dr Capette-Laplène	Dr Sarrazin
Dr Devillard	Dr Sireyjol
Dr Eymery	Faucon
Dr Laborie	Vasset
Dr Luzié	Victorieux

Ont voté contre l'amendement :

MM. Dr Denoix	MM. Lanauve
Bouquet	Léonardon
Combescot	Magimel
Delrieu	Puyjarinet
Deschamps	Requier
Garrigat	Rey
Javersac	

On adopte ensuite, par 14 voix contre 12, les conclusions du rapport de M. Denoix, ainsi formulées :

« Le conseil décide d'instituer dans le département le système de l'abonnement en remplacement du système kilométrique.

« Le Syndicat médical sera invité à désigner quatre de ses membres qui collaboreront avec l'administration préfectorale pour établir sur des bases acceptées par les deux parties les conditions de cet abonnement.

« Au mois d'avril, le Conseil statuera sur le projet établi. En attendant, le système actuel continuera à fonctionner. »

Les médecins de la Dordogne apprécieront comme ils l'entendront l'intervention de M. Denoix : nous ne voulons en faire ici aucun commentaire. Mais quelle que soit la respectueuse sympathie que nous éprouvions personnellement pour M. Denoix, il nous permettra bien de lui faire remarquer, puisque dans le cours de la discussion il a rappelé sa qualité de médecin syndiqué, qu'il eût été sans doute plus conforme à l'esprit syndical et confraternel de nous exposer son programme dans une de nos réunions syndicales, au lieu de nous le laisser ignorer pour l'opposer, au Conseil général, à des revendications soutenues par tout le corps médical de la Dordogne. Le résultat du vote indique du reste nettement à M. Denoix qu'il est allé contre les aspirations du corps médical, puisque malgré l'ardeur et l'habileté de son argumentation il n'a pu convaincre un seul de nos confrères et que tous les conseillers généraux médecins ont voté contre ses conclusions.

La tâche nous est plus facile et plus agréable quand il s'agit d'adresser des *remerciements et* l'expression de notre reconnaissance à nos vaillants confrères les Drs Pozzi, Sireyjol et de Laurière. Le compte rendu des débats ne donne qu'une idée bien imparfaite du zèle qu'ils ont déployé, des efforts qu'ils ont tentés pour entraîner l'opinion du conseil général. Leur situation personnelle pouvait les rendre cependant indifférents au résultat du vote. Sans se soucier des contre-coups qu'ils pouvaient en recevoir (il y a toujours quelque danger, dans une assemblée politique, à combattre hardiment) ils ont pris fait et cause pour nous. Que le corps médical de la Dordogne ne l'oublie pas !

Ainsi, en dépit du talent dont ils font preuve, nos amis n'ayant obtenu pour leur amendement que 13 voix contre 13 voix, l'amendement a été repoussé et le système à l'abonnement proposé par M. Denoix a été adopté.

En quoi consiste ce système ? M. Denoix, effrayé de l'augmentation toujours croissante des dépenses d'assistance, voudrait, par l'abonnement, mettre un terme à cette progression. Il

propose de payer les frais médicaux d'assistance à raison de dix centimes par habitant ; les frais chirurgicaux seraient payés en plus au tarif récemcemment voté. Ce sytème fonctionne tel quel dans le département de la Corrèze, et M. Denoix prétend qu'il fonctionne à la satisfaction de tous. Nous avons vu nos confrères corréziens et ils sont loin de partager l'enthousiasme que leur prête M. Denoix pour l'abonnement à dix centimes.

M. Denoix tient surtout à son système parce qu'avec l'abonnement, le quantum de la dépense une fois fixé, ce chiffre resterait stationnaire. Ainsi serait évitée la progression des dépenses, d'autant plus inadmissible, dit M. Denoix, que le nombre des inscrits diminue. Quelques mots à ce sujet. Il faudrait obliger les maires à délivrer une feuille de maladie à chaque malade. Nous savons que les maires se contentent de délivrer une carte d'assistance et une feuille de maladie pour toute une famille et qu'ils invitent les médecins à inscrire sur la même feuille les visites faites à des malades différents. Il n'est pas étonnant, dans ces conditions, que la dépense par tête d'inscrit ait paru sensiblement augmenter : nous signalons cet abus, et nous espérons qu'avec le concours du corps médical l'Administration saura le réprimer.

Revenons à l'abonnement. M. Denoix a affirmé que le chiffre de dix centimes par habitant n'était cité par lui qu'à titre d'exemple, que ce chiffre n'avait rien d'absolu, et, dans un beau geste, il a fait appel à la collaboration du Syndicat pour établir les conditions définitives de cet abonnement.

Nous n'ignorons pas quels seraient pour nous les avantages du système. D'abord, plus de notes à établir, et surtout, et c'est là incontestablement un idéal très séduisant, la possibilité d'établir, avec la somme forfaitaire votée par le département, une Caisse de retraites analogue à celle qui fonctionne dans le département du Lot-et-Garonne.

Dans le département du Lot-et-Garonne, l'Administration a passé un contrat avec le Syndicat médical : c'est le Syndicat médical qui assure le service de l'assistance pour une somme forfaitaire de 45.000 francs par an. Le département du Lot-et-Garonne comptant 278.000 habitants, le chiffre de l'abonnement ressort à un peu plus de seize centimes par habitant. Avec cette somme de 45.000 francs qui lui est payée tous les ans, le Syndicat du Lot-et-Garonne a établi une Caisse de retraites de droit pour les médecins âgés et une Caisse de pensions de droit pour les veuves, les orphelins et les malades.

Les médecins du Lot-et-Garonne ont accompli là un acte de solidarité confraternelle qui les honore et qui provoque vraiment l'admiration. Fait peut-être unique, dans une question de cette importance et où tant d'intérêts divers se trouvaient engagés, sur 126 médecins exerçant dans le Lot-et-Garonne et sollicités d'adhérer au Syndicat pour traiter avec le Conseil général, 126 médecins donnèrent leur adhésion et le contrat fut passé.

Ce contrat date de 1904. La Caisse fonctionne à merveille : les résultats sont admirables. Tous les droits sont sauvegardés, et les médecins du Lot-et-Garonne ne verront plus ce triste spectacle : une veuve, un vieux confrère dans la misère obligés de mendier un secours.

Pourrions-nous réaliser en Dordogne une œuvre semblable? La chose n'est pas impossible et pour arriver à ce résultat, nous serions disposé personnellement à bien des concessions. Mais obtiendrons-nous du Conseil général que l'abonnement soit fixé à seize centimes par habitant comme dans le Lot-et-Garonne, ce qui représenterait une somme globale de 76.000 francs en chiffres ronds, alors que la somme payée aux médecins pour le service de l'assistance n'a jamais dépassé 37.000 francs. Il est permis d'en douter, et nous serions heureux d'avoir à ce sujet l'opinion de M. le sénateur Denoix.

Ce n'est cependant que dans l'espoir de pouvoir réaliser les œuvres de prévoyance dont nous sommes si fervent partisans que nous accepterions le système de l'abonnement, car contre ce système les objections sont nombreuses.

Le principe de l'abonnement a été condamné au Congrès de Paris et au Congrès de Lille, qui se sont prononcés pour le libre choix et le payement à la visite, et ce système conserve toujours nos préférences.

Et d'un autre côté, ne verrait-on pas avec l'abonnement s'allonger indéfiniment la liste des assistés ? Sur ce point nous pourrions avoir peut-être des garanties. D'abord le médecin devrait toujours être convoqué quand seraient établies les listes d'assistance, et pour inscrire un malade malgré l'opposition du médecin, il devrait en être référé au préfet. Nous devrions aussi obtenir que les admissions d'urgence soient supprimées ou plutôt que, dans ces cas, les frais médicaux ne soient pas compris dans le forfait et que le médecin soit payé à part sur le taux de nos revendications actuelles.

Il ne faut pas se dissimuler aussi que bien des difficultés résulteraient des limitations de zones, des circonscriptions médicales à établir. Mais ces difficultés ont été résolues ailleurs. Il faudrait, pour les aplanir, beaucoup de bonne volonté réciproque et la preuve d'un esprit vraiment confraternel.

Nous demandons à nos confrères de bien réfléchir à cette possibilité de caisse de retraites et de caisse de pension pour les veuves, les orphelins et les malades et de nous formuler leurs observations à la suite des réponses au questionnaire qui leur est envoyé.

Quoi qu'il en soit, le Conseil général a demandé au Syndicat de nommer quatre délégués pour étudier, de concert avec l'Administration, le système de l'abonnement proposé par M. Denoix. Nous devons nommer ces délégués et fixer leur mandat. La parole est au corps médical de la Dordogne.

TRIBUNE DES CORRESPONDANTS

Oyonnax, 20 novembre 1908.

Mon cher confrère,

Je viens vous prier d'annoncer dans le *Concours* la vacance du poste médical de Dortan. Pour les renseignements, s'adresser au Secrétaire du Syndicat des médecins du Bugey et du pays de Gex. Moi-même, j'ai reçu plusieurs demandes pour le poste d'Hotonnes que j'ai fait annoncer ; beaucoup, les renseignements reçus, m'ont remercié, car ils ont confiance dans un syndicat, alors que plusieurs d'entre eux avaient été trompés par des promesses fallacieuses puisées à d'autres sources. En outre, en se chargeant officiellement des démarches pour faire avoir à un titulaire un poste vacant, le syndicat apprend à se faire connaître et respecter par des collectivités, comme

les sociétés de S. M., ce qui n'est pas à dédaigner.
Inutile de vous dire l'excellent souvenir que j'ai rapporté de Paris ; ce ne serait qu'une redite. Si nos confrères de province connaissaient votre manière de recevoir, nos salles de réunion, à Paris, seraient bientôt trop petites.

Bien cordialement à vous,

Dr Boudin.

LA SEMAINE MÉDICALE

Empoisonnement par le sublimé.

Les empoisonnements par le sublimé sont moins fréquents par les solutions que par les pastilles comprimées, que l'on vend aujourd'hui à profusion. Les solutions sont, en effet, fort détestables au goût, les comprimés sont faciles à avaler avant qu'ils aient commencé à fondre dans la bouche.

M. Netter, médecin de l'hôpital Trousseau, à Paris, a fait récemment à la Société du 6e arrondissement une communication fort pratique sur un cas de ce genre :

« Un jeune homme de 18 ans, avait ingéré le 5 juillet, 2 pastilles de sublimé de 1 gramme chacune. Dès les premières douleurs, on administra de l'ipéca qui fit évacuer une grande partie du poison ; néanmoins, du 5 ou 9 juillet, il y eut des vomissements marc de café, et pendant ce laps de temps, la diurèse fut à peu près nulle. M. Netter conseilla l'administration de macération rénale, et de sels de chaux.

« Le 10 juillet, il n'y avait pas de changement ; le 11, on fit des injections de sérum marin et à ce propos M. Netter fait remarquer que ce sérum lui paraît préférable au sérum physiologique, parce qu'il contient d'autres sels que le chlorure de sodium.

« Ce sérum marin fut administré en injections de 250 grammes répétées deux fois par jour et en lavements biquotidiens de 500 grammes. On fit ingérer aussi par la bouche 40 grammes de sérum sanguin, en quatre doses par jour, et ce, dans le but d'arrêter l'hémorrhagie stomacale. La durée du traitement fut de vingt jours ; au bout de ce temps, la diurèse s'établit et le taux des urines monta jusqu'à 3.500 grammes ; les hémorrhagies, qui étaient très abondantes, s'arrêtèrent. L'anurie avait duré huit jours, les hémorrhagies, douze jours. Actuellement, l'état est satisfaisant et tout fait penser que la convalescence se poursuivra sans encombre.

« A remarquer que la stomatite fut peu intense, qu'elle ne parut qu'au septième jour et qu'elle fut localisée à la face inférieure de la langue.

« Comme conclusion, M. Netter fait remarquer que l'évolution de cet empoisonnement fut classique, mais les douleurs furent peu vives et les accidents furent plutôt stomacaux qu'intestinaux. »

M. Netter insiste, au point de vue thérapeutique, sur la grande efficacité des injections de sérum marin et de l'administration de sérum sanguin par la bouche. L'abondance du tissu adipeux est une bonne condition de résistance à l'empoisonnement par le sublimé..

Le bromural

Le catalogue des médicaments hypnogènes, déjà bien pourvu, vient de s'enrichir d'un nouvel hypnotique : le bromural.

Cette substance est un Y monobromiso-valérianylate d'urée ; sa formule est:

$$\begin{matrix} CH^3 \\ CH^3 \end{matrix} > CH - CHBr - COAzH - COAzH^2$$

elle est obtenue par une double combinaison : union du groupe carbonyle à des éléments amides, l'urée par exemple, puis introduction d'atomes halogènes (brome, chlore), dans le groupe méthyle. Seule, la combinaison bromée présente de l'activité et donne le bromural. Quant au principe calmant, il ne doit pas être attribué à l'atome de Br qu'il contient, mais au groupe isopropyl, existant dans la molécule d'acide valérianique et s'y renforçant. C'est une poudre cristalline blanche, d'aspect soyeux, de saveur légèrement amère, peu soluble dans l'eau froide, plus soluble dans l'eau chaude, l'éther, l'alcool, l'huile, etc. Son odeur rappelle à un faible degré celle de l'acide valérianique. Son point de fusion est de 145° et la fusion est précédée du ramollissement de la substance.

Le bromural est un hypnagogue, qui agit rapidement au bout de cinq à dix minutes, et qui, à doses somnifères, n'a pas d'effets secondaires nuisibles ; il exerce une action élective sur le cerveau, en laissant le bulbe et la moelle intacts. Il n'a pas d'effets cumulatifs et n'irrite pas l'estomac ; de même, les cardiaques n'en sont pas incommodés. On ne constate jamais, le lendemain, de somnolence, ni ne lourdeur de tête, ni d'obnubilation.

Chez les enfants, des doses de 0,60 c.g. à *un* gramme sont très bien supportées sans troubles stomacaux, ni sécréteurs. L'usage prolongé n'entraîne pas l'accoutumance ; des enfants ont pris 1 gramme de bromural pendant plus de dix jours sans aucun malaise. Bien que Würschmidt ait signalé une éruption chez une hystérique, après la prise de 60 centigrammes de bromural, nous avons cependant eu l'occasion de voir supporter sans aucun malaise, sans aucune manifestation, des doses de 2 grammes de bromural pendant huit jours par une jeune fille, chez qui l'administration de 4 grammes de bromure avait occasionné une éruption d'acné bromique assez violente.

Enfin, la narcose, obtenue avec d'autres hypnotiques, n'existe pas chez les sujets traités par le bromural. En général, ils s'endorment de cinq à vingt-cinq minutes après l'absorption du médicament ; la durée du sommeil provoqué est de trois à cinq heures, et dans les cas où le sommeil s'étend au delà de ce laps de temps, c'est que le sommeil naturel s'est greffé sur le sommeil artificiel.

Le sommeil obtenu est paisible et rafraîchissant, les malades se réveillent le lendemain frais et dispos et n'accusent ni rêves, ni engourdissement mental du genre de l'ivresse. Des expériences faites par les Drs Saam, Krieger, sur eux-mêmes, les ont convaincus de l'exactitude de ces faits.

Le bromural se trouve dans le commerce en tubes de 20 tablettes de 30 centigrammes chacune. Contre les troubles nerveux généraux, il suffit de donner une tablette plusieurs fois par jour. Deux tablettes sont souvent nécessaires pour obtenir une action hypnotique. Il arrive quelquefois, selon les sujets, qu'il est nécessaire d'administrer deux nouvelles tablettes. On en donne un quart de tablette aux nourrisons, une tablette aux enfants, qui supportent très bien le bromural.

On fait prendre les tablettes dans un peu d'eau ou de préférence dissoutes dans une tasse d'eau sucrée chaude : l'absorption est ainsi plus rapide et l'effet plus prompt.

Selon l'heure d'apparition de l'insomnie, les tablettes seront prises soit le soir, soit au réveil, la nuit.

La mort subite au cours du travail.

Dans l'*Année médicale de Caen*, M. le Dr Paul Léger a réuni les principales causes signalées par les auteurs comme pouvant provoquer la mort subite chez les femmes en travail.

I. La statistique de Trask porte sur 303 cas connus. Il attribue 265 de ces cas aux *ruptures utérines*, survenant chez les grands multipares avec déchirure du col ancienne. Il n'y a pas de rapport entre la mort subite et le siège de la rupture ou l'étendue.

Pour les uns, à la rupture se joint un ébranlement nerveux, qui joue un grand rôle dans la production de l'accident brusque ; pour Sauvage, il faut faire intervenir la déchirure des filets nerveux et des cellules ganglionnaires. Enfin, dans certains cas, l'hémorragie très violente doit être incriminée.

II. 1° L'insertion vicieuse du placenta ;

2° Le décollement du placenta inséré normalement dans les cas de grossesse gémellaire ou de brièveté du cordon ;

3° La déchirure du sinus circulaire ;

4° La rupture de varices vulvaires ou d'un thrombus.

III. *Les cardiopathies*. — Le cœur qui a supporté la grossesse est quelquefois incapable de lutter contre l'hypertension artérielle occasionnée par le travail. D'une façon générale, on peut dire que l'effort joue un grand rôle dans un grand nombre de cas de mort subite au cours du travail.

Que se passe-t-il sous l'influence de l'effort ? Il y a augmentation de pression dans la cavité abdominale et perturbation dans la circulation du cœur et des gros vaisseaux.

D'où turgescence des vaisseaux du cou et de la face, et augmentation de la pression artérielle suivie d'un abaissement.

L'hypertension rapide, déterminée par le travail, constitue un brusque assaut pour l'organisme et en particulier pour l'appareil circulatoire, même chez des sujets normaux et à plus forte raison chez des malades atteintes de lésion cardiaque et surtout de rétrécissement mitral. Les complications qui peuvent alors survenir sont : l'œdème aigu du poumon, l'apoplexie pulmonaire, l'asystolie suraiguë, la syncope, la rupture du cœur, les complications cérébrales. Il est nécessaire de faire une restriction au sujet de la rapidité avec laquelle ces accidents entraînent la mort. Certains ne la déterminent pas d'une façon absolument subite, tels que l'œdème aigu, l'asystolie suraiguë.

IV. *Système respiratoire*. — En première ligne, il faut placer l'œdème suraigu du poumon, puis comme causes plus rares, les hémoptysies foudroyantes, la rupture des capillaires du poumon dans les vésicules dilatées à l'excès (efforts avec pénétration de l'air dans le système circulatoire du poumon).

Roche a incriminé l'emphysème sous-cutané au cours de l'accouchement ; Blundell a rapporté un cas de rupture des vaisseaux pulmonaires ; Depaul un cas d'emphysème interlobulaire.

V. *Système nerveux*. — Les hémorrhagies cérébrales dépendent de l'effort, mais doivent être considérées comme une cause rare de mort subite au cours du travail. Il faut, en outre, compter davantage avec l'éclampsie.

Le shock doit être incriminé, sans aucun doute, puisqu'il joue un rôle au cours et à la suite des grandes opérations chirurgicales ; il en est de même lorsque l'accouchement est laborieux, du fait de la dystocie, lorsque les parturientes ont été forcées de subir des interventions longues et douloureuses. Ce shock est d'ailleurs préparé par l'état du sujet (anémie, maladies antérieures, auto-intoxication gravidique).

VI. Le *chloroforme* est, en général, bien supporté par les parturientes. Cependant, il faut noter cet anesthésique comme cause possible de mort rapide.

Telles sont les causes que l'on peut invoquer pour expliquer la mort subite au cours du travail. Cependant il est utile d'établir une classification basée sur la durée des accidents qui déterminent l'issue fatale, et de les diviser en deux catégories :

1° Causes entraînant la mort subite au sens propre du mot, telles que les grandes hémorrhagies, la rupture utérine avec grand écoulement sanguin, les complications cardiaques (syncope, rupture du cœur, embolies), enfin le shock nerveux, l'inhibition.

2° Causes entraînant une mort rapide, mais non pas absolument subite, telles que certaines hémorrhagies moins abondantes que les précédentes, les complications pulmonaires, l'œdème, l'apoplexie.

BIBLIOGRAPHIE

VIENT DE PARAITRE :

Annuaire médical, pharmaceutique et vétérinaire de la République Argentine pour 1908. — Prix : 25 francs. — V. Malliavin et L. Olard, Editeurs, 450, Calle Maipu, à Buenos-Aires.

La première édition de cet annuaire, fort bien imprimé sur papier de luxe, renferme, au complet et sous une forme claire, précise, bien classée, la totalité des *Médecins*, *Pharmaciens*, *Dentistes*, *Vétérinaires*, *Orthopédistes*, *Fabricants d'appareils d'optique*, etc., de la République Argentine.

On y trouve également la liste complète des Hôpitaux, avec tous les renseignements qui les concernent (Historique, Médecins, etc.), une revue de la presse et une liste complète des eaux minérales. Nous félicitons sincèrement les auteurs de cet intéressant ouvrage, qui rendra les plus grands services aux professions médicales et pharmaceutiques.

Il faut se connaître malgré les frontières et les océans.

REPORTAGE MEDICAL

L hospitalisation des malades payants; les « maisons médicales ». — Le temps est loin où l'hôpital était pour le public un épouvantail. Les malades aisés et même riches s'ingénient de mille façons à y entrer et les médecins déplorent amèrement l'attraction qu'il exerce sur eux. Il ne semble pas que tous les malades riches soient amenés à l'hôpital par le désir blâmable de réaliser aux dépens du médecin et de ses satellites une notable économie. Beaucoup pensent être soignés à l'hôpital avec plus de garanties scientifiques qu'à domicile et sur ce point on ne peut que leur donner raison. En cas de maladie infectieuse, la question se présente encore sous un autre aspect. Il y a avantage, non seulement pour le malade lui-même, mais encore pour la communauté, à ce que les soins ne soient pas donnés à domicile. Le courant qui entraîne le malade aisé ou même riche vers l'hôpital est donc conforme à la science et à la raison. Il est destiné à augmenter et à être ca-

nalisé. Il est très important pour le médecin praticien que cette canalisation s'opère à son profit et non à son détriment. Pour M. Remlinger (1), la solution de la question pourrait être cherchée du côté de « maisons médicales », réunion de chambres de traitement appartenant aux divers médecins d'une même ville, d'un même quartier, d'un même canton et que l'auteur différencie de la clinique, du dispensaire, de l'hôpital, de la maison de santé, etc. « La maison médicale est susceptible de recevoir tous les malades auxquels le médecin praticien est appelé à donner des soins à domicile. Elle est essentiellement médicale : les médecins, à la fois propriétaires, administrateurs et médecins traitants, retirent de l'établissement tous les bénéfices ressortissant à ces divers titres. De même que dans un certain nombre de grandes villes, deux ou trois confrères s'associent sans difficulté pour diriger une clinique ou un dispensaire, de même ils pourraient se réunir en plus grand nombre pour fonder une « maison médicale». Dans les villes de moyenne importance, il serait à désirer que tous les médecins, sans exception, s'unissent dans ce but ; dans les grandes cités, l'association pourrait se faire par quartiers. » Il n'y a rien là qui soit contraire à la dignité du corps médical. Particulièrement à l'étranger, des sommités scientifiques dirigent des hôpitaux privés, des cliniques particulières, sans que la considération dont elles jouissent subisse de ce chef la moindre atteinte. Il n'y a pas de raisons d'être plus sévère pour de modestes praticiens que pour des privilégiés de la fortune.

(*Gazette médicale.*)

Ministère de l'intérieur. — Aux termes du décret du 3 juillet 1905, portant réglementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires parmi les personnes reconnues aptes, à raison de leurs titres, par le conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Conformément à cette disposition et aux prescriptions de la circulaire ministérielle du 23 mars 1906, destinées à en assurer l'application, la vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène de la ville de Calais (Pas-de-Calais) est déclarée ouverte dans les conditions résultant de l'arrêté du maire en date du 28 septembre 1908. Le traitement alloué est fixé à 4,000 fr.

Les candidats ont un délai de vingt jours, expirant le 12 décembre 1908, pour adresser au ministre de l'intérieur leurs demandes accompagnées de tous titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures. Cette candidature s'applique exclusivement au poste envisagé.

A la demande doit être jointe une copie certifiée conforme des diplômes obtenus ; l'exposé des titres doit être aussi détaillé que possible et accompagné d'un exemplaire des ouvrages ou articles publiés. Les candidats peuvent en outre demander à être entendus par la commission du conseil supérieur d'hygiène.

Une récompense bien méritée ! ! ! — On lit dans *l'Union démocratique de la Haute-Saône* : Récompense honorifique. — Une récompense honorifique a été décernée à M. le docteur B. pour soins ou médicaments donnés *gratuitement* par lui aux militaires de la gendarmerie, à leurs familles, *ainsi qu'aux chevaux de l'arme.*

Hôpital Saint-Antoine. — (Service de M. le docteur Albert Mathieu.) — *Maladies de l'appareil digestif.* — Le 15 novembre, M. le Docteur Mathieu, aidé de ses assistants, a commencé une série de conférences sur les maladies de l'appareil digestif.

Les leçons auront lieu aux jours et heures indiqués ci-dessous dans le Service de la consultation (20, rue de Cîteaux).

Le Mardi. — Présentation des malades en traitement, salle Chomel, à 9 h. et examen des malades de la consultation externe à 10 h. 1/2.

Le Mercredi à 10 h. 1/2. — Conférence de M. J.-Ch. Roux sur les dyspepsies nerveuses et leur traitement, et sur les données nouvelles en pathologie intestinale.

Le Jeudi à 10 h. 1/2. — Conférence de M. le Dr Albert Mathieu sur l'ulcère de l'estomac, ses formes, ses complications, son traitement, et sur le cancer de l'estomac.

Le Vendredi à 10 h. — Conférences de M. Laboulais sur la technique d'exploration gastro-intestinale ; de M. Moutier sur l'anatomie pathologique du tube digestif ; de M. Friedel sur le traitement des affections gastro-intestinales par le massage ou l'électricité.

(1) P. Remlinger. — *Revue d'hyg. et de police sanit.*, août 1908.

Faculté et Hôpitaux

— M. le Professeur Roger fera son cours tous les mardis, jeudis, samedis à 4 h. au petit amphithéâtre de la Faculté. Sujet du cours : Les ferments.

M. P. Sébileau fera avec le concours de ses assistants MM. Grivot, Gibert et Lemaître, une série de conférences de médecine opératoire en 10 leçons sur le nez, les sinus, le larynx, les oreilles et la bouche, qui commencera le lundi 30 novembre, à 2 1/2 et aura lieu tous les jours à la même heure.

Ce cours est gratuit pour les internes des hôpitaux. Le droit d'inscription est de 80 francs pour les docteurs et de 50 francs pour les étudiants. Se faire inscrire, 17, rue du Fer-à-Moulin.

— Les conférences suivantes auront lieu à l'hôtel des Sociétés savantes, 27, rue Serpente, du 5 au 12 décembre 1908.

5 décembre, 4 h. M Terrien : renseignements fournis par l'examen de l'œil en médecine générale. — M. Lesage à 5 h. La contagion.

7 décembre, 5 h : Signification et valeur comparée des méthodes et des procédés de diagnostic précoce de la tuberculose. Méthodes cliniques.

8 décembre, 4 h. M. Robbinovitch : Démence précoce et dégénérescence. M. Béclère, à 5 h : L'exploration radiologique de l'aorte et le diagnostic des anévrysmes.

9 décembre, M. Hirtz, à 4 h : Intoxications oxycarbonées frustes. M. Mosny, à 5 h : Signification et valeur comparée des méthodes et des procédés de diagnostic précoce de la tuberculose. Méthodes de laboratoire.

10 Décembre : M. Terrien, à 4 h. : renseignements fournis par l'examen de l'œil en médecine générale. M. Boissard, à 5 h., traitement de l'infection puerpuérale par les abcès de fixation.

11 Décembre : M. Villemin, à 4 h ; l'ectopie testiculaire. M. Bergé, à 5 h ; traitement de la pleurésie séro-fibrineux.

12 Décembre : M. Sergent, à 4 h : la leucoplasie bucco-linguale en médecine générale, sa valeur séméiologique dans la recherche de la syphilis, M. Variot, à 5 h : utilité de la toise pour fixer la ration alimentaire des nourrissons.

— M. Villemin, chirurgien des hôpitaux fera tous les jeudis, à 9 1/2 du matin, à l'hôpitaux Bretonneau (pavillon Maryolin), une leçon clinique sur un sujet de chirurgie d'enfants et d'orthopédie.

Le Directeur-Gérant : **Dr H. JEANNE.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON 3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trentième année N° 49 Dimanche 6 DÉCEMBRE 1908



LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

SOMMAIRE

LE PROFESSEUR THOINOT EXPERT

Modèle de rapport pour jeunes médecins inexpérimentés désireux d'arriver aux situations les plus dorées.

« Je soussigné, professeur de médecine légale à la Faculté de Paris, membre de l'Académie de Médecine, médecin de l'hôpital Laënnec, expert au tribunal de première instance de la Seine, commis par M. le Juge de Paix du XIXe arrondissement de Paris, à l'effet d'examiner le compte produit par le docteur B., pour soins donnés au sieur M., blessé du travail et donner le chiffre des honoraires dus au Dr B., ai procédé aux opérations prescrites dans mon cabinet.

« Le Dr B. s'est présenté en personne et le Syndicat de l'Avenue Victoria était représenté par un de ses inspecteurs.

« Le Dr B. nous déclare avoir donné ses soins à M., victime d'un accident du travail le 17 janvier 1908.

« Le traitement a eu lieu à la clinique des accidents du travail dudit docteur, rue....

« L'ouvrier souffrait d'une contusion lombaire et le Dr B. a constaté des douleurs internes.

« Nous faisons remarquer cependant que « constater des douleurs internes » nous paraît quelque peu difficile. »

Nous prions les lecteurs de se souvenir, en prenant connaissance de la phrase qui précède qu'elle n'est pas écrite par un gardien de la paix, ou un cantonnier, fonctionnaires assurément très honorables, mais peu versés dans la science de la médecine. Elle émane du Professeur de médecine légale à la Faculté de Paris, auquel nous croyons devoir dire :

DIFFICILE *pour vous, peut-être, Monsieur le Professeur, mais non pour un bon élève de 4e année et de moyenne force. Vos collègues et nos maîtres ont enseigné et enseignent encore, croyons-nous, que, quand un médecin a scrupuleusement examiné son malade et constaté par des explorations variées (destinées à dérouter toute simulation) que les douleurs étaient toujours dénoncées de même façon par les patients, aux mêmes points profonds, de quelque manière qu'il les aborde, ce médecin a le droit indiscutable, sans entrer dans le détail de ses recherches, de dire qu'il a constaté des douleurs internes. Et il n'y a, pour ne pas comprendre, que celui qui véritablement ne le veut pas et qui, avec une adresse merveilleuse, mais peu enviable, jette comme sans y penser, le discrédit et la suspicion sur la partie qu'il doit plus tard faire succomber.*

« Quoi qu'il en soit, le Dr B. fit application au blessé d'un bandage compressif et, du 18 janvier au 1er février, le fit venir tous les jours afin de le traiter par les massages.

« Le 2 février, le blessé ne vint pas à la clinique du D^r^ B.

« Le 3, il se représenta.

« Le Dr B. lui conseilla de reprendre son travail, et le 4, il lui signa son certificat de guérison.

« Le Dr B. a présenté au Syndicat général de

garantie, assureur de MM. S. et D., une note du total de 72 francs, qui se décompose de la façon suivante :

17 janvier. Consultation.........	2 fr.
Bandage compressif..	4 fr.
Certificat initial................	2 fr.
Du 18 janvier au 1er février : 15 séances de massage à 4 fr.......	60 fr.
3 février. Consultation..........	2 fr.
4 février. Consultation et certificat de guérison..................	2 fr.

« La compagnie fait valoir que la note du Dr B. est exagérée.

« Il s'agissait d'ailleurs d'une blessure peu grave, qui n'a entraîné qu'une très faible incapacité passagère de 18 jours.

« Or, 15 massages et soixante-douze francs au total peuvent être considérés comme peu en rapport avec un aussi faible mal.

« La compagnie propose d'établir la note comme suit :

8 massages à 4 fr................	32 fr.
3 consultations (17 janvier, 3 février, 14 février)..............	6 fr.
Certificat initial.................	2 fr.
Au total.......	40 fr.

« La Compagnie conteste la nécessité du bandage compressif. »

Ce sont là, les dires d'agents de Compagnie mercantile qui est dans son rôle de marchandage et le rôle de l'expert est précisément de les discuter.

« On conçoit combien il est difficile de formuler une appréciation dans une affaire de ce genre.

« Voici un blessé qui a eu évidemment une blessure peu grave, une contusion lombaire avec des douleurs dont la réalité ne pouvait certes être établie. »

Bien difficile ! Tout est difficile dans cette expertise modèle, mais vous allez voir avec quelle maëstria notre professeur-expert manœuvre à l'occasion. Le blessé (qu'il n'a pas vu) n'a eu évidemment qu'une blessure peu grave. Pensez donc ! une simple contusion lombaire et encore avec douleur dont la réalité CERTES ne peut être établie, PUISQU'ELLE N'A ETE CONSTATÉE QUE PAR LE MEDECIN QUI SEUL A VU LE BLESSÉ.

« Il n'a eu qu'une courte incapacité temporaire. »

Dix-huit jours : cela commence déjà à compter même pour un expert.

« Il ne lui est demeuré absolument aucun reliquat de son accident. »

Très vraisemblablement, dirons-nous, grâce aux soins assidus et éclairés de son médecin ; car il paraîtrait impossible à tout autre expert qu'à M. Thoinot de dire que la fréquence reprochée des massages n'est pas précisément la cause de cette guérison sans reliquat d'accident.

« Le Dr B. déclare qu'il a eu besoin de le masser tous les jours.

« La Compagnie déclare que 8 massages auraient suffi. »

Pourquoi huit, plutôt que trois, plutôt que quinze ? Mystère et expertise.

« Une autre opinion pourrait encore intervenir, à savoir qu'aucun massage n'eût été utile. »

Comme en termes galants ces choses-là sont dites ! — Une autre opinion, laquelle ? Celle de l'expert, sans doute, car elle n'a été exprimée par personne autre. Pour un expert qui ignore tout de l'accident, cette opinion peut paraître au moins singulière et est le signe, en tout cas, d'un remarquable mépris du médecin traitant..... lorsqu'il n'est pas un médecin d'assurance. Mais passons.

« La tâche de l'expert est des plus difficiles dans ce cas, et les conclusions qu'il prend ne peuvent toujours être qu'un peu arbitraires.

(Habemus confitentem.)

« L'expert n'est pas fondé à contester la bonne foi du médecin traitant qui déclare que tant de massages lui ont paru nécessaires ; mais il est bien obligé, d'un autre côté, d'accepter les observations du patron qui se plaint que le traitement d'une blessure insignifiante revienne à un prix relativement élevé, et la tâche de l'expert consiste en somme à peser d'une part la gravité de la blessure, d'autre part le chiffre des honoraires et à tâcher de mettre ces deux données en rapport l'une avec l'autre. »

Dans ce paragraphe éclate la beauté resplendissante de cette expertise à la manque. L'expert reconnaît n'être pas fondé à contester la bonne foi du médecin traitant ; plus loin, il reconnaîtra la réalité des soins donnés, mais il n'en continue pas moins sa brillante campagne de débinage confraternel. Il faut avouer cependant que la qualité de vos observations manque ici de fondement, Monsieur le Professeur expert, et, avec le respect que nous devons à votre situation, nous vous disons : « Non, l'expert n'est pas OBLIGÉ D'ACCEPTER *les observations d'une compagnie d'assurances (et non d'un patron comme vous le dites). Cette compagnie défend sa cause per fas et nefas. A l'expert, il appartient d'apprécier les prétentions d'une Compagnie. Le fait pour un expert de proportionner les honoraires du médecin à la durée de l'incapacité de travail et à la gravité de l'accident qu'il ignore, surtout quand il y a des tarifs, est absolument antiscientifique et indigne d'un professeur de l'Ecole de médecine de Paris. »*

Que dirait donc Monsieur l'expert si on pesait, comme il le dit, avec tant d'élégance, à propos d'une réclamation minime d'honoraires (72 fr.), d'une part, la valeur de son expertise, d'autre part, le chiffre des honoraires qu'il a réclamés (40 fr.), et si l'on cherchait à mettre ces deux données en rapport l'une avec l'autre ?

S'il était franc, il répondrait : « Mon expertise ne vaut certes pas cher, mais je la fais payer d'avance. »

« Or, il semble bien qu'ici, ce n'est pas tout à fait à tort que la compagnie déclare que le chiffre des massages lui semble un peu élevé.

« Les lumbagos soi-disant traumatiques sont très fréquents en accidents du travail.

« Leur réalité est difficile à établir et ils sont évidemment une des sources des abus les plus nombreux.

« Nous établirons donc, en nous appuyant sur les principes ci-dessus décrits et sans contester d'ailleurs la réalité des soins donnés par le Dr B., ni leur bien-fondé, mais en cherchant seulement à proportionner la note d'honoraires avec la gravité de la blessure, nous établirons, disons-nous, la note du Dr B., de la façon suivante :

Bandage compressif, quatre francs,	4 fr.
8 massages à 4 francs, 32 francs, ci.	32 fr.
3 consultations, à 2 francs, 6 francs ci....................	6 fr.
Certificat initial, deux francs, ci...	2 fr.
Soit au total quarante-quatre francs ci..........................	44 fr.

« Somme que nous proposons à M. le Juge de paix d'allouer à M. le Dr B.

« Paris, ce premier juillet 1908. »

Signé : Dr L. Thoinot.

Ainsi donc, de ce que les lumbagos traumatiques sont très fréquents en accidents du travail, de ce que leur réalité est difficile à établir (elle n'est plus impossible comme plus haut, il y a progrès) l'expert monumental qui nous occupe, après avoir reconnu la bonne foi du médecin traitant, ainsi que la réalité des soins donnés, sabre la note du médecin au profit de la Compagnie d'assurances qui a largement profité de son travail ; et cela, avec un tel aveuglement qu'il ne s'aperçoit même pas, lui le professeur de médecine légale,qui aurait le devoir, à défaut d'autre chose, de ne rien ignorer du coin de science qu'il enseigne, que notre malheureux confrère ne s'est pas conformé au tarif officiel applicable en la matière, et a négligé, par ignorance peut-être ou par discrétion, de réclamer un supplément de 30 fr. pour 15 consultations non comptées dans sa note et auxquelles il avait droit.

CONCLUSIONS.

Au médecin traitant dont l'expert ne conteste ni la bonne foi, ni la réalité des soins donnés, qui n'a réclamé que 72 francs quand le tarif Dubief lui donnait le droit d'en demander 102, il n'est accordé par ce jugement et sur les conclusions de l'expert Thoinot que 44 fr. Il doit payer le dit expert 40 fr., plus les frais du procès, puisqu'il succombe. Il en est donc, comme on dit vulgairement, de sa poche après avoir travaillé *pro Deo*. Mais, la compagnie d'assurances triomphe et l'expert touche .. des honoraires presque égaux à ceux alloués pour le traitement au médecin du blessé ; tout est pour le mieux dans le meilleur des mondes et les médecins indépendants voudront de moins en moins se charger de soigner les blessés du travail, ce qui est le but vers lequel tendent sans vergogne les assureurs aidés des experts qui ont leur confiance.

Nous serions bien surpris, Monsieur le Professeur Thoinot, si les compagnies d'assurances, justes appréciatrices de vos mérites et de vos lumières en matière d'accidents et de soins médicaux, ne se disputaient pas l'honneur de vous proposer comme expert au choix des juges devant lesquels elles se présenteront.

Il existe, en effet, trois ou quatre chirurgiens sur l'attitude desquels le « Sou médical » se documente tous les jours, et qui sont parmi les plus demandés sur la place par les compagnies d'assurances-accidents. Outre des appointements ordinaires de professeur ou de médecin légiste, un homme éminent peut, dit-on, se faire au bas mot une centaine de mille francs par an de revenu avec ses expertises. On cite couramment dans les conversations médicales les noms de quelques personnages qui trois fois sur quatre passent leurs matinées d'hôpital à faire ou à préparer des expertises à 50 ou 100 fr. l'une. Or, il a été fait dans le corps médical une campagne, que beaucoup ont approuvée, demandant que le professeur d'anatomie de la Faculté de Médecine de Paris ne fût nommé qu'après avoir pris l'engagement de ne plus faire de clientèle. Certains prétendent même que M. le Dr Rieffel ne devrait qu'à son refus d'y souscrire la perte de cette place à laquelle fut nommé M. le professeur Nicolas. Il s'agissait là de mesures prophylactiques en faveur des opérés. Mais, dans un autre ordre d'idées et pour des causes différentes, serait-il donc excessif de souhaiter qu'il en fût de même pour le professeur de médecine légale et de demander au Conseil des professeurs de l'Ecole de médecine un plus grand souci du bon renom de leur corporation. Il leur appartiendrait, semble-t-il, de mettre un terme à des opérations qui, comme le prouve le rapport d'expertise que nous venons de commenter, sans parler de l'affaire Jeanne Weber et de bien d'autres affaires parvenues à notre connaissance, compromettent véritablement l'autorité morale du corps enseignant de la Faculté de médecine.

Le Comité du « Sou Médical ».

Assemblées Générales de la Caisse de Pensions et de l'Amicale

15 Novembre 1908

La séance est ouverte à 2 heures du soir dans les salons Marguery, sous la présidence de M. le Dr Lande, président de la Caisse des pensions.

Prennent place au bureau : M. le Dr Maurat, président de l'*Amicale* ; MM. Verdalle, Delefosse, de la Caisse des pensions ; Jeanne, Mignon, de l'*Amicale* ; MM. Lepage, de l'Association générale ; M. Fleury, actuaire ; M. Gassot fils, remplaçant son père malade ; M. Baronnet, censeur de la Caisse des pensions ; M. David, contrôleur des comptes de l'*Amicale*.

M. le président déclare la séance ouverte et dit en quelques mots le regret que tous éprouvent de l'absence du Dr Gassot, absence causée par la maladie.

M. Gassot fils est chargé de transmettre à son père les remerciements et les vœux de l'Assemblée.

La parole est ensuite donnée à M. Delefosse, secrétaire général de la Caisse des pensions, pour la lecture de son rapport.

Rapport du Secrétaire général de la Caisse des pensions.

Messieurs et chers Collègues,

Depuis notre dernière Assemblée générale, qui a eu lieu il y a quelques mois, votre Société a suivi le cours normal. L'Association générale des médecins de France et le *Concours médical* ont adressé des avis de demandes de statuts à beaucoup de médecins ; un grand nombre de ceux-ci nous ont envoyé cette demande à laquelle je me suis empressé de déférer. C'est un excellent moyen de propagande qui fait connaître notre Caisse.

Vous savez déjà par les journaux médicaux que le Dr Gille (de Garches), qui vient de mourir, a institué comme légataire universel l'Association générale des médecins de France. Voici en ce qui nous concerne les passages de ce testament :

« Désirant venir en aide aux confrères malheureux malades, infirmes ou momentanément gênés, je veux spécialement encourager parmi eux les confrères qui ont été « prévoyants » en s'affiliant non seulement à l'Association générale, mais à des « Associations de droit », et qui, en outre, aient fait « acte de solidarité » médicale en adhérant à des œuvres de « défense professionnelle » telles que les « syndicats médicaux ».

« J'entends que les revenus provenant du dit legs universel soient autant que possible distribués intégralement chaque année et qu'ils soient d'abord attribués aux confrères ou aux familles (femmes, veuves ou orphelins de confrères), qui

soient ou auront été, s'ils sont décédés, tout à la fois membres :

1° D'une des Sociétés locales dont le groupement constitue l'A. G.

2° De l'Association amicale des médecins français pour l'indemnité en cas de maladie ou de la Caisse des pensions de retraite du corps médical français, ou de toute autre association de droit ayant pour but la prévoyance qui voudrait s'affilier à l'A. G. ou qui serait ultérieurement créée par elle ;

3° D'un des Syndicats médicaux. »

Je ne puis vous citer tout le testament ; mais en le lisant on y reconnaît la concision, la clarté et le désir formel d'encourager les œuvres de prévoyance associées à l'A. G.

Nous devons, comme Caisse des pensions, une grande reconnaissance à la mémoire du Dr Gilles, non seulement au point de vue pécuniaire, mais par la voie qu'il ouvre aux confrères généreux qui désireront dans l'avenir être utiles à nos œuvres de prévoyance. Dernièrement est mort un grand chirurgien que j'estimais et aimais beaucoup et cela été un véritable chagrin pour moi de voir que, parmi les nombreux legs faits à des associations philanthropiques, la nôtre était oubliée. Pourquoi ? Peut-être ne la connaissait-il pas ?

Voulez-vous me permettre maintenant de reproduire quelques réponses faites à des médecins qui, désirant entrer dans la Caisse des retraites, m'avaient exprimé leurs desiderata?

Nous avons joint cette année les deux Assemblées de l'*Amicale* et de la Caisse ; le secrétaire général de l'*Amicale* est devenu secrétaire général adjoint de la Caisse ; c'est vous dire que plus nous marchons vers l'avenir, plus ces deux sociétés sont appelées, non pas à se confondre, mais à s'aider mutuellement ; quand je dis ne pas se confondre, je dois ajouter l'adverbe « complètement », puisque, à un certain âge, les membres de l'*Amicale* deviennent membres de la Caisse.

Je rappellerai que l'âge se compte pour la prime au 1er janvier de l'année où l'on entre dans la Caisse. Exemple : un médecin qui est devenu adhérent à la Caisse en 1908 a payé une prime sur l'âge qu'il avait au 1er janvier 1908, quelle que soit l'époque de l'année où il a versé sa première prime. Depuis que d'après les nouveaux statuts, il faut d'abord faire partie de l'A.G. pour pouvoir être admis chez nous, les deux parrains et l'acceptation du candidat par l'A. G. ont été supprimés. L'A. G. n'a plus qu'à vérifier le taux de la prime, et le paiement de cette prime est le premier acte valable de l'adhésion à la caisse. Donc tout médecin qui désire faire partie de la Caisse des pensions doit d'abord envoyer son adhésion au secrétaire général et lorsque la prime a été fixée par correspondance avec ce dernier, envoyer cette prime au trésorier. On n'appartient réellement à la Caisse qu'après le premier versement.

Je ne vous cite ici que les cas se rapportant à la généralité des médecins.

Je laisse de côté ce que la lecture des statuts suggère à chaque médecin de réflexions inhérentes à sa propre situation spéciale.

J'espère que cette nouvelle date choisie pour nos réunions annuelles nous permettra de réunir des adhérents encore plus nombreux. Depuis quelques années, les caisses de prévoyance, les moyens de se protéger dans la vieillesse contre la misère, et dans le cours de la vie contre la maladie, les risques de la profession embrassée, sont l'objet d'études de la part d'un grand nombre de Sociétés et de personnes que leurs goûts poussent vers cette nouvelle phase de la philanthropie ; que les médecins ne restent pas en arrière, ceux qui sont menacés plus que les autres par la concurrence, par la lutte pour l'existence, par le peu de bénéfices que rapporte maintenant la profession. S'il y a eu quelque flottement au début de la création de nos caisses, c'est que toute œuvre humaine ne se crée pas d'un seul jet, n'arrive pas d'emblée à la perfection, malgré les connaissances techniques, malgré l'énergie et la bonne volonté des premiers pionniers ; mais chacun apportant ses idées, chacun contrôlant celles des autres, l'idéal de perfection se rapproche de plus en plus et si on ne peut l'atteindre complètement, on peut toujours s'en rapprocher assez pour rendre l'œuvre viable et utile, et d'une perfectibilité rassurante.

Nous n'avons pas à nous occuper dans cette assemblée du renouvellement des membres du comité directeur et des membres du comité des censeurs. Je vous rappellerai seulement que ces nominations, qui ont été faites dans l'Assemblée générale du 26 avril dernier, comportent les modifications suivantes :

M. Lereboullet est acclamé président d'honneur.

M. de Ranse remplace M. Lereboullet au comité directeur.

MM. Moreau, Millet et Noir, membres sortants du comité des censeurs, sont réélus pour trois ans. On peut dire pour trois ans et six mois par suite du changement de la date de l'Assemblée générale. M. Ravanier remplace M. de Ranse au comité des censeurs.

Enfin notre excellent confrère Mignon a été nommé secrétaire adjoint de la Caisse des pensions ; ce qui permettra aux deux filiales, l'*Amicale* et la Caisse, d'être en rapports constants. (*Applaudissements.*)

Le Rapport est approuvé à l'unanimité.

M. le Dr Bolliet, de Lyon, demande si l'Assemblée peut connaître l'importance du montant du legs de M. le Dr Gille.

M. Lepage. — Je regrette de ne pouvoir donner à notre confrère le renseignement qu'il désire.

Pour des raisons diverses qu'il serait sans intérêt de vous exposer, Madame et Mademoiselle Gille m'ont manifesté le désir formel que le montant du legs fait par notre regretté confrère ne soit pas publié. C'est d'ailleurs la déclaration que j'ai faite à la séance du Conseil général de l'A. G. du mois d'octobre. D'ailleurs, si nous connaissons le montant brut de la succession, nous ne savons pas encore à quelle somme elle sera réduite lorsque les frais auront été prélevés.

Je puis cependant vous dire que ce legs est, je crois, le plus important qui ait été fait juqu'ici à l'A. G.

Il est juste d'ajouter que ce legs aurait pu être d'un quart inférieur à ce qu'il sera en réalité, car le Dr Gille, dans son testament, avait bien institué l'A. G. sa légataire universelle, et lui avait donné la nue propriété de toute sa fortune ; mais, en réalité, il ne pouvait disposer que des trois quarts, le premier quart revenant de droit à sa mère. Dans un codicille, qu'il m'avait fait parvenir quelques jours avant sa mort, il avait exprimé le désir que sa mère, qui est la veuve très distinguée d'un de nos confrères parisiens, voulût bien s'associer à ses libéralités en ne faisant pas valoir ses droits à la succession. Mme Gille, lors de l'ouverture de l'inventaire de la succession, à laquelle j'assistais, comme représentant de l'A. G., a déclaré qu'elle voulait respecter les volontés de son fils et qu'elle renonçait à faire valoir ses droits. De telle sorte qu'en réalité, elle est également la bienfaitrice de l'Association et des filiales.

Je demande à notre Président la permission

de vous proposer d'adresser à Madame et à Mademoiselle Gille l'expression de notre reconnaissance et de notre respectueuse sympathie, et de remercier particulièrement Madame Gille du désintéressement et de la générosité dont elle a fait preuve à notre égard.

Je crois utile de vous informer que les habitants des communes de Garches, de Marnes et de Vaucresson, dans lesquelles notre confrère a exercé la médecine, ont pris l'intiative de lui élever un monument au cimetière dans lequel il repose, qu'une souscription a été faite dans ce but et qu'il serait utile que nos associations y prennent part.

Les propositions de M. Lepage sont aussitôt adoptées à mains levées et à l'unanimité.

La parole est ensuite donnée à M. le Dr Verdalle, trésorier de la Caisse des pensions, pour la lecture de son rapport.

Rapport du Trésorier de la Caisse des Pensions

Messieurs et chers Collègues,

J'ai l'honneur de vous présenter la situation de la Caisse des pensions du corps médical français au 5 novembre 1908.

Suivant les termes du rapport que je vous ai soumis le 20 avril dernier, date de notre assemblée générale statutaire, le bilan, arrêté au 31 décembre 1907, se soldait par une encaisse de

Fr.	5.731 35
Les encaissements divers depuis le premier janvier 1908 de l'année courante se sont élevés à la somme de	90.943 15
Ce qui porte le total des recettes à ce jour à la somme de	96.674 50

Recettes

Les recettes se décomposent ainsi :

Encaissement des cotisations	65.084 45
Abandon de retraites	1.025 00
Intérêts et remboursement de valeurs	24.833 70
Total	90.943 15

Les cotisations comprennent celles des anciens membres de la Caisse de retraites pour la somme de	43.807 95
Celles des membres de l'Association amicale (Combinaison C) pour la somme de	21.276 50
Total	65.084 45

L'Association amicale apporte tous les ans un fort contingent de membres nouveaux à la Caisse de retraites, par cette combinaison C.

Cette année, 38 membres ont été inscrits de ce chef ; le total de leurs versements s'est élevé à la somme de 6.333,50.

Nous avons inscrit, d'autre part, 7 membres nouveaux, comme adhérents de la Caisse de retraites ; le total de leurs versements s'élève à 3.201,50.

Deux de nos retraités, MM. Blache et Lereboullet, ont abandonné à l'œuvre le montant de leur retraite. Tous les ans votre trésorier salue avec vous, Messieurs, ce geste généreux dont nos collègues ont pris l'habitude ; je les en ai remerciés au nom de tous.

Un de nos retraités a préféré attendre sa soixante-quatrième année pour toucher sa retraite et la pouvoir toucher dès lors à l'ancien taux de 1.200 francs ; il m'a donc remboursé la somme de 800 francs que je lui avais envoyée ; ainsi s'explique le chiffre de 1.025 francs.

Le chapitre intérêts et remboursement de valeurs doit être décomposé ainsi ;

Intérêt des valeurs	23.297 60
Remboursement d'une obligation Paris-Lyon-Méditerranée	491 65
D'une obligation Banque hypothécaire	1.044 45
Total	24.833 70

Dépenses

La principale de nos dépenses est le paiement des retraites ; elle s'est élevée cette année à la somme de 30.635,35.

Nous avons perdu cette année deux de nos retraités, MM. Balanda et Garavel, titulaires, chacun d'une pension de 800 francs ; soit une diminution de 1.600 francs pour le total de notre prochain exercice.

Mais, d'autre part, dix de nos collègues arrivent à l'âge de la retraite ; ce sont :

MM.	
B. pour	452 fr.
M.	400 »
G. et Mme G.	800 »
M.	212 »
Mme M.	425 »
P.	1.600 »
O.	800 »
Mme M.	623 »
P.	1.200 »
Total.	6.502 »
En outre M. C. qui, ces dernières années, versait un capital annuel pour récupérer l'ancien taux, touchera l'année prochaine sa pension intégrale, soit 2.400 francs	2.400 »
Le total des retraites nouvelles sera donc de	8.902 fr.

Vous savez, MM., que les statuts nous donnent le droit de reculer l'époque de la retraite ; à partir de 60 ans, âge réglementaire, nous pouvons reporter cette date à 61, 62, 63, 64 ans. Nous ne payons plus de cotisations et, tous les ans, le chiffre de la pension s'accroît. Au bout de quatre ans l'ancien chiffre statutaire se trouve atteint ; la pension qui est de 800 fr. à 60 ans se trouve portée à 1.200.

Plusieurs de nos collègues ont déclaré vouloir user de cette faculté ; ils sont libres de demander leur retraite à n'importe quel moment dans cette période de quatre ans ; il pourra donc se produire de ce fait quelques variations dans le total de nos retraites pour l'année prochaine, toutes les situations n'ayant pas encore été réglées.

Mais aujourd'hui voici quelles sont les prévisions pour 1909 :

Retraites de 1908	30.635 35
Extinctions	1.600
Reste	29.035 35
Retraites nouvelles	8.902
Total pour 1909	37.937 35

Suivant la décision prise par notre dernière Assemblée générale les retraites seront servies en janvier.

Disons, je vous prie, fin janvier, car il faut que votre trésorier ait eu le temps de recevoir les pièces exigées par les statuts (certificats de vie au 1er janvier, extrait de naissance).

Je ne parle que pour mémoire des nombreux détails de calcul et d'écriture que nécessite une opération financière de cette importance.

Donc, le paiement des retraites s'effectuera

dorénavant dans la seconde quinzaine de janvier.

Les frais généraux se sont élevés à la somme de 2.356,10, chiffre normal.

Enfin, j'ai acheté en avril dernier, au lendemain de l'Assemblée générale 50 obligations nouvelles du chemin de fer de l'Est, pour la somme de 21.650 francs,

Et deux obligations de la Banque hypothécaire de France 1880, en remploi d'une obligation remboursée ; soit pour ces deux obligations 1.142 fr.

Au 20 avril dernier, Messieurs et chers collègues, le chiffre de l'encaisse était de...	55.762 30
Le paiement des retraites a exigé la somme de..	30.635 35
L'achat de valeurs	22.792 00
Total	53.427 35

Les fonds disponibles ont donc été immédiatement employés ; la Caisse a été vidée ; elle s'est remplie à nouveau, puisqu'elle accuse aujourd'hui un chiffre de 40.891,05 et qu'elle est prête à payer dans deux mois pour environ 40.000 fr. de retraites.

Elle va donc se vider de nouveau, pour se remplir encore dans le courant de l'année prochaine, et tout fait penser que le prochain exercice va nous permettre de grossir encore notre portefeuille d'un lot important de valeurs.

Ci-joint le tableau des opérations de caisse pour l'exercice en cours :

Recettes

Cotisations	65.084 45
Abandon de retraites	1.025 00
Intérêts et remboursement des valeurs	24.833 70
Encaisse au 1er janvier 1908	5.731 35
Total	96.674 50

Dépenses

Paiement des retraites	30.635 35
Achat de valeurs	22.792 00
Frais généraux	2.356 10
Total	55.783 45
Encaisse au 5 novembre 1908	40.891 05
Egal	96.674 50

Les fonds disponibles à l'heure actuelle sont déposés dans diverses banques en attendant leur emploi ; une somme de 30.000 francs a été déposée en octobre dernier à la Société Française de reports et dépôts.

Telle est, Messieurs et chers Collègues, l'histoire rassurante de la Caisse des pensions de retraite pour l'exercice en cours.

Soutenue par l'Association Générale, marchant la main dans la main avec l'Association amicale, enrichie par des libéralités qui deviendront de plus en plus fréquentes, elle peut regarder l'avenir avec confiance, car il est solidement assuré.

M. Baronnet donne ensuite lecture du rapport du Comité des Censeurs.

Rapport du Comité des Censeurs

Séance du 13 *novembre* 1908.

Présents : M. Lugeol, *président*, MM. Hiblot, Noir, Baronnet, Baradat, Ravanier et Moreau, *secrétaire*.

La parole est donnée au Dr Verdalle, trésorier, qui fournit avec la plus grande clarté la situation de la Caisse au 5 novembre 1908, et signale le généreux abandon de leur retraite de MM. Blache et Lereboullet, qui reçoivent les remerciements du comité.

Il donne ensuite les noms des nouveaux retraités, ceux des nouveaux adhérents et ceux des membres retraités depuis l'Assemblée générale du 25 avril 1908.

Les comptes qui avaient été vérifiés et approuvés dans la séance du 15 avril sont approuvés à nouveau.

Des remerciements chaleureux sont votés à notre dévoué trésorier.

La séance est levée à 4 heures.

M. le président met aux voix l'approbation des comptes du trésorier de la Caisse des pensions.

Ces comptes sont adoptés à l'unanimité et l'Assemblée vote des félicitations au Trésorier et au secrétaire.

L'Assemblée vote ensuite un télégramme d'hommages de reconnaissance et de remerciements à Mme et à Mlle Gille.

Puis le Président donne la parole au Dr Mignon, secrétaire de l'*Amicale*, pour commenter son rapport.

Ce rapport ayant été publié dans un des derniers numéros du *Concours*, l'Assemblée déclare en avoir pris connaissance. Le Dr Mignon donne alors à l'Assemblée quelques détails sur certains points particuliers.

M. Mignon : « MM. les Drs Delpeut, Saquet et autres nous ont demandé de mettre à l'étude l'augmentation des indemnités aiguës ou chroniques en se basant sur le travail de M. le Dr Lande, publié l'an dernier au *Concours*. Nous leur avons répondu que les chiffres fournis à M. le Dr Lande, pour son travail étaient encore insuffisants et que d'ailleurs, nous devions attendre le prochain inventaire avant de toucher à nos chiffres. S'il est possible de mieux faire et d'aller plus vite, notre actuaire M. Fleury va pouvoir vous le dire ».

M. Fleury répond que les réserves mathématiques du dernier inventaire étaient normales, mais que si elles garantissaient absolument la bonne marche de l'œuvre sur les bases actuelles, elles n'étaient pas assez élevées pour permettre dès maintenant de toucher aux indemnités et qu'il fallait nécessairement attendre le prochain inventaire.

M. Maurat : « Si vous vouliez avoir une indemnité plus forte, ce serait simplement une nouvelle combinaison à créer avec de nouvelles primes. »

L'Assemblée décide donc d'attendre l'inventaire pour aborder l'étude de l'augmentation des indemnités.

M. Mignon expose ensuite que les demandes d'indemnités pour cures thermales augmentent tous les ans, comme il le constate dans son rapport, et consulte l'Assemblée pour avoir son avis. Celle-ci donne mandat au Conseil de l'*Amicale* d'agir avec la plus grande sévérité. Un confrère propose même la suppression définitive de ces indemnités ; mais sur l'avis du Conseil, l'Assemblée décide de les maintenir en les réservant aux cas de réelle urgence.

Un confrère ayant demandé quelle serait sa situation vis-à-vis de l'*Amicale* s'il démissionnait de l'Association générale, M. Mignon dit qu'il lui a répondu que cette démission entraînerait *ipso facto* sa radiation pure et simple à l'*Amicale*. MM. Lepage et Blache confirment la justesse de cette réponse et l'Assemblée l'approuve à l'unanimité.

Enfin, M. Mignon propose à l'Assemblée de demander à l'Association générale de faire mettre en permanence à l'ordre du jour des réunions des Sociétés locales la question des Œuvres de prévoyance et particulièrement de la Caisse des pensions et de l'*Amicale*. L'Assemblée approuve cette

proposition et M. Lepage l'appuie, en promettant de faire tout le nécessaire à ce sujet.

M. le Président donne ensuite la parole à M. Gassot fils, pour soutenir, s'il y a lieu, le rapport financier (publié au Journal).

Mais il n'est fait ni objections ni demandes d'explication.

Aussi la parole est donnée à M. David, contrôleur, pour la lecture du rapport des contrôleurs.

Rapport des contrôleurs de l'Amicale

Messieurs et chers Confrères,

Assistés de M. le docteur Blache, délégué de l'Association générale, vos Contrôleurs se sont réunis le 17 octobre 1908, au Siège social de l'*Amicale*, pour vérifier le compte de l'année 1907.

M. le Docteur Gassot, retenu à la chambre par une indisposition, nous avait envoyé ses livres et son jeune secrétaire.

Ce jeune homme étant très au courant de la comptabilité, nous avons pu, grâce à ses explications, remplir nos fonctions avec la même facilité que les années précédentes.

Nous avons vérifié l'exactitude et la concordance des chiffres : les récépissés de valeurs constituant l'avoir de notre Association nous ont été présentés, ils mentionnent exactement toutes les valeurs figurant au rapport du trésorier.

Cet avoir s'élève à la somme de 280.000 fr. environ et continue à augmenter régulièrement tous les ans : c'est là une garantie largement suffisante qui doit donner toute sécurité aux jeunes Confrères désireux de s'assurer contre la maladie.

Nous vous proposons, Messieurs, d'approuver les comptes du trésorier pour l'année 1907 et d'adresser de chaleureux remerciements au Confrère Gassot qui a bien d'autres titres encore à notre reconnaissance.

Dr JACQUOT. Dr R. DAVID.

(*Applaudissements unanimes.*)

M. le Président met aux voix l'approbation des précédents rapports qui sont approuvés à l'unanimité.

Il donne ensuite la parole à M. Gassot fils pour la lecture des comptes provisoires de 1908.

Compte provisoire de 1908.

Dr Louis GASSOT, *trésorier-adjoint*. — « Je dois, maintenant, Messieurs, vous dire quelle est notre situation actuelle.

Au 10 novembre 1908, l'*Amicale* compte 1.380 membres sur lesquels 102 sont inscrits à la combinaison C, et 6 à la nouvelle combinaison D.

Nous avons admis cette année 184 nouveaux membres ; c'est un chiffre que nous n'avions jamais atteint, mais que nous espérons voir continuer à s'élever les années prochaines grâce au zèle de notre secrétaire général et de nos correspondants.

Recettes

Les recettes des dix premiers mois se sont élevées à 135.267 fr. 46.

Savoir :

Cotisations	123.321 40
Intérêts	8.192 59
Recouvrements	1.142 » »
Dons	4 10
Remboursements de valeurs	2.461 32
Remboursements à la Caisse auxiliaire	146 05
Total	135.267 46

Dépenses

Les dépenses, par contre, se sont élevées à 81.129 fr. 75,

Savoir :

Matériel	133 40	
Impressions	671 20	
Frais de poste	492 60	
Timbres quittances	260 10	
Recouvrements et rappels	301 60	
Frais de Bureau	2400 » »	
Frais de trésorerie	74 80	4.333 70
Indemnités maladie		54.955 80
		59.289 50
Plus pour ordre :		
Versements à la Caisse des pensions		21.276 50
Versements pour ristournes		563 75
Total		81.129 75

Balance des comptes

Si, au total des recettes de 1908		135.267 46
on ajoute les espèces à la Société générale au 31 décembre	12.696 87	
et les espèces en Caisse à la même date	170 36	12.867 23
On obtient		148.134 69
Et si l'on retranche les dépenses de 1908		81.129.75
Il reste un excédent de		67.004 94
Dont emploi :		
Achats de valeurs		18.952.05
Espèces à la Société générale		47.103.88
Espèces en Caisse		949.01
Total égal		67.004.94

Notre portefeuille qui, au prix d'achat, représentait l'an dernier 270.844 fr. 45, est actuellement porté à 288.908 fr. 55 et dépassera 300.000 fr. à la fin de l'année.

L'avoir de la Caisse auxiliaire est de. 4.164.25

Celui de la combinaison D de 1.332.44

Vous voyez, Messieurs, que nous pouvons envisager l'avenir avec confiance et que vous pouvez en toute tranquillité d'esprit faire de la propagande près de vos confrères voisins auxquels vous rendrez un signalé service en les faisant s'inscrire à l'*Amicale*. »

M. le président donne la parole à M. Verhaeghe de Lille; ce dernier demande à M. Maurat ce que pense le Conseil de l'*Amicale* du projet de création d'une filiale maladie par la Société française des eaux minérales.

M. Maurat répond que ce projet n'est encore qu'un projet sur lequel on n'a que de vagues indications, que rien de précis n'est encore établi, mais que l'*Amicale* croit pouvoir attendre l'avenir sans inquiétude, étant donnés l'esprit de concorde qui règne entre la *Prévoyance* et le *Concours Médical*, et le désir manifesté de faire converger et non diverger tous les efforts de solidarité professionnelle.

M. le Président met enfin aux voix la nomination d'un contrôleur des comptes pour l'exercice 1908-1909.

M. Jacquot, de Creil, contrôleur sortant, est réélu à l'unanimité.

LA SEMAINE MÉDICALE

Sérothérapie paraspécifique.

Depuis quelques années déjà, plusieurs auteurs ont eu l'idée d'employer le sérum anti-diphtérique contre différentes maladies infectieuses ou chroniques (pneumonie, fièvre typhoïde, néphrite aiguë, ozène, abcès, angines simples, paralysies diphtériques). Ce sérum a donné souvent d'excellents résultats ; or, cette action favorable serait attribuable soit à l'hyperleucocytose secondaire qu'il provoque, soit aux alexines mises en circulation dans le sang.

En ce qui concerne les infections oculaires, notamment les kératites ulcéreuses ou abcédées graves, avec hypopion, les uvéites exsudatives purulentes, les panophtalmies au début, le mérite appartient à Darier d'avoir signalé l'utilité de la sérothérapie par le sérum de Roux.

D'après M. le Dr Antonelli, de Paris, cette méthode est sans danger, il faut dire même sans inconvénients. Il s'agit, en effet, presque exclusivement d'adultes ; des injections de 10 à 20 cm. cubes, pendant deux ou trois jours consécutifs, puis tous les deux jours, ne peuvent pas nuire. On les fera, d'ailleurs, plus ou moins massives, abondantes, et plus ou moins rapprochées ou espacées suivant le cas spécial, les résultats obtenus, etc. Il est rare d'être obligé de s'arrêter à cause d'une légère fièvre ou de la manifestation cutanée érythémateuse, bien connue comme signe d'intolérance ou de saturation.

« — Les résultats ont paru dès les premiers essais satisfaisants, à Darier, à Fromaget, à d'autres et l'auteur n'a pas hésité à essayer à son tour dans quelques cas dont le dernier remonte à peu de jours. Voici les remarques qu'il a faites :

Il faut considérer, d'une part, les infections traumatiques oculaires superficielles et récentes ; d'autre part, les infections secondaires plus ou moins profondes ou plus ou moins tardivement soumises au traitement.

« Pour les premières, s'il s'agit, par exemple, d'une infiltration cornéenne que nous voyons se produire le lendemain ou le surlendemain de l'extraction d'un corps étranger, la sérothérapie ne semble pas pouvoir être d'un grand secours. Rien ne vaut, dans les cas de ce genre, le thermocautère, ou encore mieux le galvano-cautère, à pointe très fine et à incandescence, si facile à régler. Par ce moyen, adroitement appliqué, le kérato-hypopyon pris au début guérit en vingt-quatre heures, dans ce sens que le foyer infectieux est détruit, le pus aseptique de la chambre antérieure résorbé, le processus mis sur la voie de réparation.

« Il n'y a donc pas lieu de penser à la sérothérapie ni pour aider, ni surtout pour remplacer le traitement radical *in loco*.

« Il en est autrement quand le blessé se présente à nous avec une lésion cornéenne datant déjà de quelques jours, avec une cornée largement ou profondément abcédée, avec un hypopyon abondant. Le traitement local ne peut plus donner, dans un cas de ce genre, le même effet immédiat. La *part du feu* étant déjà trop vaste par elle-même, on usera du galvano-cautère sans trop empiéter sur la partie saine, et on mettra d'autre part à profit tous les topiques modificateurs ou antiseptiques, sans oublier les moyens généraux pouvant relever les pouvoirs de défense organique.

« A ce titre, le sérum sera employé avec avantage. A ce titre, il sera d'un secours également précieux dans les irido-cyclites graves, septiques, succédant à un traumatisme parfois minime, mais profondément infectant. Les accidents de ce genre sont fréquents, et souvent funestes. L'oculiste se trouve en présence de début de panophtalmie, le malade souffre beaucoup de son œil et l'état général est mauvais. Or, le premier effet salutaire du sérum, et en cela, tous les observateurs sont d'accord, *c'est de calmer beaucoup les douleurs, d'assurer le sommeil, d'améliorer ainsi considérablement l'état du blessé.* Quand même la panophtalmie devrait suivre son évolution à amener fatalement le chirurgien à intervenir, les injections de sérum n'auront pas été peine perdue, car elles auront soulagé le malade et l'auront mis en moins mauvaise posture pour être débarrassé radicalement du foyer purulent. »

Les galactagogues internes.

Dans une revue fort complète exposée à la Société médicale du VIIIe arrondissement de Paris, M. le Dr L. Bouchacourt a nettement démontré que, si un grand nombre de plantes paraissent douées de propriétés galactagogues, aucune ne peut véritablement être considérée comme le spécifique de la sécrétion lactée.

Aussi, en présence de glandes mammaires notoirement insuffisantes, le praticien devra-t-il essayer successivement de différents produits, et cela sans se décourager, mais en associant leur action avec celle de galactagogues externes (sans négliger non plus l'influence du régime).

Parmi les préparations dans lesquelles on trouve plusieurs galactagogues associés, on peut citer la suivante, qui se présente sous la forme de pilules composées.

Monin la formule ainsi :

Extrait de galega	ââ 0 gr. 05
Extrait d'ortie blanche	
Extrait d'ergot	
Hypophosphite de chaux	
Essence de cumin	Q. S.

pour une pilule dragéifiée.

Prendre de 2 à 6 pilules par jour au moment des repas.

Enfin, dans la plupart des cas, il paraît avantageux de recourir à l'emploi de la somatose, concurremment avec l'administration des différents galactagogues végétaux, en tête desquels se place l'anisette, qui a le précieux avantage de se rencontrer presque partout.

Empoisonnement par le formol.

Le formol est employé aujourd'hui d'une si universelle façon qu'il est bon de noter et de retenir le fait récent d'empoisonnement que M. le Dr Coste a relaté dans les *Arch. de méd. navale* et que la *Rev. des Hôpitaux* a analysé.

M. Coste ayant à manipuler, pour le musée, dont il est conservateur, un grand nombre de poissons conservés dans une solution de formol à 5 % fut pris, au bout de trois semaines environ, d'accidents locaux et généraux qui prirent une certaine gravité.

« Les symptômes locaux consistaient en brûlures des mains, gerçures des doigts avec gonflement, rougeur et éruption de petites vésicules avec démangeaisons insupportables.

« Du côté du nez, ce fut d'abord une véritable fièvre des foins : éternuements continuels et abon-

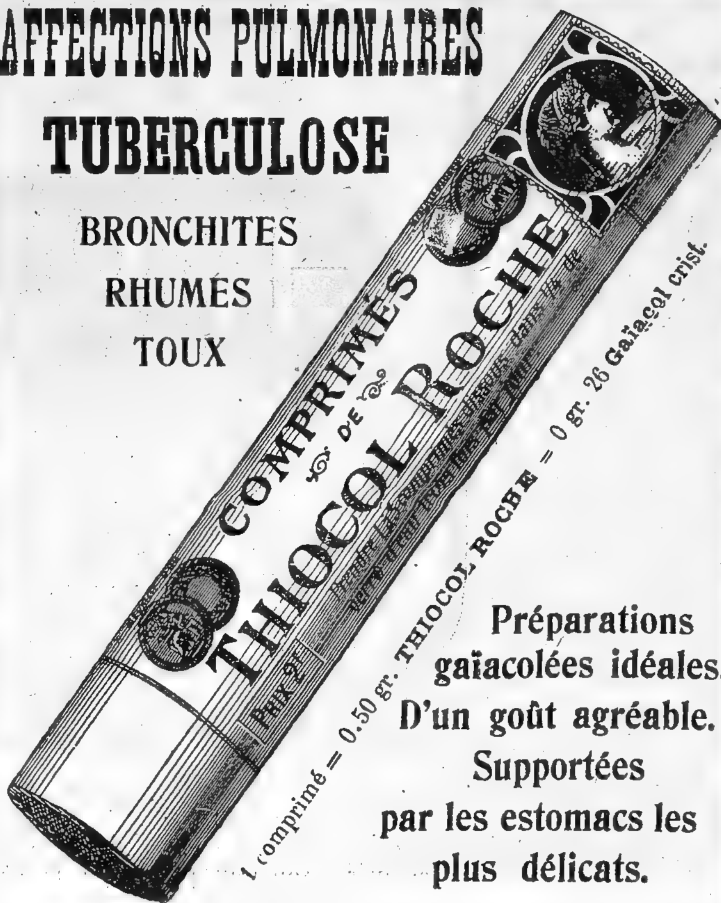
AFFECTIONS PULMONAIRES

TUBERCULOSE

BRONCHITES
RHUMES
TOUX



1 cuillerée à soupe = 1 gr.
THIOCOL ROCHE
= 0.52 **Gaïacol** crist.



Préparations gaïacolées idéales. D'un goût agréable. Supportées par les estomacs les plus délicats.

SE MÉFIER DES CONTREFAÇONS INACTIVES OU TOXIQUES

GYNÉCOLOGIE

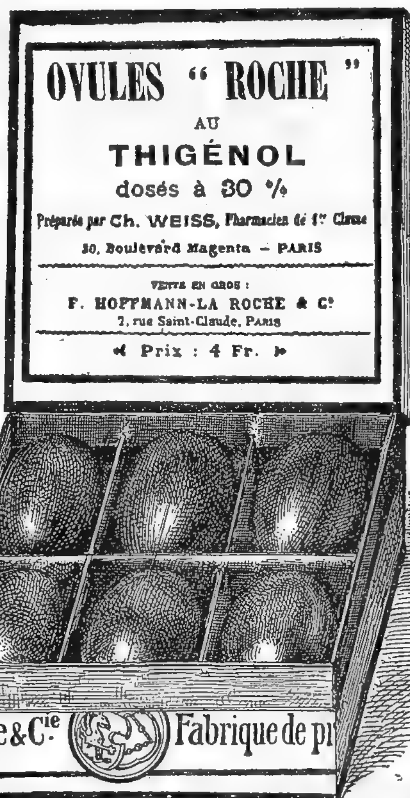
DÉCONGESTION PUISSANTE

SÉDATION RAPIDE ET COMPLÈTE DES SOUFFRANCES

DIMINUTION DES PERTES

ACTION CALMANTE ÉNERGIQUE

*Les **TACHES** sur la peau et le linge disparaissent par simple lavage à **L'EAU**.*



F. HOFFMANN-LA ROCHE et Cie
7, rue Saint-Claude, 7
PARIS

Correspondance hebdomadaire (*Suite*).

Dr D., de B., à «Sou Médical»:— « Je suis assuré à la P., pour les accidents que je puis éprouver personnellement. L'attitude de cette société vis-à-vis de notre confrère B.. m'enlève toute sympathie pour elle, je désire donner à mon contrat la moindre durée possible. Guidez-moi dans ce but. Les assurés peuvent faire cesser leur obligation à la fin de chaque période dont la durée est déterminée par l'art. 25, du décret du 22 janvier 1868. C'est-à-dire, 5 ans

Réponse. — Conformément aux dispositions du décret du 22 janvier 1868, portant réglement d'administration publique pour la constitution des sociétés d'assurances (*Bulletin des lois* IIe série, no 15.787), les sociétaires ont le droit, indépendamment de toute disposition statutaire, de se retirer tous les cinq ans, en prévenant la société six mois à l'avance dans la forme indiquée ; soit par une déclaration au siége social, dont il devra leur être délivré un récépissé; soit par un acte extra-judiciaire, c'est-à-dire un acte d'huissier portant cette signification, soit par tout autre moyen indiqué à la police. Relisez ce document ; généralement une lettre recommandée suffit.

Suite page XII.

dance de mucus ; puis, les narines s'obstruaient par du mucus durci et collé contre la muqueuse, il en était de même dans le fond de la gorge, ce qui donnait lieu à des quintes de toux simulant la toux nerveuse, très fréquentes, très douloureuses à la partie supérieure de la face antérieure du cartilage thyroïde, correspondant à l'insertion des cordes vocales, et durant jusqu'à l'expulsion de quelques-unes de ces étranges concrétions.

« Quant aux symptômes généraux, pendant dix-huit jours, l'appétit fut presque nul, dégoût de tout aliment, — miction ordinaire à l'odeur de formol, — faiblesse générale, amaigrissement, insomnie.

« Mais, c'est surtout la circulation qui causa de l'inquiétude ; tous les jours, de 1 heure à 3 heures du soir, de 7 heures du soir à 2 ou 3 heures du matin, survenait un accès de tachycardie de 110 à 120 pulsations, sans augmentation de température, sans aucune douleur, même sans aucune fatigue.

« Ces symptômes ont disparu peu à peu, presque sans traitement, au bout d'une vingtaine de jours; quelques pilules de cascarine ont eu raison de la constipation, qui n'est pas habituelle ; les brûlures des mains, très lentement modifiées par la glycérine amidonnée ou la vaseline boriquée, ont guéri rapidement sous l'ouate humectée de liqueur de Van Swieten enveloppée de gutta ; les crises de toux n'ont pas résisté longtemps aux gargarismes borato-cocaïnés et surtout aux attouchements directs avec un pinceau chargé de cocaïne à 1,50 % ».

Scoliose et pratique journalière.

La scoliose ne mérite pas le mépris plein d'optimisme avec lequel on la considère, surtout lorsqu'elle est à son début. Il est incontestable que quelquefois la guérison vient seule, mais cette évolution heureuse est l'exception et non la règle. Le plus souvent, la déformation persiste, va en s'accentuant et devient une véritable infirmité.

Dans le *Journal des Praticiens de l'Ouest*, M. le Dr Le Faguays résume en quelques lignes les principaux points du traitement :

« Il faut dans ces traitements de la patience, de la persévérance, une volonté d'arriver au but qui fait vaincre ce qu'ils ont de fastidieux, et, enfin, une régularité absolue. Ces conditions font que, même dans les cas légers, il ne faut pas espérer grand chose du traitement familial, trop facilement remis au lendemain. La volonté directrice du médecin est indispensable.

« Le repos une heure par jour sur une planche, le couchage sur un lit dur sont des choses inutiles, qui ne sauraient avoir aucune action sur des déviations qui sont dans un plan parallèle à celui sur lequel repose l'enfant.

« L'importance que l'on a accordée, ces dernières années, à l'écriture droite, a été fort exagérée.

« Les corsets orthopédiques ne s'adressent qu'à un très petit nombre de cas. Souvent, ils ne sont pas seulement inutiles, mais même nuisibles, par la gêne de mouvement qu'ils provoquent, par la fatigue due à leur poids, enfin, parce qu'il faut, au contraire, fortifier par l'exercice.

« Chez la grande majorité des scoliotiques, ce sont, en effet, les troubles musculaires qui dominent l'évolution de la maladie. Ces troubles doivent être combattus, non par l'immobilisation, mais par le massage, l'hydrothérapie et surtout la gymnastique médicale. »

Le syndrome de Mikulicz.

On donne le nom de *maladie de Mikulicz*, ou mieux de *syndrome* de Mikulicz, à la tuméfaction symétrique des glandes lacrymales et des glandes salivaires. De nombreuses causes peuvent provoquer ce syndrome (infections indéterminées, tuberculose, syphilis, infantilisme).

Il peut arriver, d'ailleurs, que le syndrome ne soit pas complet, que les glandes lacrymales soient seules hypertrophiées, ou que les glandes salivaires le soient aussi à l'exclusion des glandes lacrymales.

M. Frenkel, de Toulouse, a étudié cette intéressante question dans une clinique que publie la *Province médicale*, et voici comment il comprend le syndrome de Mikulicz :

On peut, dit-il, admettre qu'il est légitime de parler de syndrome de Mikulicz dans les cas où l'affection intéresse le système entier des glandes salivaires, parotides, sous-maxillaires, sublinguales, avec ou sans participation des glandes lacrymales, quand elle est bilatérale, quand elle est chronique et ne s'accompagne ni de douleur, ni de fièvre, ni de troubles fonctionnels, quand la tuméfaction des glandes est dure et sans phénomènes inflammatoires, quand l'état général est bon, quand le sang et le système lymphatique ne présentent pas d'altération bien caractérisée.

Envisagé ainsi, le syndrome de Mikulicz peut se présenter non seulement sous la forme d'une affection morbide, mais encore sous la forme d'un état physiologique qui passe généralement inaperçu pour le malade et pour son entourage. Bien plus, cette forme physiologique est assez fréquente pour qu'on ait pu en observer 15 cas dans l'espace d'un an, depuis que l'on a pris la peine d'examiner attentivement ces faits.

Ce syndrome de Mikulicz physiologique porte exclusivement sur les glandes salivaires des deux côtés.

Les glandes parotides, sous-maxillaires et sublinguales sont augmentées de volume, ont une consistance dure, sont indolores et ne présentent aucun trouble fonctionnel.

L'hypertrophie glandulaire est symétrique des deux côtés avec de légères variations possibles tant dans le degré de l'hypertrophie des deux côtés que dans le degré d'augmentation de volume du côté des parotides ou des autres glandes salivaires.

Les glandes sous-maxillaires sont souvent ectopiées et le déplacement se fait aussi bien de la profondeur vers la surface que dans le sens de l'abaissement et de rapprochement vers le larynx.

L'examen histologique d'une glande sous-maxillaire excisée sur le vivant a montré l'intégrité parfaite des acini et l'aspect absolument normal des cellules.

La fréquence de ce syndrome physiologique peut être provisoirement estimée à presque 1 %, sans qu'il soit encore possible d'attacher à ce chiffre une valeur définitive. Dans la population toulousaine, cette fréquence paraît plus grande parmi les sujets d'origine espagnole. Les hommes présentent plus souvent que les femmes l'hypertrophie des glandes salivaires qui ne paraît devenir frappante que chez les adultes. L'hérédité pourrait y jouer un certain rôle.

Par son aspect rappelant les oreillons, l'hypertrophie des parotides appelle tout d'abord l'attention. Celle-ci éveillée, il est facile de constater par la palpation, l'abaissement et l'augmentation de volume des glandes sous-maxillaires, et par la vue et le toucher, l'allongement et la saillie des glandes sublinguales, la langue étant relevée en haut.

Les autres glandes de l'économie ainsi que le système lymphatique restent normales et le sang ne présente aucune altération caractéristique.

Traitement des paralysies diphtériques.

M. le Dr Louis Mandy, de Lyon, a consacré sa thèse à l'étude du traitement des paralysies diphtériques.

Toute paralysie diphtérique, dit-il, qu'elle soit récente ou tardive, localisée ou généralisée, doit être traitée immédiatement par les injections de sérum antidiphtérique.

Ces injections, faites à la dose de 20 cc. chacune et plus, suivant l'âge du malade et suivant la gravité du cas, seront répétées tous les jours jusqu'à ce que l'état du malade s'améliore d'une façon sensible et persistante.

Il faut frapper *vite* et *fort*, tout le succès de cette thérapeutique résidant dans ces deux conditions.

Ce traitement intensif n'offre, dans la plus grande majorité des cas, aucun danger, ni même aucun inconvénient. Il s'applique à tous les malades, quel que soit leur âge, quelle que soit la forme de leur diphtérie, qu'ils aient été traités ou non préalablement par des injections de sérum antidiphtérique.

En effet, les résultats cliniques doivent prévaloir sur les considérations théoriques concernant la nature des paralysies diphtériques. Ils semblent prouver que : ou bien la plus grande partie de ces paralysies est due à l'action de la toxine soluble, ou bien l'antitoxine diphtérique (sérum antidiphtérique) exerce ses propriétés neutralisantes aussi bien sur les endo que sur les exotoxines.

Les quelques accidents sériques qui ont pu être observés ont tous été bénins et passagers : ils ont consisté en érythèmes et œdèmes fugaces ou en phénomènes douloureux sans importance.

Quant aux phénomènes d'anaphylaxie, sur lesquels on a récemment attiré l'attention à propos des toxines et des antitoxines, les résultats actuels de l'expérimentation et de la clinique montrent qu'il n'y a pas lieu de les envisager dans les conditions où se pratiquent habituellement les injections de sérum antidiphtérique.

La décoloration des doigts jaunis par l'acide picrique.

Jusqu'à présent, on employait le carbonate de lithine ; il a le gros inconvénient de n'être soluble que dans l'eau gazeuse.

M. le Dr Duchesne, à la Société du VIe arrondissement de Paris, conseille de lui substituer le benzoate de lithine ou le salicylate de lithine, qui, eux, sont solubles dans l'eau et donnent d'excellents résultats pour la décoloration des doigts.

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

MÉDECINE PRATIQUE

L'incontinence d'urine essentielle.

Au dernier congrès de l'Association d'Urologie, il a été beaucoup question des incontinences d'urine et en particulier, de l'incontinence essentielle.

Comme le fait justement remarquer M. le Dr E. Desnos, dans son Traité des maladies des voies urinaires (Paris. O. Doin, 1909), l'incontinence essentielle devrait être dénommée *miction involontaire*, car c'est un véritable acte mictionnel, bien différent de l'incontinence fonctionnelle des calculs, de l'hypertrophie prostatique, des rétrécissements uréthraux, de certaines maladies du système nerveux.

I

Les enfants sont presque seuls atteints d'incontinence essentielle. L'hérédité paraît avoir une influence bien nette. Les enfants de névropathes sont, en effet, sujets à cette affection, qui est comme un stigmate précurseur de cette tare pour l'avenir : beaucoup d'incontinents deviennent spermatorrhéiques.

Dans les incontinences essentielles, on distingue les incontinences symptomatiques et les incontinences idiopathiques.

« *Incontinence symptomatique.* — Dans un premier groupe, la cause réside dans une affection vésicale (calcul, tuberculose) ou dans des modifications chimiques de l'urine (acidité excessive, glycosurie, albuminurie). Ou bien, elle provient d'un réflexe. Elle dépend alors d'une malformation de l'urèthre ou de la verge (épispadias, hypospadias, phimosis, atrésie du méat, polype ou tumeur uréthrale chez la fillette) ou plus souvent d'une affection rénale (calcul, tuberculose, sarcome). Le réflexe prend aussi naissance dans une lésion de voisinage (oxyures, polypes du rectum, vulvite). Enfin, la cause de l'incontinence est parfois, une affection nerveuse (épilepsie, spina bifida, mal de Pott, myélites). Récemment, à l'Association des Urologistes, M. le Dr Hamonic a insisté sur la fréquence des rapports qui existent chez l'enfant entre le phimosis et l'incontinence d'urine.

« Sur un relevé de 187 circoncisions pratiquées chez l'enfant dans le but exclusif de faire disparaître l'*incontinence nocturne*, M. le Dr Hamonic relève 130 guérisons, dont 47 obtenues entre deux et 25 jours et 83 après six semaines.

« L'auteur a perdu de vue 57 opérés, mais il est certain que la plupart d'entre eux ont été guéris, sans quoi on les lui aurait ramenés.

« M. le Dr Hamonic applique de plus en plus la *circoncision systématique* à la cure de l'incontinence.

« Une remarque importante est à faire. C'est que rarement l'incontinence cesse de suite après la circoncision. Parfois la guérison est assez longue à se produire et demande plusieurs mois pour être complète. Cette lenteur a empêché, au début, M. le Dr Hamonic de saisir l'importance thérapeutique de la circoncision. Ce sont même des mères qui ont attiré son attention sur ce fait en reportant à l'intervention chirurgicale la disparition de l'infirmité.

« On comprend qu'à la longue il se produit chez l'incontinent une sorte d'accoutumance nerveuse que ne peut effacer d'un coup la résection du prépuce. Il faut être patient et s'attacher, si on

veut hâter le résultat, à refaire l'éducation de la vessie en forçant l'enfant à uriner à des heures déterminées.

Incontinence idiopathique. — « Le plus souvent, les incontinents nocturnes présentent une tare héréditaire ou personnelle, hystérie ou névropathie, dans chacune des trois espèces d'incontinence idiopathique :

A) Incontinence psychique.

B) Incontinence par exagération de l'excitabilité vésicale.

C) Incontinence par atonie des sphincters.

A. *Incontinences psychiques.*— Les unes sont dues à ce que l'enfant,pollakiurique dans le jour, rêve la nuit qu'il urine et urine réellement. Les autres sont attribuables à la paresse.

B. Incontinences provenant d'une excitabilité exagérée de la vessie : on trouve en même temps une hyperesthésie de la muqueuse uréthrale, point de départ du réflexe vésical. La vessie entière se contracte, mais la contraction du corps l'emporte sur celle du col et l'urine s'écoule. Il existe toujours un certain degré de rétention.

C. Le sphincter peut être insuffisant, soit congénitalement, soit par un vice de fonctionnement l'empêchant de résister aux contractions vésicales pendant le sommeil.

Au Congrès des Urologistes, M. Desnos a ajouté : « Les états qu'on désigne sous le nom d'incontinence essentielle reconnaissent des causes diverses: plusieurs relèvent de lésions anatomiques caractéristiques, mais qui échappent pendant longtemps au diagnostic, de sorte que le terme « essentielle » n'est souvent qu'une dénomination d'attente destinée à faire place à un diagnostic plus précis. Les moyens d'investigation perfectionnés permettent souvent de reconnaître ces lésions, en particulier la cystoscopie, dans des cas difficiles et rebelles. Contre toute attente, on découvre souvent des lésions de cystite, des altérations des orifices urétéraux, parfois des malformations qui indiquent la nature de la maladie. On ne devra donc pas négliger la cystoscopie toutes les fois que l'âge de l'enfant permettra l'introduction d'un cystoscope : or, dès l'âge de 5 ou 6 ans, le calibre de l'urètre est ordinairement suffisant. Une lésion souvent dépistée par ce moyen est une tuberculose rénale latente. »

II

Symptomes

« Une miction involontaire nocturne vide en entier la vessie ; souvent le sommeil continue ; parfois l'enfant est réveillé par la sensation d'humidité qui en résulte. Dans certains cas, l'incontinence nocturne est intermittente et ne se produit que deux ou trois fois par semaine ou même par mois ; d'autres fois, il y a par nuit, deux ou trois mictions. Pendant le jour, le besoin est habituellement perçu ; parfois la faiblesse du sphincter est telle que l'enfant est obligé d'uriner de suite, tout au moins de n'attendre qu'un temps très court. Il est rare que l'incontinence soit également diurne. Cette affection, sujette à des rémissions temporaires, qui font croire à l'efficacité de tel ou tel traitement, guérit ordinairement vers l'âge de vingt ans, souvent même elle disparaît à la puberté, à moins qu'elle ne soit causée par un calcul, une tuberculose urinaire ou une malformation de l'urèthre ».

La seule difficulté du diagnostic réside dans la recherche de la variété : l'examen local fera facilement reconnaître les incontinences réflexes liées à la présence d'un phimosis et d'une balanoposthite, les incontinences par irritation dues à la tuberculose vésico-prostatique, et celles qui sont symptomatiques de l'épilepsie, enfin les incontinences dues à une simple paresse.

L'exploration uréthrale avec l'explorateur à boule donne-t-elle la sensation de résistance avec vive douleur ? C'est qu'il y a excitabilité vésicale. Franchit-on, au contraire, le sphincter sans rencontrer de résistance, ni causer de douleur ? On est en présence d'une incontinence par insuffisance sphinctérienne.

Dans tous les cas, il faut dissuader les parents ou les personnes chargées de veiller sur l'enfant, de sévir brutalement dans tous les cas où l'incontinence d'urine est constatée. On peut dire que huit fois sur dix, l'enfant n'est pas coupable et que les sévices corporels ne sont pas mérités puisqu'il s'agit d'une maladie ou d'une conséquence d'une infirmité.

III

Traitement

Quand il ne s'agit pas d'une incontinence provoquée par un phimosis, que seul peut guérir la circoncision, on aura recours au traitement général : grand air, hydrothérapie, exercice physique, repos intellectuel, médication arsenicale, strychnée, glycéro-phosphatique, sérum marin et cytosérum, intimidation par des paroles sévères et suggestion, avec ou sans hypnose.

Comme moyens indirects, mais souvent utiles, on évite de faire boire beaucoup l'enfant au dîner et au coucher, on le fait uriner avant le coucher et on l'habitue à se réveiller à heures fixes, la nuit, de préférence, aux heures correspondantes à celles du jour où il est habitué à uriner, minuit et demi, quatre heures, six heures. On peut aussi tâcher d'éviter la pression de l'urine sur le col vésical en faisant coucher les enfants sur un plan incliné, la tête plus basse que le corps.

« Le traitement externe peut agir par des moyens locaux ayant pour but d'éveiller la sensibilité uréthrale (dilatation, instillation, injection), et par des moyens généraux (hydrothérapie massage).

« Le traitement médicamenteux a eu son époque : on a administré longtemps, soit des antispasmodiques (belladone, atropine, antipyrine, chloral), soit des excitants du système musculaire (strychnine, ergot de seigle, *rhus aromaticus*, etc.), soit des modificateurs du chimisme urinaire (alcalins, antiseptiques urinaires), etc. On peut les employer pour l'effet moral.

« Le traitement électrique a été mis en honneur par Guyon, qui a préconisé les courants faradiques ; depuis on a fait des courants continus, des courants de Morton, de l'électricité statique, etc.

« Le traitement psychique a donné bien des succès aux psychiatres, soit par la suggestion hypnotique (Liébeault. Bertillon), soit par la suggestion somnique (Farez).

« Plus récemment, Cathelin a préconisé les injections épidurales ; Jaboulay, les injections de sérum dans l'espace présacré. »

Les injections épidurales de M. Cathelin, imaginées il y a 8 ans, se font de la manière suivante : On fait coucher le patient sur le côté gauche ; on délimite, au-dessous de la crête sacrée et de chaque côté de l'orifice du canal sacré, les deux tubercules osseux, qui forment avec la pointe coccygienne les angles du triangle inférieur du canal sacré. On enfonce verticalement, un peu au-dessus de la ligne des tubercules sacrés, la longue aiguille d'une seringue stérilisée de 10 centim. cubes de capacité. L'aiguille progresse

jusqu'à ce qu'on sente qu'on traverse la couche ligamenteuse qui forme la paroi postérieure du canal sacré. Cela fait, on abaisse le pavillon de l'aiguille qui devient horizontale ; à ce moment, elle avance librement. Quand on l'a enfoncée d'environ 5 cm., on injecte le liquide contenu dans la seringue (5 à 6 cmc. de cocaïne à 0,20/100 ou 10 cc. de sérum physiologique. On fera ainsi de deux à six injections à des intervalles de 3 à 8 jours : si à ce moment, on n'a obtenu aucun résultat, il est inutile d'en continuer l'emploi. De nombreux chirurgiens allemands, dont les noms sont bien connus en urologie, considèrent la méthode épidurale comme de beaucoup supérieure à tout ce qu'on a fait jusqu'ici et lui donnent tous, statistiques en mains, le nom de *méthode de choix*.

M. le Dr Jaboulay pratique les injections rétro-rectales de sérum physiologique. L'aiguille, introduite à la pointe du coccyx, sert à injecter une centaine de grammes de sérum. Cette méthode paraît devoir être presque exclusivement psychopathique, réservée aux incontinents, et peut être employée comme moyen adjuvant dans les autres cas auxquels une thérapeutique différente est applicable (1).

M. le Dr Genouville, de Paris, a imaginé un appareil avertisseur pour les incontinents dont voici la description : cet appareil consiste essentiellement en deux toiles métalliques de 25 cm. de côté, entre lesquelles on place une couche de ouate hydrophile bien sèche, et de 1 cm. d'épaisseur.

Ainsi superposées, la couche d'ouate entre les deux toiles métalliques, les trois épaisseurs sont placées sous le drap, à l'endroit du bassin et sur la toile cirée qui garnit toujours le lit de ces malades.

Chacune des toiles métalliques est reliée par un fil souple aux bornes d'une batterie de deux piles Leclanché (ou analogue) munie d'une sonnette à trembleur, exactement comme les sonnettes électriques des appartements. Pour les voyages ou le séjour à la campagne, on peut remplacer les piles Leclanché par des piles sèches, d'un transport plus facile.

Le mécanisme du fonctionnement de l'appareil est le suivant : l'enfant se couche avec le lit préparé comme nous venons de le décrire. S'il n'urine pas, rien ne se produit, la sonnerie reste silencieuse. S'il urine, au contraire, l'urine coule entre les cuisses et vient mouiller le drap sous le bassin. Le drap est aussitôt traversé (à condition ne n'être pas en trop grosse toile et surtout en toile neuve) et, l'humidité traversant la toile métallique, l'ouate hydrophile se trouve mouillée à son tour. Alors cette ouate mouillée devient conductrice, les deux toiles métalliques sont reliées par ce contact, et, le circuit se trouvant fermé, la sonnerie retentit. Elle retentit tant que le malade ne se lève pas, et d'autant plus fort qu'il tarde plus à se lever, puisque le contact par ouate mouillée devient plus intense entre les deux toiles métalliques. D'ailleurs point n'est besoin d'une longue sonnerie, en général. Surpris par ce timbre qui résonne dans le silence de la nuit, l'enfant se lève, sépare les deux toiles métalliques et arrête ainsi le timbre. Il n'a plus qu'à changer de chemise et à placer une autre couche de ouate sèche à la place de celle qu'il a mouillée (il faut toujours en laisser une toute prête à sa disposition.) Il se recouche, se rendort, et rarement urine une seconde fois.

On peut, pour éviter le bruit de la sonnerie qui éveille les voisins, substituer une bobine d'induction, qui procure une secousse faradique assez intense pour réveiller le patient.

Dr Paul Huguenin.

(1) E. Desnos. — Traité des maladies des voies urinaires, 1909.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Le cancer du corps du pancréas

M. Chauffard appelle l'attention de l'Académie sur la symptomatologie du cancer du corps du pancréas, dont il a eu l'occasion d'observer trois cas en peu de temps.

Cliniquement, le syndrome subordonné au cancer du corps du pancréas est très différent du syndrome dépendant du cancer de la tête du même organe. Les points de repère fondamentaux pour le diagnostic du cancer de la tête du pancréas sont les suivants : maladie survenant en pleine santé ou après une première phase presque latente de léger amaigrissement ; apparition soudaine, sans douleur, sans cause appréciable, d'un ictère par rétention qui ne cède à aucune médication, devient de plus en plus foncé et prend ce reflet verdâtre de si mauvais augure ; en même temps, dilatation progressive de la vésicule biliaire (sauf exceptions), qui forme une tumeur piriforme, indolente et facile à faire ballotter ; amaigrissement cachectique progressif, mais tout cela *sans douleur*, les symptômes d'ordre biliaire restant l'élément fondamental du diagnostic.

Dans le cancer du corps du pancréas, au contraire, la douleur passe au premier plan et les troubles biliaires sont accessoires. Les *douleurs* procèdent par crises, à siège épigastrique et sus-ombilical, avec irradiations souvent dans le dos, les épaules. Ces douleurs, soudaines, aiguës, angoissantes, viscéralgiques (drame pancréatique de Dieulafoy), simulent les *crises gastriques du tabes*, à s'y méprendre parfois. Elles s'expliquent par une lésion probable du plexus solaire, dont une partie est immédiatement accolée à la face postérieure du corps du pancréas. Les autres indices de la maladie sont : les troubles de la santé générale, l'amaigrissement à marche rapide. L'ictère est tardif et inconstant.

Contre le cancer du corps du pancréas, la thérapeutique médicale est impuissante. La chirurgie peut intervenir utilement. L'opération procure ce bénéfice inappréciable de supprimer instantanément les crises douloureuses, probablement du fait de la décompression intra-abdominale qui en résulte.

Intradermo-réaction à la tuberculine.

M. Hutinel entretient l'Académie d'un procédé de diagnostic de la tuberculose dû à M. Ch. Mantoux et décrit sous le nom d'intradermo-réaction à la tuberculine. Cette méthode serait plus fidèle que la cuti-réaction et n'offrirait pas les dangers de l'ophtalmo-réaction. Elle consiste à injecter *dans le derme* une goutte d'une solution de tuberculine à 1/5000 : il se produit, chez les sujets tuberculeux, une réaction caractérisée par de la rougeur et de l'infiltration au niveau du point d'inoculation.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Traitement du cancer par la fulguration

MM. de Keating-Hart et Juge (de Marseille) présentent une statistique des cas de cancer

MATIÈRE MÉDICALE MODERNE

LA MINÉRALISATION HUMAINE

LA THÉRAPEUTIQUE REMINÉRALISATRICE

On sait depuis longtemps que nombreux sont les minéraux qui entrent dans la composition de la matière vivante organisée, mais la découverte est de date récente, qui a démontré que le protoplasma cellulaire n'est autre qu'une combinaison organo-métallique. C'est Gaube (du Gers) qui le premier a mis ces faits en lumière. Depuis, ses idées ont fait leur chemin et, à la lueur de travaux aussi intéressants qu'instructifs, le rôle du minéral dans la vie et les fonctions de la cellule s'est nettement dessiné comme un rôle de premier plan. Aussi différents auteurs, tant en France qu'à l'étranger, se sont-ils efforcés de préciser la nature exacte et la quantité de métaux qui existent dans les différents tissus de l'organisme. Recherches grosses de conséquences, puisqu'elles ont éclairé certains côtés encore obscurs de la physiologie pathologique et permis d'en déduire la thérapeutique rationnelle de quelques états morbides, devenus banals à force de fréquence, et à la base desquels se trouve toujours un processus de déminéralisation.

Tous les éléments minéraux organiques existent en totalité dans les cendres des tissus examinés. Or, ces cendres qui représentent 4,3 % environ du poids du corps, proviennent pour les 5/6e du squelette, et pour 1/6e de tous les autres tissus et des humeurs. On trouve, dans les cendres osseuses, du phosphate acide de chaux, du sulfate de manganèse ; dans les cartilages, une forte proportion de sulfate acide de chaux et un peu de chlore. Le cerveau est riche en phosphore, en potassium et en sodium. Le foie et la rate contiennent du sodium, du potassium et du fer. Enfin, le phosphore, le chlore, le sodium et le fer surtout se rencontrent dans le sang, non seulement à l'état de sels inorganiques, mais encore dans des combinaisons plus ou moins stables telles que la lécithine, la nucléine, l'hémoglobine, la fibrine, etc.

Encore que tous ces minéraux ne figurent dans l'organisme qu'en quantités relativement faibles, ils exercent une influence décisive sur les échanges nutritifs et sur les mouvements vitaux intra-cellulaires. Il suffit de constater dans quelles limites considérables en plus ou en moins ces quantités varient dans telle ou telle circonstance pathologique.

L'urologie nous révèle l'énorme proportion de sels minéraux éliminés dans un temps très court, dans les états fébriles, au détriment des tissus et des liquides normaux dont les pertes ne peuvent, et pour cause, se réparer parallèlement à elles-mêmes. Ainsi s'explique la déchéance qui accompagne à des degrés divers, mais d'une façon constante, les maladies aiguës. L'hématologie nous renseigne sur la teneur du sang en hémoglobine, au cours des anémies primitives ou secondaires qui se traduisent anatomiquement par des altérations quantitatives et qualitatives de la « chair qui coule ». La coprologie, si légitimement en faveur aujourd'hui, s'ajoute à l'urologie pour établir le bilan des échanges dans les cas où, par suite de viciations de la nutrition, les mutations demeurent insuffisantes et incomplètes, le déchet considérable n'étant pas compensé par un apport proportionnel de matériaux réparateurs. Toutes les modalités cliniques qui se rangent sous la dénomination générale d'Arthritisme et qui dérivent de tares héréditaires, de troubles constitutionnels, d'influences extérieures prolongées, sont caractérisées par une déminéralisation ininterrompue.

A ces différents processus déminéralisateurs, la Thérapeutique se doit d'opposer une médication reminéralisatrice. De quelles armes dispose-t-elle pour y réussir ? Ce n'est certes pas leur nombre qui fait défaut. Volontiers, dirions-nous : elles sont trop, si, parmi toutes les préparations que la Pharmacopée moderne met à la portée des médecins et des malades, il ne s'en trouvait quelques-unes que met en relief leur parfaite efficacité et qui, par cela même, se recommandent au choix des prescripteurs et les tirent ainsi d'embarras.

La Thérapeutique reminéralisatrice en effet, se propose un double but : d'abord et avant tout, donner aux différentes fonctions, et surtout aux digestives, le coup de fouet, la stimulation qui, par un réveil opportun de l'appétit et des phénomènes d'assimilation, permette à l'alimentation de faire son œuvre réparatrice : ensuite, introduire dans l'organisme le minéral défaillant sous la forme qui se prête le mieux à son absorption et à son utilisation par la cellule.

La *Biogénine* Rochard, qu'on peut appeler hardiment la bien nommée puisqu'en réalité, elle refait de la matière vivante, nous apparaît comme un produit complexe, mais de composition singulièrement harmonieuse et bien comprise pour obtenir la double résultat que nous venons d'indiquer. Elle contient du *Phosphomannitate de fer*, combinaison ferreuse de phosphore, à laquelle le molécule mannitique apporte le correctif nécessaire pour remédier à l'astringence desséchante des bases. Elle contient encore du *Phosphomannitate de manganèse*, ce dernier métal agissant comme le fer, mais d'une manière beaucoup plus intense par l'incitation des ferments oxydants du globule sanguin. A ces deux éléments primordiaux s'ajoute l'*Arrhénal*, composé arsenical organique dont l'action eutrophique n'est plus à démontrer ; la *Strychnine*, le grand agent névrasthénique et le stimulant le plus actif de la fibre musculaire. La Kola, la Quassia et la Gentiane viennent compléter heureusement cet ensemble qui constitue finalement un remarquable reconstituant et un actif reminéralisateur dans les convalescences, dans la tuberculose au début, dans l'anémie, la chlorose, dans le rachitisme, le lymphatisme et l'arthritisme, dans tous les états en un mot qui réclament une restauration durable de la matière vivante amoindrie.

Dr QUERCY.

N. B. — Un échantillon de *Biogénine* est adressé gratis et franco à MM. les Médecins sur demande adressée à M. ROCHARD, pharmacien à Sainte-Suzanne (Mayenne).

PHTISIOLOGIE

CYTO-SÉRUM

De CORBIÈRE et LINDEUX



Nulle médication, *on peut l'affirmer*, ne modifie aussi avantageusement et aussi vite le terrain d'évolution de **toutes les Tuberculoses** que l'emploi méthodique du **CYTO-SÉRUM.**

(Voir *Concours Médical* 1908, n° 37, p. 615).

La boite de 12 ampoules de 5 centimètres cubes :

Prix au public. . . . . **10 fr**
Prix au médecin. . . . . **7 fr. 50**

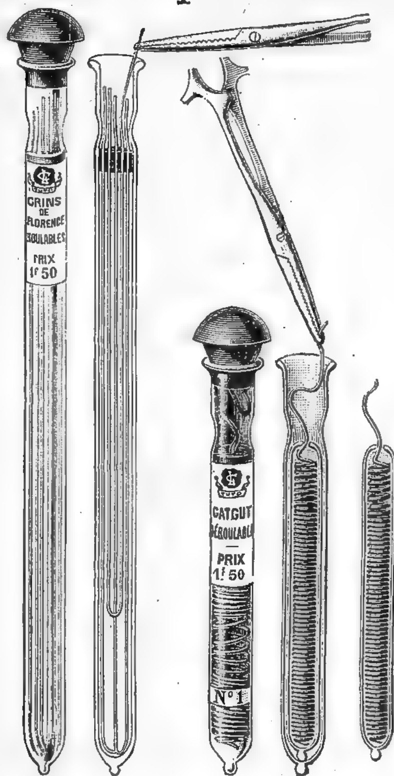
SERINGUE SPÉCIALE pour l'injection du cyto-sérum avec aiguille platine iridiée :

Prix au public. . . . . **15 fr.**
Prix au médecin. . . . . **11 fr. 25**

PANSEMENTS CORBIÈRE & LINDEUX, 3, *rue Fourcroy, PARIS*

SUTURES & LIGATURES ANTISEPTIQUES B. S. G. D. G.

pour la Chirurgie d'urgence



Avantages de notre dispositif :

1° Suppression des supports sur lesquels sont habituellement enroulés les fils et conséquemment stérilisation plus régulière.

2° **Le fil est déroulable, même les crins de Florence.** La partie non employée, à l'abri de toute contamination, reste dans son **liquide antiseptique** de conservation jusqu'au nouvel emploi.

3° **Le volume des tubes contenant les fils est réduit au minimum,** il permet de placer dans une **trousse de poche :** crins, catguts, soies, etc.

	Prix aux Médecins
Catgut déroulable *antiseptique*, n°s 00, 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6.	**1.15**
Crins de Florence, déroulable, *antiseptique*. . .	**1.15**
Fils de lin déroulables, *antiseptiques*, fin, moyen, gros.	**1.15**
Soie plate antiseptique, n°s 1, 2, 3, 4, 5, 6. . . .	**0.95**
Soie ronde *antiseptique*, n°s 1, 2, 3, 4, 5, 6. . . .	**1.25**

Par 5 objets de la même espèce 10 % de remise en sus

Les Ligatures aseptiques pour la grande Chirurgie sont conditionnées en tubes scellés Brevetés S. G. D. G

Envoi du catalogue général illustré franco sur demande.

qu'ils ont traités par leur méthode, dite de fulguration. Cette méthode consiste dans la combinaison d'une action électrique particulière et d'une intervention chirurgicale. La technique électrique a pour base la projection sur les tissus de la longue étincelle de haute fréquence et de très haute tension, véritable foudre en miniature. Le principe chirurgical s'éloigne beaucoup de la chirurgie classique du cancer. L'opération a pour but d'enlever simplement le gros de la masse néoplasique, sans chercher à faire une extirpation large, l'étincelle électrique faisant le reste. Cela rend l'intervention beaucoup moins sérieuse et permet d'intervenir sur des cancers que la chirurgie classique considère comme inopérables.

Les résultats obtenus par MM. de Keating Hart et Juge seraient des plus satisfaisants. Ces auteurs ont appliqué leur méthode à une quarantaine de cas de cancers, siégeant à la face, au sein, au rectum, aux lèvres, à la langue, et ils ont obtenu un pourcentage élevé de guérisons, dont quelques-unes remontent à 2 ans 1/2.

Leucoplasie linguale hérédo-syphilitique.

Pour M. Gaucher, la leucoplasie linguale a toujours une origine syphilitique. C'est également l'opinion de M. Landouzy, qui fait de ce petit accident un stigmate de spécificité. Les antécédents de syphilis acquise sont, en effet, fréquents chez les sujets porteurs de plaques de leucoplasie bucco linguale. Quelquefois, il s'agit de syphilis héréditaire. M. Gaucher avait déjà publié, il y a quelques années, une observation de leucoplasie linguale hérédo-syphilitique. M. Lacapère en relate aujourd'hui un second cas.

Traitement du tétanos par l'injection intra rachidienne de sulfate de magnésie.

MM. Griffon et Lian ont tout récemment décrit une nouvelle méthode de traitement du tétanos par les injections intra-rachidiennes de sulfate de magnésie. Cette méthode s'appuie sur les recherches de trois auteurs américains, Meltzer, Blacke et Auer, qui ont reconnu au sel magnésien des propriétés antispasmodiques, utilisables en thérapeutique. Aux cas rapportés antérieurement de tétanos traité efficacement par ce procédé, il faut en joindre un autre, observé par MM. Ramond et Doury. Il s'agit d'un cas grave de tétanos, suivi de guérison, où l'injection intra-rachidienne de sulfate de magnésie a procuré immédiatement les plus heureux effets. La dose fut celle préconisée par la technique américaine, soit un centim. cube de la solution à 25 % par 25 livres de poids du corps.

Le signe thyroïdien dans le rhumatisme aigu.

M. Vincent apporte une nouvelle contribution à l'étude du « signe thyroïdien » qu'il a décrit dans le rhumatisme articulaire aigu.

Ce phénomène, qui consiste en une tuméfaction et une douleur au pincement du corps thyroïde, est fort commun dans le rhumatisme. Il s'observe surtout chez les sujets adultes et dans les formes aiguës et fébriles de l'affection. Il fait défaut dans les états subaigus et *a fortiori* dans les états chroniques, ces derniers étant précisément entretenus par l'insuffisance sécrétoire de la glande thyroïde.

La tuméfaction thyroïdienne n'est ici qu'un processus de défense de l'organisme. Elle est au rhumatisme ce que l'hypertrophie de la rate est au paludisme et à la fièvre typhoïde.

M. Vincent a trouvé le signe thyroïdien, plus ou moins net, 128 fois sur 191 cas de rhumatisme articulaire aigu.

Néphrites aiguës d'origine amygdalienne.

A propos d'une observation de M. Nobécourt, M. Léon Bernard rappelle l'existence des néphrites aiguës d'origine amygdalienne. Bien connues depuis les travaux déjà anciens de Bouchard et Landouzy, ces néphrites ne sont pas aussi rares que semblerait le faire croire l'oubli où on les tient généralement.

La néphrite aiguë post-amygdalienne, dit M. Léon Bernard, est habituellement légère. Ses symptômes principaux, l'hématurie et l'albuminurie, ne s'accompagnent guère de signes d'intoxication. L'albuminurie dure un temps variable, de quelques semaines à quelques mois, puis finit par disparaître. Toutefois, un cas, léger à l'origine, peut s'aggraver par l'absence de traitement. Aussi ne faut-il pas ignorer ces faits.

M. Comby a eu également l'occasion de voir un bon nombre de cas bénins de néphrite aiguë chez les enfants dont le point de départ s'est trouvé dans une infection pharyngienne (amygdalite, adénoïdite, rhino-pharyngite). La muqueuse de la gorge est friable et doublée d'une épaisse couche de tissu lymphoïde qui constitue pour les microbes un excellent milieu de culture. Là se trouvent de larges portes d'entrée pour toutes les infections et l'on ne doit pas être plus étonné de rencontrer une néphrite aiguë d'origine pharyngée, qu'on ne le serait devant une pneumonie, un rhumatisme aigu, une ostéomyélite de même origine.

P. L.

PRATIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE
DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

XXI

L'urétrotomie interne est une intervention d'urgence qu'il est parfois indispensable au médecin de pratiquer ; son obligation peut se comparer à la hernie étranglée. Une chute sur le périnée sera le plus souvent la cause du traumatisme en matière d'accidents du travail.

Parfois le blessé aura uriné du sang, puis l'émission d'urine sera devenue impossible, une ecchymose envahit la région et gagne les bourses, le globe vésical fait saillie dans la région pubienne.

On peut tenter le cathétérisme, mais avec quelle prudence ! On usera d'une sonde molle ou d'une sonde à béquille ; on suivra avec mille précautions la paroi supérieure et on n'insistera pas. Cependant, et c'est le conseil que donne Lejars, on ne doit pas négliger cette tentative, car dans des cas rares elle peut être suivie de succès et naturellement tous y trouvent avantage ; le blessé d'abord, qui est immédiatement soulagé et le médecin lui-même qui peut ainsi prendre son temps et ses dispositions en vue d'une intervention s'il la juge nécessaire ; mais dans ces cas heureux les choses s'arrangeront souvent seules.

Bien entendu, la sonde sera laissée à demeure, car il n'est pas certain qu'une nouvelle tentative aura un aussi bon résultat.

La durée pendant laquelle on laissera la sonde, est variable, mais il faut au moins cinq jours et plutôt un peu plus.

Prenons un autre cas : on n'a pas pu passer. Le malade est mis dans la position de la taille et endormi au chloroforme. La région a été

rasée et bien savonnée ; la verge est relevée. Il faut de l'aide, car si le périnée n'est pas bien présenté, on ne fera rien de bon. Les aides des jambes prendront un pied d'une main et fléchiront la cuisse sur le ventre. Au besoin cette mission peut être confiée à des aides de fortune qu'on placera bien en leur recommandant de ne pas regarder du côté de l'opérateur afin d'éviter les syncopes qui surprennent les plus vaillants et troublent toujours la marche normale d'une intervention.

Si on possède une table avec porte-cuisses du genre de celle que nous avons décrite au début de ces articles, on supprimera les deux aides des jambes et ce sera tout profit.

Une sonde molle est placée dans l'urèthre et va jusqu'au point où elle bute ; si vous pouvez franchir, tant mieux, mais n'insistez pas. Incisez sur la ligne médiane sans dévier, coupez franchement.

Le plus souvent, vous n'aurez pas grande peine et dès que la peau sera sectionnée, vous arriverez sur des caillots que vous enlèverez à la main et au tampon, ou même avec la curette prudemment maniée et servant de cuiller.

Faites bailler la plaie en réclinant avec des écarteurs à griffes. La paroi inférieure est déchiquetée, mais la paroi supérieure reste. C'est là une circonstance favorable et ce point de muqueuse doit être respecté. Au doigt et à l'œil cherchez la bonne route et voyez s'il sourd de l'urine. Enfoncez la sonde, un 14 ou 16. Vous êtes dans la vessie.

Prenez une sonde nouvelle, introduisez-la dans le bout supérieur et remplacez celle que vous venez de placer dans la vessie par celle que vous allez mettre à demeure.

Avec de la soie fine, suturez les lambeaux sans que les fils traversent la muqueuse de part en part ; de fines aiguilles courbes, l'aiguille à pédale sont très bien pour ce travail.

Ne cherchez pas à réunir la peau, votre suture ne tiendrait pas ; cependant si un cas de section nette se présentait, on pourrait la tenter.

Tamponnez à la gaze et fixez la sonde à demeure. Un bon pansement comprimant bien le périnée achèvera l'opération.

Toutes les hypothèses peuvent être faites au sujet des circonstances qui peuvent se présenter. Il peut y avoir section complète, destruction d'une partie de l'urèthre... C'est au moment que vous jugerez de la résolution à prendre ; faites sans hâte et en vous inspirant de la technique que *nous venons d'indiquer. Le moindre lambeau* est précieux à conserver, il ne faut rien supprimer mais tâcher d'utiliser tous les débris.

Beaucoup plus souvent qu'on ne pense on a avec ces restaurations des résultats satisfaisants. L'opérateur gagnera une notoriété de très bon aloi en menant à bien son intervention et cette considération n'est pas à dédaigner, elle compensera dans une certaine mesure la mesquinerie du tarif qui prévoit pour cette opération un honoraire bien trop réduit.

La sonde sera laissée à demeure le temps nécessaire et forcément variable. Il faut tenir compte de la fistulisation, de la réunion par seconde intervention, etc. Enfin, il y aura lieu de faire prudemment, mais sans tarder, des séances de dilatation ou mieux de maintien du calibre de l'urèthre restauré.

Le blessé ne sera pas en état de reprendre son travail de si tôt ; la vessie s'infectera forcément et il faudra faire de fréquents lavages à l'eau boriquée et au nitrate faible.

Enfin, il y aura toujours lieu de conclure à une infirmité permanente et partielle, car même dans les cas heureux le rétrécissement est forcé, fatal. Plusieurs fois par mois, le blessé devra se rendre chez le médecin pour y recevoir les soins nécessaires, c'est tout cela qui entrera en ligne de compte et fournira la base d'appréciation de l'indemnité.

On peut admettre la possibilité d'une intervention chirurgicale à froid pour rétrécissement d'origine traumatique.

Le calibre du canal s'est peu à peu rétréci et la miction devient impossible, la dilatation impraticable ou trop douloureuse. C'est bien là encore une intervention pour accident du travail, mais le moment opportun a varié.

Quand on le pourra et ce sera le plus souvent ainsi, on introduira une bougie conductrice dans la vessie et on vissera sur cette bougie le cathéter métallique qui ira jusqu'à l'obstacle ; s'il ne peut le franchir, c'est alors que l'incision se fera couche par couche ; on ne tardera à sentir les tissus crier sous le bistouri, c'est le tissu fibreux du rétrécissement dans lequel on se trouve qui s'annonce ainsi.

La restauration se fera de suite s'il n'y a pas d'infection ; si les tissus sont infectés, on tamponnera comme dans l'opération pour le traumatisme récent.

La sonde restera en place pendant 5 à 6 jours et on pratiquera sans tarder la dilatation régulière de l'urèthre.

H. 2. — Accouchement d'origine traumatique sans complication.

Même honoraire que ci-dessus, 30, 40 ou 55 francs.

Cet article ne comporte aucun développement spécial puisqu'il s'agit d'un accouchement sans complication. Je pense qu'il faut comprendre dans ce paragraphe les cas de fausse couche provoqués par les traumatismes : chute, choc, coups, etc. C'est de bonne logique.

Il serait oiseux de donner aux lecteurs du *Concours* des indications sur ce qui est de leur pratique de chaque jour ; aussi n'insistons-nous pas.

(*A suivre*).

Docteur Ch. LEVASSORT.

LA RÉFORME DES ÉTUDES MÉDICALES

La part des écoles de médecine militaire et *navale dans l'encombrement médical.*

Philippeville, le 20 novembre 1908.

Monsieur le Rédacteur en chef
du *Concours médical*,

Permettez-moi un tout petit mot au sujet de l'encombrement médical et de la réforme des études.

Dans le n° 46 du *Concours*, les Drs Charézieux et Delpeut parlent de nos écoles de médecine militaire. Ce dernier, après en avoir demandé la suppression, reconnaît qu'au contraire ces écoles complètent l'instruction donnée par les Facultés, par des cliniques et des travaux complémentaires ; il conclut qu'il serait à souhaiter que tous les étudiants en médecine de France reçoivent une instruction aussi complète que ceux qui passent par Lyon et Bordeaux. Cette observation est parfaitement exacte. Cependant les écoles de Lyon et de Bordeaux jouent un rôle qui n'est pas négligeable dans la question de l'encombrement. D'abord ces écoles sont gratuites ; la presque totalité des élèves obtient bourse et trousseau et les frais d'inscription sont à la charge

de l'Etat. La perspective d'obtenir sans frais un diplôme très onéreux dirige vers Lyon et Bordeaux un grand nombre de jeunes gens qui sans cela se tourneraient vers une autre carrière. Les familles font le sacrifice du P. C. N. et de la première année d'études avec l'espoir qu'une fois admis à l'Ecole militaire leur enfant ne leur coûtera plus rien ; cela est exact pour ceux qui sont admis ; ceux qui échouent continuent la médecine civile parce qu'ils ont déjà deux ans d'études et ne veulent pas les perdre.

La gratuité des Écoles de médecine militaire et navale n'aurait sa raison d'être que si le médecin militaire était tenu de donner toute sa carrière au service de l'Etat. Or, par une anomalie que rien n'explique, il n'en est pas du tout ainsi.

L'élève du service de santé signe en entrant à Lyon un engagement de dix ans. Comme il a une année de service à faire, trois ans à Lyon et un an au Val-de-Grâce, il ne donne donc rien à l'Etat que cinq ans de service. De sorte qu'à trente ans il est libre ; il a fait d'excellentes études sans bourse délier.

J'appartiens à une promotion de Lyon dans laquelle nous étions soixante-cinq à l'entrée de l'Ecole. Il y a quinze ans de cela. A l'heure actuelle je ne retrouve pas sur les annuaires plus de dix camarades dans le service de santé ; tous les autres sont médecins civils ; il est vrai qu'une bonne partie a succombé dans le surmenage intensif de l'Ecole.

Il n'en est pas moins vrai qu'on peut établir en moyenne que trente médecins au moins quittent l'armée de terre tous les ans après ou peu après l'expiration de leur engagement décennal. Si on leur ajoute une vingtaine provenant de l'armée de mer, cela fait près de cinquante praticiens civils qui n'existeraient pas si l'armée ne les retenait comme elle fait des saint-cyriens ou des polytechniciens.

Je me suis permis de vous envoyer cette remarque parce qu'elle m'a paru échapper aux confrères bien plus compétents que moi qui s'occupent de ce débat capital pour l'avenir de la profession.

Veuillez agréer, cher confrère, l'assurance de mes sentiments distinguées.

Dr FERAUD.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

SOU MÉDICAL

Séance du jeudi 19 *novembre* 1908.

Présents : MM. Maurat, Jeanne, Vimont, Cézilly, Diverneresse, de Grissac, Dumesny et Versepuy, de Chevreuse.

La semaine qui vient de s'écouler était la semaine de l'assemblée générale.

De nombreux confrères ont entretenu le secrétaire général de plusieurs affaires en cours ou qu'ils se proposaient de soumettre au « Sou ». Quelques-uns ont apporté à Diverneresse des documents très suggestifs pour augmenter le dossier déjà gros de sa contre-enquête. Ces documents verront le jour et seront publiés.

Le docteur B., de A., subit depuis près de six ans les attaques d'une personne qu'il a eu l'occasion de soigner dans son service d'hôpital. C'était un malade indocile qu'il n'avait pu maintenir immobilisé dans une gouttière pour une arthrite du genou et qui sortit la jambe en demi flexion sur la cuisse ayant refusé l'extension sous *chloroforme* et l'immobilisation.

Une première action ayant été introduite contre la commission administrative de l'hôpital, celle-ci avait appelé notre confrère en garantie. Le plaignant ayant été débouté après enquête par les premiers juges vit confirmer leur jugement par un arrêt de la Cour, après contre-enquête, etc. Le plaideur ne se tint pas pour satisfait et avec le concours de l'assistance judiciaire, qui véritablement abuse, notre confrère fut poursuivi et pris à partie directement. Un premier jugement déboute son adversaire qui retourne devant le bureau de l'assistance judiciaire près la Cour pour obtenir l'assistance afin de soutenir son appel.

Le confrère demande à être indemnisé des frais de son 1er procès et demande également à être muni en vue de l'appel.

Le premier procès accorde à notre confrère comme indemnité la condamnation du demandeur aux dépens. Le bon billet ! ! ! le client étant insolvable et ses frais seuls ayant été avancés par le Trésor ! ! !

Le Conseil décide que la somme de 150 fr. sera mise à la disposition du confrère, et demande que des démarches soient faites auprès des pouvoirs publics et en particulier du ministre de la justice pour éviter de pareils abus des bureaux d'assistance judiciaire.

No 104. — Dr L. à B. — J'ai poursuivi une nourrice pour soins donnés à son neveu qu'elle allaitait. C'est elle qui m'avait fait appeler. Cette femme s'est laissé condamner par défaut.

Elle fait opposition au jugement que j'ai obtenu contre elle, et, demanderesse à son tour, offre de démontrer qu'elle ne m'a pas fait demander ; peut-elle être autorisée à faire cette preuve ?

Réponse. — Elle peut être autorisée pour sa défense à faire toute preuve qu'elle pourra produire, à vous à lui opposer la preuve contraire.

No 116. — Dr T., à V. — Le Dr C., mon prédécesseur, malgré des engagements formels devant notaire de ne pas exercer la médecine dans un rayon de 8 kil., autour de son ancienne résidence, n'a jamais cessé, malgré mes observations, de violer ses engagements. J'ai usé de patience autant que j'ai pu, espérant que mon vendeur, habitant S., à 12 kilom., finirait par observer les conventions signées et la parole donnée, — il n'en est rien —. Las, je désire en finir ; quels documents dois-je réunir ? Quelles formalités remplir ?

Réponse. — Formez un dossier, réunissez un *ensemble de faits* qu'il sera possible de confirmer par une enquête. Il ne faudrait pas un seul fait isolé. Assurez-vous de la solidité des témoignages à invoquer, car en pareilles matières les cas d'amnésie sont très fréquents et tel qui vous aura, en conversation particulière, affirmé une chose, viendra devant un juge enquêteur déclarer qu'il *n'est pas bien sûr*, que *c'est bien possible*, et qu'en définitive *il ne sait rien*.

On ne saura vous donner d e conseil ferme que lorsque vous aurez fourni les éléments indispensables pour se prononcer en toute connaissance de cause.

No 88. — Le Dr N., à R. — Longue lettre, tenant le « Sou » au courant de son procès avec la Compagnie d'assurance la P. L'avoué de la Compagnie a indiqué à la désignation du juge comme expert, un médecin *affilié officiellement* à cette Compagnie. Mon adversaire, à l'intention de

faire durer l'enquête le plus possible et de lasser la patience des experts; 150 à 214 cas, sont contestés, paraît-il ! Car ni le Président ni les experts ne sont encore fixés sur ce point par la Compagnie. Celà ne sera pas fini de sitôt !

Nº 95. — Dr G., à B. — Vous avez entre les mains un bulletin délivré par un patron, et portant le nom d'un de vos confrères. Ce bulletin vous a été remis par un blessé ne voulant pas obéir à l'injonction de son chef d'industrie. Ce bulletin n'a aucune valeur contre le patron responsable, il démontre seulement que le blessé a bien été victime d'un accident survenu alors qu'il était au service de ce patron.

Croyez-moi donc, négligez absolument l'assurance et assignez le chef d'industrie devant le juge de paix en paiement de votre note d'honoraires, n'abandonnez pas la partie, ne classez pas cette affaire. Vous devez avoir gain de cause. Cependant, au cas où cela ne se réaliserait pas, réclamez à ce patron, en raison des mauvaises difficultés qu'il soulève, trois cents francs de dommages-intérêts de façon à sortir de la compétence en dernier ressort du juge de paix, et pouvoir aller en appel si le jugement ne vous donne pas satisfaction.

Nº 89. — Le Dr L., de S., communique l'extrait suivant de la *Gazette des tribunaux* qu'on lui oppose pour ne payer ses déplacements en matière-accident du travail qu'à l'aller seulement :

« Admission, au rapport de M. le Conseiller Zeys, et sur les conclusions conformes de M. l'avocat général Lombard, du pourvoi formé par MM. Bozard et Grolot contre un jugement du juge de paix de la Chartre-sur-le-Loir du 28 fév., 1907, rendu au profit du Dr Ernous.

(Cass. Ch. des Req., 20 juillet 1908, *Gaz. des Trib.*, 3 août 1908.)

« L'indemnité kilométrique est calculée par kilomètre *parcouru en allant et en revenant*.

« Doit-il être entendu en ce sens, que l'indemnité n'est due qu'une seule fois et non pas deux pour l'aller et pour le retour ? »

Me Gatineau a donné sur la question ainsi soulevée une consultation qui sera publiée de manière à attirer l'attention des confrères aux quels on opposerait ce moyen (1). »

Nº 94. — Lettre du Dr L., de P. — « Veuillez remercier les membres du Conseil d'adinistration qui, par la décision qu'ils ont prise de déférer à la Cour de Cassation le jugement rendu contre moi par le tribunal de la Seine, concernant les massages multiples, me permettra, je l'espère, de faire triompher ma thèse dans l'intérêt du Corps médical tout entier. »

Nº 103. — Dr L., à B. — « Dans mon affaire c. S..., le conseil a pris la décision de m'aider à me pourvoir en Cassation contre le jugement du tribunal de Tours. Inutile de vous dire toute ma satisfaction de cette décision et ma reconnaissance de l'appui que je trouve près du « Sou ». Le procès-verbal signé du juge de conciliation était illégal et le tribunal n'a pas voulu le reconnaître ; je pense que la Cour suprême cassera.

« Enfin, les assurances, qui essayent de me lasser par toutes les tracasseries possibles parce que je donne aux blessés du travail mes clients des conseils et un appui tout naturels, vont-elles, je l'espère, y réfléchir à deux fois. »

Nº 116. — Le Dr S..., de P.., nous écrit.

« Monsieur et cher Confrère,

« J'adresse, avec la présente, l'expression de mes remerciements les plus vifs et les plus sincères aux membres du Conseil d'administration du « Sou Médical », pour l'appui moral et pécuniaire qu'ils m'ont apporté dans mon procès avec la Compagnie des Omnibus (affaire B.).

« C'est avec un grand plaisir et une véritable sensation de réconfort que j'ai constaté, en cette circonstance, le bel exemple de solidarité et de défense professionnelles qui sont la raison d'être du « Sou Médical ».

« Veuillez croire, etc. »

Nº 117. — Le Dr H., de R., adressait au « Sou » un volumineux dossier relatif a une réclamation d'honoraires pour soins à des victimes du travail, poursuite du débiteur, le patron, devant le juge de paix, etc. Ce dossier adressé à Me Gatineau, le confrère a reçu toutes les indications nécessaires.

Nº 2356. — Le Dr G., d'A., demande : Le tarif accorde pour l'amputation d'un doigt le prix de 10 visites. *Quid* pour l'amputation de trois doigts?

Réponse. — L'amputation de trois doigts de la main comporte trois opérations distinctes ; il y a donc lieu de réclamer trois fois le prix de l'amputation d'un seul doigt.

L'aide ne sera payé, pour l'administration du chloroforme, que le prix de 10 visites, une seule fois, et il en sera de même pour l'ensemble du pansement qui devra n'être compté qu'une seule fois.

Dr V., de C. — L'enquête promise n'est pas faite au sujet de la révocation de médecin d'hôpital. En face de cette inaction, n'y aurait-il pas lieu d'introduire une action judiciaire ? Me Gatineau sera consulté à ce sujet et le conseil suivra son avis.

Comité de vigilance du Congrès des Praticiens.

Paris, le 28 novembre 1908.

Une délégation du comité de vigilance du Congrès des Praticiens, sous la conduite de M. Dubuisson, député du Finistère et de M. Laurent, député de la Loire, composée de MM. Courtault, Le Fur, Leredde, Noir, Philippeau, Tourtourat, a été reçue le mercredi 25 novembre par M. Clemenceau, président du Conseil des Ministres.

La délégation a remis la note ci-jointe à M. Clemenceau,

Le Président a paru surpris que le Ministère de l'Instruction publique ait voulu rétablir l'officiat de santé sous une forme déguisée, en créant le certificat d'études médicales supérieures. Il a convenu que la réforme de l'enseignement médical exigeait d'autres mesures que la création de nouveaux diplômes, et a promis d'appuyer la protestation du Congrès de Lille auprès du ministre de l'Instruction publique.

Monsieur le Président du Conseil,

Le Corps médical, réuni au Congrès des Praticiens de Lille, nous a donné mandat pour protester auprès de vous contre des actes administratifs qui sont contraires à ses droits légitimes et à la préservation de son unité morale.

Le Ministère de l'Instruction publique, en dehors de la volonté de son ministre, a créé, en 1906, un certificat d'études médicales supérieures.

L'Institution était inutile à l'enseignement médical, dont la réforme exige autre chose que de nouveaux diplômes . Elle était opposée aux intérêts des médecins, en créant à leurs dépens une classe nouvelle d'hommes séparés de leurs confrères par leurs titres et leur dignité administrative.

Les réclamations unanimes du Corps médical

(1) Cette consultation a été publiée en tête du nº 48 du *Concours Médical*.

ont déterminé le Ministère de l'Instruction publique à convoquer une commission où quelques médecins praticiens furent admis au milieu de cinquante délégués officiels, puis à changer le nom de son certificat. Lorsque celui-ci eut pris le nom de certificat d'admissibilité à l'agrégation, le Ministère de l'Instruction publique déclara que le corps médical avait reçu pleine et entière satisfaction.

1600 médecins adhérents au Congrès de Lille, les représentants de 9500 praticiens de Paris et de province, nous ont prié de vous affirmer le contraire en toute sérénité.

Vous ne nous reconnaîtriez pas, Monsieur le Président du conseil, le droit de vous parler de questions d'enseignement, et nous ne voulons pas être renvoyés à des fonctionnaires qui ont toujours pensé pouvoir agir contre l'enseignement de la médecine sans prendre l'avis d'autres hommes compétents que deux ou trois personnalités officielles. Nous savons que la seule préoccupation de ces fonctionnaires est de maintenir la structure administrative et d'étendre leur pouvoir. Nous n'avons garde de croire que notre autorité soit appréciée des bureaux du Ministère de l'instruction publique ; l'avis du Congrès des Praticiens est, du reste, que le soin des réformes doit être confié aux corps enseignants et non à l'action de ces bureaux, nuisibles à la vie de l'enseignement et à l'activité de nos écoles.

Nous protestons contre une méthode administrative qui tient compte des volontés de l'opinion médicale dans la mesure nécessaire pour la dévier, l'égarer et la tromper. Il existe des syndicats médicaux et des associations médicales. Seuls ils représentent le corps médical, parce que seuls, ils agissent en pleine indépendance, seuls ils ont le droit de parler en son nom aux pouvoirs publics; ceux-ci ont besoin de la collaboration active, de l'adhésion volontaire des médecins, des praticiens à toutes les mesures qui ont pour but les progrès de l'hygiène, de l'assistance et non seulement de l'enseignement médical. Ces médecins ont l'honneur de vous adresser aujourd'hui la parole.

Ce n'est pas par des employés, des fonctionnaires, des subordonnés et des salariés, par des rouages mécaniques, que la République achèvera l'œuvre sociale dont elle a entrepris la tâche.

Un homme tel que vous, Monsieur le Président du conseil, dont le génie impatient ne peut accomplir, sans doute, tout ce qu'il voudrait faire, est mieux renseigné que nous à cet égard.

Nous vous demandons aujourd'hui de prendre, d'accord avec le ministre de l'Instruction publique, les mesures nécessaires pour que les décisions de ses bureaux soient rapportées. Quelques candidats auront préparé des épreuves et n'obtiendront de leur travail aucun résultat matériel; mais si le travail a pu être utile à leur instruction médicale, ils n'auront pas à regretter le temps qu'ils y auront consacré.

***

Une conférence, sous la présidence du docteur Emile Roux, directeur de l'Institut Pasteur, aura lieu le samedi 5 décembre, à 5 heures du soir, à la « Société de Géographie » 184, Bd. St-Germain.

Cette conférence, organisée avec le concours de MM. Babinski, Bourneville. Hirtz, Huchard, Championnière, Noir et autres personnalités médicales, sera faite par le docteur Sorel, de Dijon, et portera sur l'*agrégation, le privat-docentisme, le libre choix du médecin.*

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Le prix de la visite est déterminé par le lieu de la résidence du médecin, et non par le lieu de la résidence du malade.

JUSTICE DE PAIX DU CANTON DE BELLEY (Ain).
24 août 1907.

Entre M. E. Héritier, docteur-médecin, demeurant à Belley, demandeur, d'une part.

Et Joseph Bertrand propriétaire, demeurant à Parves, en qualité de père et administrateur de la personne et des biens de Marin Bertrand, son fils, mineur, d'autre part.

Et entre ledit Joseph Bertrand, ès qualités, demandeur en garantie, d'une part.

Et Henri Billiémaz, entrepreneur de battage, demeurant à Brégnier-Cordon, appelé en garantie, d'autre part.

En présence de la compagnie d'assurances contre les accidents « l'Abeille » dont le siège social est à Paris, rue Taitbout, 57, intervenante, d'autre part.

La cause appelée à l'audience du dix août courant, le mandataire du demandeur a exposé, qu'à la date du 3 septembre 1906, le sieur Marin Bertrand, fils mineur de Joseph Bertrand, avait été victime d'un grave accident au moment où il travaillait à une machine à battre : qu'appelé aussitôt, M. Héritier dut, en présence de l'état du blessé, procéder à l'amputation de la jambe gauche, qu'il continua à lui donner ses soins jusqu'au vingt décembre suivant : qu'il lui est dû pour cela ;

1° L'opération................	150 fr.
2° Dix visites à Parves, avec pansement, à vingt francs la visite du 5 septembre au 9 décembre.	200 fr.
3° Trois certificats fournis......	9 fr.
Qu'en outre, M. Héritier a dû se faire assister dans cette grave opération par un de ses collègues, le Dr Chaboux, de Belley, auquel il a payé la somme de.	80 fr.
Total...........	439 fr.

Puis il a conclu à ce que Joseph Bertrand, défendeur ès qualité, soit condamné à lui payer la dite somme, avec intérêts de droit et aux dépens ;

Joseph Bertrand, défendeur, comparant, déclare ne pas vouloir contester le compte présenté par M. Héritier, mais il a expliqué que l'accident arrivé à son fils, le 3 septembre 1906, à l'occasion duquel M. Héritier demande le paiement de ses frais et honoraires, est un accident du travail ; qu'aux termes de l'art. 4 de la loi du 9 avril 1898, le chef de l'entreprise, en la circonstance M. Billiémaz, est tenu de supporter les frais médicaux et il a conclu à ce que M. Billiémaz fût tenu de le garantir et indemniser de toutes les condamnations qui pourront être prononcées contre lui au profit de M. Héritier, et à ce qu'il fut en outre condamné aux dépens de la garantie. M. Francisque-Anteline Fournier, se présente comme mandataire de M. Billiémaz, patron, et de la Compagnie d'assurances « L'Abeille », intervenante. Au nom de cette dernière compagnie il déclare intervenir dans la présente instance pour relever, garantir et indemniser M. Billiémaz, patron, et en la forme il conclut à ce que son intervention soit admise. Au fond, il conteste le compte réclamé par M. Héritier, et demande à ce qu'il soit fait à ce compte applica-

tion du tarif du 30 septembre 1905 : il déclare offrir et offre à la barre la somme de deux cent quatre-vingt-deux francs 90 centimes.

Le mandataire de M. Héritier refuse cette offre comme insuffisante et ajoute que, dans le compte qu'il a établi dans la citation, il a omis d'indiquer qu'il avait fait en tout onze voyages et visites à Parves, dont un pour l'opération et dix autres pour les pansements; qu'il avait compris ce premier voyage et visite de l'opération dans l'ensemble du compte ; mais que puisque la compagnie d'assurances exige l'application stricte du tarif, il demande formellement à ce qu'il lui soit tenu compte de onze voyages, à Parves, dans le calcul de ses frais, et onze visites.

Sur quoi, nous, Juge de paix :

Attendu que le sieur Bertrand, défendeur, ne conteste pas le compte du demandeur ; que la somme réclamée ne nous paraît du reste pas exagérée. étant donnée la gravité de la blessure et la difficulté résultant des moyens de transport, la route étant à ce moment en reconstruction; qu'il se borne à demander que le sieur Billiémaz, patron, et que la Compagnie d'assurances l'Abeille, soient condamnés à le garantir et indemniser des condamnations qui seront prononcées contre lui, comme étant l'assureur du patron ;

Attendu que cette demande en garantie a été faite à la première audience, c'est-à-dire en temps utile et que du reste M. Fournier, représentant de la Compagnie, reconnaît la garantie qui incombe à cette dernière et se borne à prétendre qu'elle ne peut être tenue de payer les honoraires du médecin dont il s'agit que jusqu'à concurrence du tarif légal, la victime ayant elle-même fait choix de son médecin et a, à cet effet, fait l'offre de payer la somme de deux cent quatre-vingt deux francs 90, ainsi composée ;

1° Amputation de la jambe......	110 fr.
2° Dix voyages à 8 kil. 6 fr. 40 l'un	64 »
3° Dix visites à 1 fr. 50 l'une.....	15 »
4° Dix pansements antiseptiques à 3 fr. l'un..................	30 »
3 Certificats à 3 fr. l'un..........	9 »
Total..............	228 fr.

A M. G. Chaboux.

Une visite en présence d'un confrère......	6 fr.	54 fr. 90
Un voyage..........	6 fr. 40	
Anesthésie générale...	15 fr.	
Rémunération fixée au 1/4 de l'opération..	27 fr. 50	
Total.........		282 fr. 90

Au fond :

Attendu que l'art 4. de la loi du 9 avril 1898, modifiée par celle du 31 mars 1905, porte que lorsque la victime a fait choix du médecin, le chef d'entreprise, et dans le présent cas, la compagnie d'assurances ne peut être tenue des frais médicaux que jusqu'à concurrence de la somme fixée par le juge de paix conformément à un tarif établi par le ministre du commerce ;

Attendu que ce tarif a été établi par arrêté du 30 septembre 1905 et qu'après vérification et en se conformant à ce tarif, il y a lieu d'établir le compte du demandeur de la manière suivante ;

Frais dus au docteur Héritier seulement:

1° Onze voyages à 8 kilom. à 0 fr.40 l'un,(art. 8 du tarif) aller et retour 16 kil...............	70 fr. 40
La 1re visite avec un confrère, art.7, valeur de quatre visites à 2 fr. l'une................	8 fr.
Les dix autres visites à 2 fr. (art. 1er, ville de plus de 5000 habitants)..................	20 fr.
Amputation de la cuisse par un médecin d'une localité de visite à 2 fr. (art. 11 du tarif)	150 fr.
10 pansements à trois visites (art.10 §6 du tarif à 6 fr.l'un)	60 fr.
3 certificats le 1er initial à 2 fr. le 2e à 2 fr, et le 3e à 5 fr. art. 9 du tarif..................	9 fr.
Total........	317 fr. 40

A M. Chaboux.

1 visite à Parves, avec un confrère valeur de 4 visites à 2 fr. l'une art. 7 du tarif......	8 fr.	71 fr. 90
Anesthésie générale (art.10 § E) 10 visites à 2 fr..............	20 »	
Un voyage à 8 kilom. (art.8), aller et retour 16 kilom..........	6 fr. 40	
Opération aide (art. 13), le 1/4 de 150 fr.....	37 fr. 50	
Total.................		389 fr. 30

Attendu que c'est donc de cette somme de trois cents quatre-vingt-neuf francs 30 cent. que la compagnie l'Abeille, mise en cause, peut être déclarée garante, la différence, soit 49 fr. 10, devant rester à la charge de la victime ;

Par ces motifs, statuant en dernier ressort :

Recevons l'intervention de la Compagnie d'assurances l'Abeille, comme recevable. et statuant sur le fond : Condamnons le sieur Bertrand, ès qualité, à payer au Dr Héritier la somme de 439 francs montant du compte établi dans sa citation, avec intérêts de droit et à tous les dépens de l'instance ;

Condamnons le Sr Billiémaz, patron, à garantir et indemniser le sieur Bertrand des condamnations prononcées contre lui en principal, intérêts et frais, mais seulement jusqu'à concurrence de la somme de trois cent quatre vingt-neuf francs 30 centimes ci dessus en principal, et des 390/439 des frais de l'instance.

Condamnons la Compagnie d'assurances l'Abeille à relever et garantir Billiémaz du montant en principal, intérêts et frais des condamnations prononcées contre lui.

Jugement du tribunal civil de première instance de Belley.

Audience du 16 *janvier* 1908.

Le Tribunal,

Ouï les avoués et avocats des parties en leurs conclusions et plaidoirie,

Reçoit en la forme l'appel du sieur Billiémaz et de la compagnie d'assurances l'« Abeille » du jugement du juge de paix de Belley du 24 août 1907,

Et au fond :

Attendu qu'il y a lieu de décider en la cause, si pour fixer les allocations prévues au profit des médecins en ce qui concerne l'application tant de la loi du 9 avril 1898 modifiée par celle du trente et un mars mil neuf cent cinq, que de l'arrêté de M. le ministre du commerce et de l'industrie en date du trente septembre mil neuf cent cinq, il y a lieu de se baser sur le domicile de l'homme de l'art, comme le soutiennent les intimés Bertrand et Héritier, ou bien, comme le soutiennent les appelants, sur la résidence de la victime ;

Attendu qu'il importe de considérer à cet égard qu'en dehors même des usages courants suivant lesquels en tous autres cas les honoraires des médecins correspondent généralement à l'importance des agglomérations où ils résident et aux charges d'existence en résultant, le tarif établi par l'arrêté susvisé prévoit, notamment en son article quatorze, les soins et opérations des médecins spécialistes, tels que médecins oculistes, etc., et qui de nombre relativement restreint, résident d'ordinaire en des centres de population importante ;

Attendu qu'il serait manifestement contraire à l'équité et qu'il n'a pu entrer dans l'esprit du ministre susvisé que ces médecins spécialistes, quand ils doivent se déplacer de leur domicile et résidence pour aller donner à de plus ou moins grandes distances les soins de leur art. aux victimes d'accidents professionnels dans les conditions prévues par la loi du 9 avril 1898, n'eussent droit de ce chef, en dehors de leurs frais particuliers de déplacements, qu'à une indemnité inférieure à celle qui leur reviendrait s'ils avaient été appelés à opérer dans la localité même de leur domicile ou résidence ;

Attendu qu'au susdit arrêté il n'a été fait aucune distinction entre les hommes de l'art appelés à donner leurs soins aux victimes d'accidents professionnels quant aux bases de l'indemnité à leur allouer en raison de leurs déplacements de leurs domiciles et résidences et que par suite c'est avec juste raison qu'en la décision dont est appel le premier juge a pris pour base du compte par lui établi au profit du Dr Héritier domicilié dans une ville de plus de 5000 habitants, le prix de 2 fr. par visite, non celui de 1 fr. 50 centimes prévu pour les localités comptant moins de cinq mille habitants;

Par ces motifs, statuant, en matière sommaire par jugement contradictoire. en dernier ressort, après en avoir délibéré, le ministère public entendu ;

Adoptant en tant que de besoin les motifs du premier juge, dit qu'il a été bien jugé, mal appelé de la sentence rendue entre les parties par le Juge de Paix du canton de Belley le vingt-quatre août 1907,

En conséquence confirme et maintient le jugement entrepris et condamne les appelants à l'amende et aux dépens.

CORRESPONDANCE

Le referendum sur l'étiologie de la typhoïde.

Paris, 20 novembre 1908.

Mon cher Docteur Rivière,

A la dernière réunion (11 novembre 1907) de la Société de Pathologie exotique j'ai lu un travail sur la fièvre typhoïde et paratyphoïde dans l'Inde, et j'ai dit que le coli-bacille pouvait se transformer par évolution en bacille d'Eberth dans les intestins.

J'ai lu vos différents travaux sur ce sujet, et je vois que vous avez avancé cette théorie il y a déjà longtemps, alors je ne réclame aucune priorité à ce sujet. Mon intention est de parler de vos travaux dans ma prochaine communication.

J'ai aussi remarqué que vous n'avez jamais considéré que l'eau était la cause de la fièvre typhoïde, comme on le croit généralement.

Avec mes amitiés, croyez-moi bien sincèrement à vous.

Dr D. B. Spencer.
Colonel, I. M. S.

La typhoïde n'existe pas comme entité morbide ; elle est toujours le résultat de l'encombrement et de l'infection de ce que j'ai appelé les deux égouts collecteurs de l'organisme ; l'intestin et la veine porte. L'infection est toujours conséquence de l'insuffisance hépatique ; l'eau n'est pas en cause. (*Annales de physicothérapie*, janvier 1901. Dr J.-A. Rivière.) Traitement abortif et curatif des maladies aiguës, de la typhoïde et de l'appendicite en particulier, par le calomel, l'huile de ricin, la chaleur et l'eau, donnés d'une façon judicieuse. (Communication faite au British médical Association, juillet 1901.)

Dr J. A Rivière.

Je saisis cette occasion pour affirmer une fois de plus devant les lecteurs du *Concours Médical* ma priorité dans le traitement du cancer par les étincelles et effluves de haute fréquence avant et après les opérations chirurgicales, méthode improprement appelée depuis fulguration. (Communication faite à l'International Congrès d'électro-thérapeutique, Paris 1900.) Dr J. A. Rivière.

BIBLIOGRAPHIE

Bibliothèque du Praticien. — Le *Progrès médical* avait coutume de publier chaque année à cette époque, le *Numéro des Étudiants*, où se trouvaient groupés tous les renseignements pouvant intéresser nos jeunes confrères de demain. Il vient de nous donner cette fois le *Numéro des étudiants et des praticiens* et nous ne saurions lui en adresser trop de félicitations et de remerciements.

Si chaque praticien veut avoir toujours sous la main le livre à consulter (car ce numéro a les proportions d'un livre) pour se renseigner sur tous les points qui font l'objet d'une partie de la petite correspondance dans notre journal, et sur le détail ignoré devant lequel nous nous trouvons tout à coup arrêtés dans la vie en clientèle, il doit demander immédiatement aux bureaux du *Progrès médical*, 41, rue des Ecoles, ce document encyclopédique qu'un petit tour de force a permis de mettre en vente au prix de 1 fr. !!!

Nous prions instamment nos lecteurs de faire au plus tôt cette acquisition, et nous ne cachons pas que nous serions heureux d'être ainsi déchargés d'une partie de la tâche que nous crée la lourde correspondance quotidienne du *Concours Médical*, quand elle conduit à répéter constamment les mêmes réponses aux mêmes questions. Mais nous savons un gré tout particulier à nos confrères du *Progrès médical* d'avoir consacré si large place à la présentation de nos œuvres de défense, de prévoyance et de protection confraternelle en fournissant autre chose que leurs titres et en disant ce qu'elles sont. Ils ont développé le « Væ Solis » du confrère Vigne (de Lyon) en cinquante grandes pages d'une documentation parfaite et enlevé ainsi au praticien le droit de répondre : « Je ne savais pas », quand on lui parle des œuvres si péniblement créées pour la sauvegarde de ses intérêts.

Guide pratique du médecin dans les accidents du travail, leurs suites médicales et judiciaires. *Deuxième édition*, augmentée et mise au courant de la jurisprudence, par MM. Forgue et Jeanbrau (de Montpellier), avec une préface de M. Cruppi, Ministre du commerce, Paris, Masson, éditeur. 1908.

Ce guide pratique, dont nous avons signalé l'apparition en 1905, reparaît aujourd'hui notablement augmenté au point de vue médical et juridique. Les auteurs ont colligé, au fur et à mesure de leur publication, la plupart des faits intéressants dans l'application de la loi de 1898. Et ils les ont exposés

dans leur livre avec le souci de précision et de clarté qui caractérisait la première édition de cet ouvrage. Si MM. Forgue et Jeanbrau ont dû, à certains moments, se livrer à des discussions purement théoriques pour solutionner quelques questions de pathologie, il n'ont jamais perdu de vue le but qu'ils s'étaient assigné : faciliter la tâche du praticien qui n'a ni le loisir ni le moyen de faire des recherches bibliographiques. En présence de chaque cas, les auteurs se posent la question : « Que doit dire le médecin dans son certificat, dans son rapport d'expertise ? A combien peut-il évaluer la réduction de capacité ouvrière ? En somme, les auteurs, praticiens eux-mêmes, ont écrit pour des praticiens. »

Le plan de l'ouvrage est demeuré le même, mais il est doublé de volume. Les cinq chapitres suivants contiennent tout ce que le médecin peut avoir besoin de connaître pour l'application de la loi de 1898 :

Chapitre I : Le rôle du médecin lorsque l'accident vient d'arriver.

Chapitre II : Les suites médico-chirurgicales de l'accident.

Chapitre III : Les suites judiciaires de l'accident.

Chapitre IV : L'évaluation des incapacités.

Chapitre V : Les honoraires médicaux.

Nous signalons particulièrement à la lecture de nos confrères qui s'occupent d'accidents du travail le chapitre Ier où un grand nombre d'éventualités sont passées en revue ; le chapitre II qui contient treize rapports d'expertise ; et dans le chapitre IV, les conseils destinés à faciliter l'évaluation des incapacités permanentes (page 408). Une liste d'évaluations empruntées à la jurisprudence française permettra au lecteur de fixer un chiffre de réduction de capacité dans la plupart des cas. Enfin, après un chapitre très documenté sur les honoraires médicaux, nos confrères trouveront le texte de la loi de 1898, l'arrêté ministériel fixant le montant des honoraires médicaux et le répertoire alphabétique que nous avons établi pour les lecteurs du *Concours Médical.*

En somme, ouvrage de pratique quotidienne qui renferme dans ses cinq cents pages la substance de nombreux volumes de pathologie et des périodiques médicaux et judiciaires qui sont consacrés aux suites d'accidents du travail. Les soins avec lesquels la librairie Masson a édité ce « guide « en rendent la lecture facile. Deux tables, l'une analytique, l'autre alphabétique, très détaillées, permettent de trouver rapidement le renseignement cherché. Il suffit de parcourir quelques pages de ce livre pour voir que les auteurs ont cherché à faciliter la tâche difficile du praticien. C'est pourquoi, il m'a paru bon de signaler avec quelques détails l'ouvrage de MM. Forgue et Jeanbrau dans un journal comme le *Concours*, qui est à la fois un organe de solidarité professionnelle et d'enseignement mutuel, et qui a fourni, sans qu'on l'ait toujours rappelé, une part énorme de la documentation des auteurs.

Docteur Jeanne.

REPORTAGE MÉDICAL

Réorganisation des services médicaux. — Nous lisons dans les grands journaux du 28 octobre 1908 : C'est une question très intéressante que celle de la réorganisation du service médical de la préfecture de la Seine et de l'octroi de Paris. Le préfet de la Seine lui consacre tout un mémoire où sont exposés les travaux d'une commission qu'il présidait avec M. Landrin.

Depuis le règlement de 1895, qui accorde aux ouvriers municipaux malades l'intégralité des salaires pendant un an au moins, le nombre des journées d'absence pour cause de maladie s'est accru dans une proportion que le préfet considère comme inquiétante et c'est pour y remédier que la commission a abouti à une réorganisation des services médicaux de la préfecture de la Seine et de l'octroi de Paris.

Ainsi, pour tout le personnel soumis au règlement de 1895, il existerait deux services médicaux : l'un chargé d'assurer les soins et la fourniture gratuite des médicaments, avec libre choix du médecin et du pharmacien, qui serait alimenté par la retenue de la moitié des salaires afférents aux huit premiers jours de maladie et réglé par un conseil de famille composé en majorité d'ouvriers ; l'autre ayant uniquement pour mission de constater et de contrôler les maladies pour le compte de l'administration et à ses dépens. Ce dernier service continuerait, comme par le passé, à contrôler également le personnel administratif de la préfecture et de l'octroi, ainsi que le personnel enseignant. Il donnerait aussi des soins aux employés de l'octroi qui les réclameraient dans les conditions établies par les règlements antérieurs.

Inspection de l'Assistance publique. — Une session de l'examen d'aptitude aux emplois d'inspecteur et de sous-inspecteur de l'Assistance publique s'ouvrira le mercredi 23 décembre 1908.

Les épreuves écrites seront passées à Besançon, Bordeaux, Caen, Chambéry, Clermont-Ferrand, Dijon, Grenoble, Lille, Lyon, Marseille, Montpellier, Nancy, Paris, Poitiers, Rennes et Toulouse.

L'examen médical et les épreuves orales auront lieu à Paris, au ministère de l'Intérieur.

Sont seules admises à se présenter les personnes qui rempliront, au 1er janvier 1909 ou dans les douze mois qui suivront, les conditions d'âge, de services, d'emploi ou d'ancienneté de grade exigées par les articles 3, 4 et 7 du décret du 28 juillet 1906 pour être nommées soit inspecteur, soit sous-inspecteur de l'Assistance publique.

Les candidats doivent adresser au ministre de l'Intérieur :

1° Une expédition authentique de leur acte de naissance ;

2° Un extrait de leur casier judiciaire ;

3° Des états de services, diplômes, certificats qui auraient pu leur être délivrés ou des copies de ces documents dûment certifiées ;

4° Un certificat médical dûment légalisé établissant que le candidat est de constitution robuste et apte à remplir un service actif.

Ces pièces doivent être parvenues au ministère de l'Intérieur (direction de l'Assistance et de l'hygiène publiques, 2e bureau), au plus tard le mardi 8 décembre 1908.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs Riol, de Pierrefort (Cantal) ; Roy, de Besançon (Doubs) ; Romand, de Longuyon (Meurthe-et-Moselle) et Butaud, de Bourganeuf (Creuse), membres du « Concours Médical ».

Le Directeur-Gérant : **Dr H. JEANNE.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON

3, place Saint-André.

Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trentième année N° 50 Dimanche 13 DÉCEMBRE 1908

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Études, dans des articles spéciaux, des inventions nouvelles et des Médicamen récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

UNE BONNE NOUVELLE

Le Dr J. NOIR, rédacteur en chef du *Concours médical.*

Ceux de nos lecteurs qui assistaient aux Assemblées générales ont accueilli par des applaudissements nourris une bonne nouvelle que nous apportons aujourd'hui à tous.

M. le Dr J. Noir vient partager avec M. le Dr Jeanne la rédaction en chef de notre *Concours Médical*.

Nos deux camarades ont vécu un peu en frères siamois depuis dix ans, entretenant, jour par jour, ces relations, d'ailleurs peu occultes, qui ont assuré l'action parallèle du *Concours* et de l'*Union des Syndicats médicaux* devant toutes les attaques dont le corps médical était l'objet. Ils vont écrire désormais de la même encre.

Présenter ici le Dr Noir est chose bien superflue. Noir, c'est l'*Union des Syndicats médicaux*, c'est le *Syndicat de la Seine* entré dans l'action énergique, c'est la plume brillante et goûtée d'un journaliste professionnel mise au service de l'expérience complète de la vie médicale, expérience acquise dès l'adolescence auprès d'un père qui fut parmi les initiateurs du mouvement syndical dans notre profession.

Noir, c'est le guide autorisé de nos plus actifs groupements, le conseil technique rompu aux difficultés que ceux-ci rencontrent dans leur action devant les pouvoirs, et aussi dans la recherche de la solidarité réelle des praticiens.

Noir, c'est le confrère familiarisé par la pratique personnelle avec tous les services publics de médecine, d'hygiène et d'assistance.

Noir, c'est enfin le médecin de Paris qui s'est habitué à représenter partout le praticien de province, le praticien de campagne, si bien qu'il a su inspirer cette tendance d'une façon irrécusable à l'*Union des Syndicats médicaux* et lui a donné ainsi toute sa force.

Nous guettions depuis longtemps déjà l'heure où notre journal pourrait s'assurer la collaboration de ce conseiller avisé, de ce vaillant lutteur, de ce dévoué camarade.

L'occasion a passé : nous l'avons saisie aux cheveux.

La Société du *Concours médical* a fait là une bonne journée : nous nous en portons garants.

Le Conseil de Direction.

TOUJOURS LE SOU MÉDICAL

L'affaire Vauriot c. Crouzet

Nous recevons de Nîmes le télégramme ci-après qui nous réjouit profondément :

« Adversaire condamné à cent francs de dommages-intérêts et à tous frais d'incompétence. Merci encore généreuse assistance. Vauriot. »

Nous sommes heureux de ce résultat, parce qu'il est la réparation d'un abus de pouvoir qui, au moment où il fut commis, atteignait un confrère estimé dans sa considération et ses intérêts professionnels. Trop souvent des médecins sont victimes de l'arbitraire de maires que la changeante faveur populaire charge pour quelque temps d'une puissance dont ils ne craignent pas d'abuser sans vergogne. Trop souvent aussi, le maquis de la procédure, avec les exceptions d'incompétence basées sur la trop fameuse intangibilité des actes administratifs et sur le principe, dont on abuse tant, de la séparation des pouvoirs, sert d'abri imprenable aux auteurs d'actes arbitraires.

Le « Sou Médical » a voulu montrer qu'avec la puissance de la solidarité, il n'y avait pas de maquis qui tienne. Le temps, l'argent n'étaient rien. Il fallait que le bon droit triomphât. Et enfin le bon droit a triomphé !

Il a fallu 8 ans, il a fallu plaider dans *six* prétoires :

Tribunal civil ;
Cour d'appel ;
Cour de cassation ;
Conseil d'Etat ;
Tribunal des Conflits ;
Tribunal civil.

Et il y a encore la Cour d'appel devant laquelle nous irons si le défendeur nous y amène.

Jamais, avant la création du Sou Médical, on n'avait vu dans le monde médical se produire une résistance aussi opiniâtre à l'arbitraire. Toujours le médecin, isolé, cédait au premier ou au second échec. Comment, dans une profession si absorbante et pas toujours convenablement rémunératrice, un médecin aurait il pu sacrifier son temps, son argent (et il en faut, grands dieux, dans une si longue lutte !) pour obtenir gain de cause, pour arriver à faire condamner comme illicite l'acte commis à son égard et dont la réparation doit se traduire en fin de compte par un chiffre peu élevé ? Lassé par les exceptions et fins de non-recevoir et ne sachant ni ce qu'il pourra obtenir au bout de la lutte, ni s'il verra jamais ce bout, certain en tous cas de voir sa caisse se vider par les frais et dépenses d'honoraires inévitables, le plaideur isolé se retire sous sa tente et s'incline. Il dévore en silence sa rancœur de voir l'injustice triompher et laisse la misanthropie et la haine d'une société mal faite envahir sa pensée.

Si tous les citoyens formaient ainsi entre eux des caisses d'assurances contre l'injustice, permettant à ceux qui seraient lésés par quelque abus, d'en poursuivre jusqu'au bout la réparation et d'obtenir qu'une sanction soit donnée à la condamnation de l'acte abusif, comme la société serait vite améliorée !

Et ce qui dépasse tout entendement, c'est que le Corps médical a, en France, cette Caisse d'assurance, et que cette caisse donne des résultats aussi éclatants que ceux atteints par le « Sou Médical », sans que tous les Médecins en fassent partie ! C'est que, même dans les localités où l'appui donné à quelques membres du corps médical a démontré la force du « Sou » et l'efficacité du Secours qu'il apporte, les confrères du Médecin prévoyant restent indifférents et isolés ! Et ils attendent d'être eux-mêmes lésés pour adhérer à la Caisse de défense professionnelle qui est obligée alors de refuser son appui pécuniaire pour un litige dont la cause est antérieure à l'adhésion !

Ignorent-ils donc que la Réunion des assureurs, ce parlement des Compagnies d'assurances, avec lesquelles ils éprouvent tant de déboires matériels et moraux, dispose de centaines de mille francs pour défendre les intérêts de leurs entreprises, égarer l'opinion, fausser la balance de la justice et exploiter patrons, ouvriers et médecins ?

Le « Sou Médical » avec l'argent de douze à treize cents vaillants, qui n'hésitent pas à faire œuvre de solidarité, lutte seul pour les dix-huit mille médecins de France.

Seul, il se dresse contre les puissantes Compagnies d'assurances, les sociétés mutuelles, les administrations hospitalières, les autorités de toute nature, lorsque celles-ci veulent opprimer et exploiter les médecins.

C'est ainsi qu'actuellement le « Sou Médical », seul, fournit les fonds pour soutenir cinq instances en Cassation dans des procès où le minime intérêt en litige n'eût pas permis aux intéressés de faire de telles dépenses, mais où l'intérêt engagé est considérable pour le Corps Médical tout entier puisque ce qui serait jugé contre un médecin serait appliqué à tous :

Nous les énumérons :

1° Pourvoi contre un jugement du tribunal de Béziers qui, en matière d'accident du travail, a jugé qu'un médecin n'avait pas qualité pour réclamer le paiement des honoraires d'un médecin spécialiste qu'il a fait appeler près du blessé et a en outre violé les dispositions du Tarif du 30 septembre 1905 ;

2° Pourvoi contre un jugement de paix du XIe arrondissement refusant d'admettre le cumul de la visite et des autres allocations pour les pansements antiseptiques complets ;

3° Pourvoi contre un jugement du tribunal civil de la Seine, qui prétend n'accorder que le prix de la séance complète des massages autres que ceux de la main ou du pied par le médecin traitant, à des massages exécutés sur plusieurs parties du corps différentes, lésées dans un accident, et qui sont autres que la main ou le pied ;

4° Défense à un pourvoi formé par une Cie

d'assurances contre un jugement du Tribunal de paix de la Chartre-sur-le-Loir qui a admis que l'indemnité kilométrique de 20 et de 40 centimes par kilomètre parcouru devait être calculée et sur les kilomètres parcourus à l'aller et sur ceux parcourus au retour. (La somme en litige est de 20 fr. 40 ; les frais de cassation de 600 fr. pour le défendeur au pourvoi — et le « Sou Médical » les débourse à sa place avec enthousiasme)

5° Pourvoi contre un jugement du tribunal civil de Loches qui a infirmé un jugement de tribunal de paix donnant gain de cause à un médecin contre une compagnie d'assurances et qui non seulement a foulé aux pieds les règles de la procédure, mais encore n'a pas craint d'admettre qu'un arrangement frauduleux entre le patron et l'ouvrier, sanctionné en conciliation, pouvait empêcher le médecin de réclamer au patron des honoraires pour soins donnés à un ouvrier victime d'un accident déclaré par le patron comme accident du travail, et suivi d'une enquête par le juge de paix.

6° Me Mornard, avocat à la Cour de cassation, a été chargé d'étudier s'il est possible de frapper d'un pourvoi un jugement qui a décidé que le paiement fait par une Cie d'assurances entre les mains de l'ouvrier des frais médicaux dus au médecin, libère le chef d'entreprise envers ce dernier, malgré l'existence de l'action directe, alors que l'ouvrier a dissipé la somme et s'est gardé de payer le médecin.

7o Me Auger, avocat à la Cour de cassation, a été chargé de rechercher si un recours au Conseil d'Etat est recevable et possible contre une décision d'une Commission administrative qui a révoqué un médecin de ses fonctions de médecin d'hôpital, sans l'entendre, et contre l'approbation préfectorale accordée sans enquête, alors que le ministre de l'Intérieur saisi d'un recours refuse de statuer. . .

Nous ne parlons pas des nombreuses affaires portées en appel sur des questions de violation du Tarif Dubief — et contre une décision de justice de paix qui a admis que la Cie des Omnibus pouvait être considérée comme déchargée des frais médicaux et par suite dispensée de payer les honoraires du médecin choisi par l'ouvrier, par suite de l'affiliation de son employé à une Caisse d'assurance mutuelle par laquelle d'ailleurs les frais médicaux ne sont pas payés, le service médical étant assuré par la Compagnie directement.

Telle est l'œuvre de ces douze cents médecins qui combattent de leurs deniers pour tout l'ensemble du Corps Médical – sans se soucier de savoir s'ils sont payés de reconnaissance par leurs confrères individualistes et étrangers aux devoirs de la solidarité professionnelle.

Et cherchez en particulier dans la liste de ces convaincus, les noms des Maîtres et des gloires de la profession : vous en conclurez que la solidarité, chez eux, sauf pour deux ou trois (1), n'atteint pas l'étiage d'un louis. Tous les autres ne brillent que par leur absence.

Le Comité du Sou Médical.

LA SEMAINE MÉDICALE

Ether ou chloroforme.

L'éternelle discussion entre Lyon et Paris, au sujet du meilleur anesthésique général, éther ou chloroforme, est revenue devant le Congrès international de chirurgie.

M. le Professeur Vallas a formulé, à la suite de son rapport, les conclusions suivantes :

1° L'éther est le meilleur et le plus inoffensif des anesthésiques généraux par inhalation. On doit l'employer toutes les fois qu'il n'y a pas contre-indication à l'anesthésie générale, à moins que le sujet ne présente une lésion importante des voies respiratoires ;

2° Le chloroforme est un excellent anesthésique, qui doit remplacer l'éther quand celui-ci est contre-indiqué. Les dangers plus grands, qu'il fait courir aux malades, imposent une surveillance méticuleuse et une prudence extrême dans son administration ;

3° Le chlorure d'éthyle rend de grands services pour les interventions rapides. On n'est pas encore autorisé à s'en servir pour des anesthésies de longue durée. Mélangé à l'éther, il favorise le début de l'anesthésie, qui est rendue ainsi plus facile et plus rapide ;

4° L'association de la morphine au chloroforme ou à l'éther économise une certaine quantité d'anesthésique et diminue ainsi les dangers de l'imprégnation de l'organisme. Elle est surtout à recommander dans les opérations que l'on prévoit devoir être prolongées ;

5° Quand on se sert du chloroforme, il est bon d'avoir recours à la méthode de Dastre et Morat, l'atropine constituant le meilleur moyen préventif que nous ayons contre la syncope par excitation du pneumogastrique.

Le traitement actuel des tumeurs blanches.

Dans un récent article de la *Gazette des Hôpitaux*, M. le Dr Calot, de Berck, a exposé d'une manière très précise et très pratique la méthode de traitement qu'il applique depuis plus de dix ans à toutes les tumeurs blanches qui se présentent dans son service.

« Les tumeurs blanches, dit-il, sont de véritables abcès froids et il faut les traiter absolument comme des abcès froids : les résultats obtenus justifient pleinement cette manière de voir. Voici la technique à mettre en œuvre :

« *Instrumentation.* — *a.* Une aiguille n° 4 de Collin ;

b. Un petit aspirateur, modèle Calot ;

c. Une seringue aseptique quelconque s'adaptant à l'aiguille.

« *Les liquides à injecter.* — Il en est un grand nombre, mais tenez-vous-en aux deux suivants :

« Le premier sclérose les fongosités et le deuxième les fond et les liquéfie.

(1) Sauf omission, nous ne relevons parmi les maîtres faisant partie du « Sou médical » que MM. Broca, Lucas-Championnière et Rénon.

1° *Huile créosotée iodoformée* :

Huile	75 grammes
Ether	25 —
Créosote	4 —
Iodoforme	10 —

2° *Naphtol camphré glycériné* :

Glycérine	10 grammes
Naphtol camphré	2 —

« Il faut avoir soin de préparer ce dernier mélange, séance tenante. On met les proportions indiquées de glycérine et de naphtol camphré dans un flacon, l'on agite très vigoureusement pendant une minute et demie et l'on injecte immédiatement.

« Sous cette forme, le naphtol camphré est inoffensif, sans rien perdre de son efficacité.

« Voici maintenant le SCHÉMA DU TRAITEMENT D'UNE TUMEUR BLANCHE :

« Nous ne dirons rien du traitement général antituberculeux trop bien connu de tous, et nous ne voulons parler ici que du traitement local.

« Aussitôt que le diagnostic est établi, on met les malades au repos dans la position couchée s'il s'agit d'une tumeur blanche du membre inférieur ; on leur laisse la liberté de marcher pour les tumeurs blanches du membre supérieur.

« On met un plâtre qui embrasse non seulement la région malade, mais encore les deux articulations adjacentes.

« Ce plâtre circulaire est fenêtré au niveau de la jointure pour la pratique des injections.

« 1er *Cas*. — TUMEUR BLANCHE AVEC ÉPANCHEMENT.

« On fait des ponctions et des injections dans la cavité de la jointure comme s'il s'agissait du traitement d'un abcès froid vulgaire.

« On peut employer presqu'indifféremment l'un ou l'autre des deux liquides indiqués. Cependant si l'abcès articulaire est très mûr, on emploiera de préférence le premier liquide. Par contre, si l'abcès est incomplètement mûr, on se servira de naphtol camphré, qui achèvera sa maturation en fondant toutes les fongosités de la paroi articulaire.

« *Doses à injecter* des deux liquides : 3 à 10 grammes suivant l'âge du sujet.

« *Nombre des injections* : une dizaine, si le contenu est d'aspect franchement purulent (moitié seulement, c'est-à-dire cinq ou six, s'il s'agit d'une hydarthrose tuberculeuse).

« *Intervalle d'une injection à l'autre* : cinq à six jours.

« Après la dixième injection (ou la sixième dans le cas d'hydarthrose), on fait encore une ou deux ponctions, mais *sans injections consécutives*. L'articulation bien vidée, la poche bien tarie, on fait une compression ouatée méthodique sur les parties accessibles de la jointure, à travers la fenêtre de l'appareil plâtré.

« Cette compression dure deux à trois mois.

« Puis on enlève le plâtre, on laisse le membre entièrement libre, mais encore au repos.

« S'il s'agit du membre inférieur, on attend cinq à six mois (après l'enlèvement du plâtre) avant de mettre le malade sur pieds.

« Celui-ci ne fera ses premiers pas qu'avec un appareil en celluloïd ou en cuir, que l'on supprime après quatre à six mois, pourvu que l'attitude se conserve bonne d'elle-même.

« Pour ce qui est des mouvements, ils reviennent spontanément dans la grande majorité des cas ; ils réapparaissent généralement pendant les six mois qui suivent la compression ouatée consécutive aux injections, mais en certains cas, ils ne reviennent qu'un ou deux ans plus tard.

« 2e *Cas*. — TUMEUR BLANCHE SÈCHE OU FONGUEUSE.

« *a*. Si la tumeur blanche est *bénigne*, peu ou pas fongueuse, et relativement *récente* (quelques semaines), vous ferez des injections d'huile créosotée iodoformée, à la dose indiquée, jusqu'à concurrence de dix injections.

« *b*. Si la tumeur blanche est *ancienne* (plus de six mois) ou de forme grave (synoviale bourrée de fongosités), vous ferez des injections de naphtol camphré glycériné à la dose dite. On répète les injections tous les jours jusqu'à ce que se soit produit un épanchement articulaire appréciable, ce qui arrive au cinquième ou sixième jour ; après quoi l'on fait des ponctions et des injections à raison d'une tous les quatre jours comme dans une tumeur blanche avec épanchement apparu spontanément (voir plus haut, premier cas).

« Le traitement qui suit la période des injections est le même que celui déjà dit pour ces tumeurs blanches suppurées d'emblée.

« POINTS DE PÉNÉTRATION POUR CHAQUE JOINTURE :

« AU GENOU. — On pénètre en avant. Il est quatre points par lesquels on peut entrer :

« *a*. Deux *supérieurs* à 2 centimètres au-dessus, et à 2 centimètres de côté, des angles latéraux supérieurs de la rotule ;

b. Deux points *inférieurs* SUR L'INTERLIGNE, à 2 centimètres de chaque côté de la pointe de la rotule (l'interligne répond à l'horizontale passant par cette pointe) ;

« AU COU-DE-PIED. — On pique en avant au niveau des angles latéro-antérieurs de l'interligne en dehors à 2 centimètres au-dessus et en dedans de la pointe de la malléole externe, et en dedans à 1 centimètre au-dessus et en dehors de la malléole interne ;

« AU PIED. — Pour l'articulation médio-tarsienne, on pique en avant, soit par en dehors à 2 centimètres et demi en avant de la pointe du péroné, soit par en dedans à 12 millimètres en avant de la pointe de la malléole interne ou bien à 15 millilimètres en arrière du tubercule du scaphoïde ;

« A L'ÉPAULE. — En avant, à 1 centimètre en dehors de la pointe de l'apophyse coracoïde ;

« AU COUDE. — On pique en arrière, à un centimètre au-dessus du bec de l'olécrane et à 1 centimètre en dehors de la ligne médiane sur le bord externe du tendon du triceps ;

« AU POIGNET. — On pique en arrière à 6 millimètres et demi au-dessus de la ligne réunissant les deux apophyses styloïdes du radius et du cubitus ».

Tous ces chiffres ont été pris sur l'adulte.

Les injections d'alcool dans la névralgie du trijumeau.

D'après M. le Dr Georges CHEVALIER, dans sa thèse (Paris 1908), toute névralgie faciale non traitée antérieurement par le chirurgien doit guérir par les injections locales d'alcool.

La technique opératoire doit se proposer comme but la résection chimique du nerf malade, en portant le liquide alcoolique au contact de ce nerf.

Un opérateur débutant manquera le nerf plus souvent qu'il ne l'atteindra ; il ne devra pas se croire obligé d'injecter l'alcool chaque fois qu'il fera une ponction, mais seulement chaque fois

qu'il touchera le nerf, dont il sera averti par les sensations du patient.

Dans la recherche du nerf, l'opérateur devra s'attacher surtout à faire minutieusement l'exploration profonde, grâce à quoi il acquerra des sensations tactiles nouvelles qui lui permettront d'atteindre le nerf avec une précision de plus en plus grande. Si on manie bien la solution de stovaïne, cette recherche peut être relativement longue sans inconvénient, et le succès dépendra souvent alors de la patience du médecin et du malade.

Par contre, il arrive qu'on tombe directement sur le nerf sans avoir à le rechercher.

Toute injection réussie s'accompagne d'anesthésie persistante dans le domaine cutané ou muqueux de la branche nerveuse injectée. Quand on observe cette anesthésie, on peut annoncer au malade sa guérison ; l'auteur n'a jamais vu ce signe en défaut.

Toute injection réussie s'accompagne, outre l'anesthésie, de sensation d' « enflure » et « de carton », ainsi que de la cessation complète des douleurs.

La guérison dure en moyenne un an, parfois plus. Quand la récidive survient, on fait de nouvelles piqûres. Au fur et à mesure de la répétition des injections, les récidives s'éloignent et la guérison devient définitive (Schlœsser).

Accidents provoqués par les salicylates. Leurs contre-indications.

Dans un récent ouvrage publié chez Masson et Cie, Paris, et intitulé : « Les médicaments usuels » M. le Dr Alfred Martinet, parle de la façon suivante des accidents provoqués par les salicylates :

« Chez les enfants, le salicylate de soude produit quelquefois l'apparition d'un syndrome clinique ressemblant au coma diabétique (assoupissement, dyspnée, coma, acétonémie).

La dose toxique est variable et semble dépendre surtout, en dehors des idiosyncrasies individuelles, de l'état de constipation du sujet.

L'acétone peut être décelée dans l'urine et dans l'air expiré ; sa présence constitue un des premiers symptômes de l'affection et peut être considérée comme un véritable « signal d'alarme » (danger-signal).

Le traitement consiste essentiellement à abaisser l'acidité urinaire par l'administration de larges doses de bicarbonate de soude et à obtenir d'abondantes évacuations intestinales.

La connaissance de ces faits ne doit pas nous faire abandonner l'usage de cette drogue merveilleuse qu'est le salicylate de soude, mais, au contraire, nous mettre sûrement à l'abri des dits accidents une fois bien connus.

Contre-indications des salicylates. — De ces accidents possibles découlent un certain nombre de contre-indications que nous distinguerons avec M. Barth, en contre-indications absolues et contre-indications relatives.

Pour M. Barth, sont *absolues* les contre-indications suivantes :

1° Une *vulnérabilité anormale des centres nerveux* (névropathie, grand alcoolisme), car il faut redouter alors le développement des grands accidents cérébraux susdécrits ;

2° Les *affections organiques du cœur*, ou du moins celles qui entraînent des troubles sérieux de l'innervation et de la dynamique cardiaque et qui prédisposent à l'adynamie et à la syncope (aortites ulcéreuses, endocardites végétantes, dégénérescences du myocarde, etc.) ;

3° L'*imperméabilité rénale absolue ou relative* (néphrite scarlatineuse ou interstitielle).

A notre avis, ces contre-indications ne sont absolues que dans les cas où les conditions de la pratique médicale rendent impossible une surveillance médicale étroite (j'entends par là la possibilité de voir le malade deux ou trois fois par jour) ; sous une surveillance étroite, elles ne sont que relatives comme les suivantes :

1° Les *états de grossesse*, à cause de l'état de perméabilité rénale pendant cette période, à cause de l'action possible du salicylate de soude sur des fibres lisses.

On peut toutefois en user avec ménagement pendant la grossesse sans avoir à redouter d'incident appréciable ;

2° La *vieillesse*, à cause de la fréquence à cet âge de l'artério-sclérose et des scléroses viscérales, rénales en particulier ;

3° Le *rhumatisme récidivé avec complications viscérales* (péricardite, pleurésie, albuminurie, etc.). »

La pneumonie du sommet chez l'enfant.

M. le Dr François Desmars a consacré sa thèse à l'étude de la pneumonie du sommet chez l'enfant.

« Cette pneumonie, dit l'auteur, est susceptible d'affecter les mêmes localisations que chez l'adulte ; mais, beaucoup plus souvent que chez ce dernier, elle se cantonne au sommet, se rapprochant en cela de la pneumonie des vieillards.

Dans un grand nombre de cas, la pneumonie du sommet n'a pas d'allures cliniques spéciales, mais, d'autres fois, elle s'accompagne de phénomènes nerveux plus ou moins graves ; elle revêt alors, soit la forme cérébrale (Rilliet et Barthez), qui peut à son tour être éclamptique, comateuse ou délirante, soit la forme typhoïde.

Les accidents nerveux reconnaissent deux ordres de causes :

a) Les causes prédisposantes. —En premier lieu, l'âge ; l'enfance est l'âge des convulsions : le système nerveux central incomplètement formé n'a pas encore le pouvoir modérateur sur les réflexes qu'il possède chez l'adulte ; en second lieu, parfois l'hérédité névropathique.

b) Les causes déterminantes : l'infection qui agit sur les centres nerveux, soit en déterminant dans le liquide céphalo-rachidien des modifications de nature et d'intensité variables, soit par les toxines qui vont imprégner directement les cellules nerveuses.

La pneumonie du sommet fournit aussi le plus grand nombre des formes centrales à signes stéthoscopiques tardifs, des formes abortives et, peut-être aussi, des formes à rechutes.

Les accidents nerveux si bruyants de la période d'état ne comportent pas, en général, un pronostic sérieux ; la mortalité, si élevée chez le vieillard pour la pneumonie du sommet, n'est pas plus considérable chez l'enfant que pour les autres localisations de la pneumonie.

Le diagnostic, facile dans les formes banales, peut être d'une réelle difficulté au début dans les pneumonies centrales à signes stéthoscopiques tardifs et dans les pneumonies à symptômes méningés ou typhoïdes. Outre les éléments fournis par l'examen clinique des malades, les diverses méthodes de laboratoire : examen cytologique et bactériologique des crachats de l'enfant retirés à l'aide d'un artifice, le fibrine-diagnostic, l'exa-

men du liquide céphalo-rachidien, la diazo-réaction d'Ehrlich, le séro-diagnostic, fournissent parfois des renseignements décisifs.

Le traitement, dans les formes banales, n'offre rien de spécial. Dans les formes particulièrement graves, on accordera une grande importance au traitement symptomatique : calmants, modérateurs réflexes, hydrothérapie (bains froids à 25 degrés) dans les formes nerveuses hyperpyrétiques ; alcool et stimulants, quand il y a collapsus.

Emploi rationnel de l'Ibogaïne.

Au début l'ibogaïne n'a pas toujours obtenu auprès du corps médical le succès qu'on était en droit d'attendre de son emploi méthodique. Mais, il est à remarquer que depuis deux ans un revirement complet s'est manifesté en sa faveur.

Nous avons recherché les causes de ce discrédit momentané. Le chlorhydrate d'ibogaïne est d'un prix relativement élevé ; pour cette raison, les doses nécessaires pour obtenir des résultats thérapeutiques étaient trop rarement employées. D'autre part, la difficulté que l'on éprouve à se procurer des racines d'iboga, par suite de la rareté de cette plante, ont encouragé certaines maisons étrangères à extraire de végétaux voisins du *Tabernanthe Iboga* des alcaloïdes ayant bien quelques vagues rapports avec l'ibogaïne, mais dont la toxicité beaucoup plus élevée était assez comparable à celle de la strychnine. On comprend alors les hésitations bien légitimes et la circonspection qu'ont montrées certains praticiens vis-à-vis de ces produits.

Il nous paraît nécessaire de rappeler que le plus sûr moyen d'obtenir une action prompte et d'éviter tout accident est de prescrire les Dragées Nyrdahl dosées à 5 milligrammes de chlorhydrate d'ibogaïne. Leur action physiologique s'exerce sur le système nerveux, sur la circulation et sur la nutrition.

A doses faibles, l'ibogaïne augmente l'excitabilité nerveuse psychique et médullaire ; c'est un névrosthénique remarquable. C'est également un médicament cardiaque très efficace, dont l'action est comparable à celle de la digitaline. C'est enfin un accélérateur des échanges nutritifs et respiratoires, favorisant les processus d'assimilation et de désassimilation.

La dose moyenne chez l'adulte est de 4 à 5 dragées par jour. Mais on peut sans inconvénient la dépasser. On obtient alors des résultats utiles dans les asthénies nerveuses et musculaires, dans le surmenage, dans les psychasthénies, les dépressions générales, les convalescences et même dans certaines affections du cœur, telles que la dilatation, la myocardite et la faiblesse de cet organe.

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu : M. le Professeur agrégé Morestin.

Les goitres ; complications et traitement.

Nous allons nous occuper tout à l'heure d'une malade atteinte d'une affection de diagnostic facile. Il s'agit d'un goitre, et probablement d'un goitre kystique.

Cette femme a vu se développer, depuis quelques années, à la partie antérieure de son cou, une tumeur qui a grossi silencieusement pour atteindre la taille d'un œuf. La tumeur, lisse, recouverte de téguments sains, offre une certaine fermeté. Elle est mobile dans le sens transversal, mais présente des adhérences profondes avec l'appareil laryngo-trachéal. On peut déjà reconnaître ces adhérences en déplaçant la masse avec les doigts ; on peut les démontrer plus clairement en faisant lever la tête à la malade ou en lui disant d'avaler sa salive : on voit alors la tumeur subir une ascension, une locomotion vers le haut.

La forme de la lésion est déjà un indice. Rappelez-vous la forme du corps thyroïde. Il présente deux lobes réunis par un pont, un isthme, isthme d'où se détache un diverticulum appelé pyramide de Lalouette. Quand vous trouvez, au-devant du cou, une production morbide ayant cette configuration, vous devez penser à une affection du corps thyroïde.

L'ascension de la néoplasie dans les mouvements de déglutition est un signe plus essentiel encore de son origine thyroïdienne. Ce caractère est capital. Il peut, néanmoins, se rencontrer dans d'autres circonstances. Certains ganglions malades, par exemple, sont susceptibles d'adhérer au corps thyroïde ou à la trachée, et de suivre l'ascension du larynx pendant les mouvements de déglutition. D'autre part, toutes les tumeurs thyroïdiennes n'offrent pas ce caractère : tels les goitres développés aux dépens des lobes thyroïdiens aberrants.

Quoi qu'il en soit de ces exceptions — qui confirment le règle —, nous sommes bien réellement ici en présence d'une tumeur du corps thyroïde. Quelle en est la nature ? S'agit-il d'une lésion inflammatoire, d'une tumeur maligne ou d'une tumeur bénigne ? Il s'agit indiscutablement d'une tumeur bénigne. Elle évolue depuis 4 ans alors qu'une thyroïdite eût évolué en quelques semaines ou quelques mois. Cette affection doit rentrer dans le groupe des goitres.

Les goitres ont été divisés en deux grandes catégories : les goitres parenchymateux, dans lesquels tout le corps thyroïde est intéressé, et les goitres nodulaires caractérisés par la formation de noyaux arrondis, devenus indépendants du tissu thyroïdien, plus ou moins modifié lui-même et repoussé à la périphérie. Le noyau goitreux a un aspect variable. Tantôt c'est une masse gris-rosé ; tantôt c'est du liquide entouré d'une coque : on le considère alors comme un kyste. Les goitres kystiques sont relativement fréquents. Chez notre malade, il est possible qu'il s'agisse d'un goitre kystique. Je pourrais m'en assurer par une ponction exploratrice ; je ne le ferai pas, étant décidé à pratiquer l'ablation de la lésion.

J'ai interrogé la malade sur le pays où elle avait vécu. Le goitre, en effet, est rare à Paris. En 1898, le Congrès français de Chirurgie avait mis à son ordre du jour la question du traitement du goitre. Alors que les chirurgiens parisiens ne purent présenter qu'un nombre relati-

vement restreint d'observations, les chirurgiens suisses produisirent des statistiques de 600 et 800 cas. En France, le goitre s'observe dans certaines régions de l'Est, le Jura, les Alpes ; nos confrères de Lyon ont l'occasion d'en voir venant de ces pays. Paris n'est pas une contrée à goitres. Et, effectivement, notre malade arrive d'Alsace.

On a distingué les goitres en sporadiques, endémiques et épidémiques. Le goitre sporadique est celui qui se développe par hasard, dans un milieu non goitreux. Le goitre endémique est celui que l'on observe dans les pays goitreux, en Suisse par exemple. Quant aux goitres épidémiques, il faut les rayer de la nosologie : ce sont des thyroïdites, des maladies infectieuses mal précisées, plus ou moins connues, mais non des goitres.

Je n'ai pas pris la peine, chez notre malade, de rechercher les causes de son affection. Pour les goitres sporadiques, nous ne possédons aucune donnée étiologique. Pour les goitres endémiques, nous ne connaissons rien de précis, non plus, sur leur origine. Il est impossible de savoir pourquoi ils sont fréquents dans telle région et rares dans telle autre.

Le goitre peut entraîner une foule de complications. Il peut modifier, d'abord, les fonctions de la glande thyroïde. Or, un individu chez lequel cette glande est supprimée présente des troubles graves de la nutrition. Les chirurgiens ont été cause que l'on connaît ces troubles de nutrition. Il y a une trentaine d'années, la chirurgie, devenue antiseptique, s'est attaquée à tous les organes. On pratiqua, à cette époque, la thyroïdectomie totale des centaines de fois. C'est une belle opération, mais on ne tarda pas à s'apercevoir que tous les sujets l'ayant subie, ou presque tous, présentaient dans la suite des accidents. MM. Reverdin rapprochèrent les deux faits, l'intervention et les accidents, et désignèrent ceux-ci sous le nom de myxœdème opératoire. Kocher appela cachexie strumiprive ce singulier état. On a mis en doute les accidents en question. Rien n'est plus réel, cependant. Aussi, bien que la thyroïdectomie soit anatomiquement possible, elle est physiologiquement interdite. Les physiologistes se sont, d'ailleurs, mis à l'œuvre pour établir les fonctions du corps thyroïde ; ils n'ont pu encore les fixer absolument, tout en concluant qu'il était dangereux d'y toucher.

Lorsque la glande thyroïde est altérée sur une grande étendue, le sujet se développe mal, son activité physique et intellectuelle s'en ressent. Dans les pays à goitre, on voit une foule d'individus arrêtés dans leur développement, que l'on nomme des crétins. Le crétin est un être rabougri, avec des bouffissures, des œdèmes spéciaux, une apathie physique et morale. Il y a des nuances dans le crétinisme, qui est plus ou moins accusé.

Indépendamment de cela, le goitre détermine parfois des compressions dangereuses. Vous vous rappelez les rapports du corps thyroïde. Il entoure la trachée. Quand il est volumineux, il peut déformer cette dernière, l'aplatir, la rendant comparable à un fourreau de sabre, ou bien la dévier d'un côté, ou l'écraser dans l'espace compris entre le sternum et la colonne vertébrale.

Le goitre est quelquefois le siège d'hémorrhagies, et, à la faveur de cette subite distension, les phénomènes de compression peuvent apparaître. Dans certains cas, d'autre part, sur le goitre simple, se greffe un cancer.

Autre chose encore. Il est toute une catégorie de faits singuliers. Chez des sujets porteurs d'une tumeur du corps thyroïde, même petite et bénigne, on a vu survenir des troubles particuliers : de la saillie des globes oculaires, de la tachycardie, un petit tremblement, les signes, en un mot, du goitre exophtalmique. Le goitre exophtalmique est une question difficile, très obscure. En théorie, le goitre simple et le goitre exophtalmique sont deux affections distinctes. Eh bien, il y a une quinzaine d'années, on a commencé à s'apercevoir que le goitre ordinaire pouvait, à certains moments, présenter les symptômes de la maladie de Basedow. Aujourd'hui ces faits sont bien connus. On dit alors que le goitre s'est basedowifié. J'ai vu moi-même des cas de ce genre. Chez la malade actuelle, j'ai attentivement interrogé le pouls et le cœur. J'ai constaté de la tachycardie. La patiente accuse des palpitations. En réalité, elle n'a aucune lésion du cœur, mais une tachycardie notable, avec 124 pulsations à la minute. Ces accidents, sont difficiles à expliquer. On a fait intervenir le grand sympathique ; on a été jusqu'à proposer la résection de ce nerf.

Le goitre constitue donc une affection qui, sous des apparences bénignes, peut devenir sérieuse. C'est pourquoi je n'ai pas hésité à proposer à la malade une intervention.

Quelle sera cette intervention et quelle doit-elle être ? Je vous ai dit que la thyroïdectomie totale avait vécu. On ne s'y adressera que si on ne peut faire autrement, dans le cancer par exemple. Entre la mort à bref délai du cancer et les troubles trophiques de la thyroïdectomie, il faut prendre le parti le moins mauvais. Et encore peut-on avoir recours à des artifices pour empêcher les inconvénients de l'opération. On fera ingérer, à l'opéré, du corps thyroïde de mouton. On a été plus loin et on a proposé d'introduire un fragment de corps thyroïde dans la rate. Mais ouvrir la rate est une intervention grave. Kocher a proposé de greffer du corps thyroïde dans le tibia. Pour ma part, je me borne à faire ingérer du corps thyroïde de mouton.

Donc, hormis quelques cas particuliers, la thyroïdectomie totale est contre-indiquée. Il convient cependant d'enlever la lésion. Pour cela on découvre le corps thyroïde et on pratique son ablation partielle. C'est une intervention habituellement très sanglante, eu égard aux nombreuses veines qui entourent l'organe. Lorsque j'étais prosecteur, j'avais toujours soin d'injecter les veines de cette région, pour les montrer aux élèves et leur donner le respect opératoire du cou. Il convient de faire très attention pour empêcher une spoliation sanguine trop grande. On peut enlever tout un lobe, la moitié supérieure ou des tranches du corps thyroïde. Dans le cas de goitre nodulaire, on pratique une opération meilleure : l'énucléation. Après avoir découvert le corps thyroïde, on reconnaît la place des noyaux, et l'on fend le tissu thyroïdien sur ce relief. L'hémorragie est assez abondante. Lorsque le noyau est entouré de tissu cellulaire, l'énucléation est fort simple et s'exécute en un tour de main. Si le noyau a des adhérences, on les détruira en effondrant le tissu thyroïdien autour. Cette malaxation a été accusée de méfaits. On a prétendu que l'on lançait ainsi dans la circulation une masse de suc thyroïdien. En fait, à chaque instant on pratique des opérations de ce genre et on ne voit jamais se produire d'accident. Aussi, est-ce sans arrière-pensée que je vais intervenir chez la malade actuelle. Je vais faire une énucléation et suturer, reconstruire les plans divisés. J'aurai soin de mettre un pe-

tit drain, les infiltrations sanguines étant dangereuses ici.

En résumé, dans le traitement du goitre simple, on bannira d'abord toute opération mutilante. L'opération conservatrice est seule de mise. Depuis que l'énucléation est entrée dans la pratique, elle constitue le traitement de choix. Je n'ai même pas songé un instant à la ponction. Celle-ci était justifiée alors que l'on pratiquait des injections modificatrices. Ces injections sont souvent inefficaces, sans compter qu'elles exposent à l'intoxication, aux réactions inflammatoires, et qu'elles rendent l'opération très laborieuse quand on est obligé d'y avoir recours plus tard. Il faut renoncer à toute autre méthode, en dehors du traitement opératoire.

Leçon recueillie par le Dr P. LACROIX.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La déclaration des maladies transmissibles.

La déclaration des maladies contagieuses vient d'être l'objet, à l'Académie, d'une discussion qui s'est poursuivie pendant plusieurs séances. M. WIDAL, dans son rapport sur les épidémies en 1906, demandait que la déclaration inscrite dans la loi sur la santé publique fût obligatoire non plus pour le médecin, mais pour la famille, le chef d'établissement ou le logeur, dès qu'ils auraient été avisés du diagnostic. Cette conclusion du rapporteur, appuyée par M. LEREBOULLET, a été combattue par M. Henri MONOD. M. Monod a proposé de faire partager la responsabilité de la déclaration à la famille et au médecin traitant. L'Académie, se rangeant à son avis, a adopté finalement les *vœux* suivants :

1° La déclaration des maladies visées par l'article 5 de la loi du 15 février 1902 est obligatoire *solidairement* pour le chef de famille, le logeur ou chef d'établissement, et pour le médecin traitant ;

2° Poursuite rigoureuse de toute infraction, et application des peines prévues par la loi ; peines dont la sévérité sera augmentée si l'expérience les montre insuffisantes ;

3° Création d'un enseignement pratique de l'hygiène dans les Facultés de médecine, où seraient éduqués et tenus au courant des méthodes nouvelles les agents chargés de la protection de la santé publique, et introduction dans le programme des écoles, lycées et collèges, des notions d'hygiène publique.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Le corps thyroïde est-il utile dans le traitement de l'obésité ?

L'opinion classique admet que la médication thyroïdienne fait maigrir. Cette opinion doit-elle être acceptée sans réserve et l'administration du corps thyroïde est-elle indiquée dans le traitement de l'obésité ?

Au cours d'une étude récente, MM. Marcel Labbé et Furet se montrent nettement opposés à l'emploi de l'opothérapie thyroïdienne dans la cure de l'obésité. Selon ces auteurs, l'ingestion du corps thyroïde, en pareil cas, entraverait plutôt l'action du régime.

MM. Léopold LÉVI et H. de ROTSCHILD ont cherché également à apporter quelques éclaircissements à cette question controversée. La médication thyroïdienne, disent-ils, a des effets irréguliers à ce point de vue. Ainsi, chez les enfants, chez certains tuberculeux même, elle détermine une augmentation de poids par augmentation de l'appétit. Chez les myxœdémateux, elle abaisse généralement le poids du corps. Toutefois, ces divers effets ne sont pas constants et le problème est en réalité complexe. En ce qui concerne l'obésité, la médication thyroïdienne est pratiquement très discutable. A doses moyennes, elle peut aller contre le but, en stimulant l'appétit. A doses fortes, elle est susceptible d'entraîner des troubles de thyroïdisme et même le syndrome de Basedow. Le mieux est de s'en abstenir, en général. Tout au plus, à petites doses et surveillée, pourrait-elle être un adjuvant au régime alimentaire.

Ictères hémolytiques.

Les ictères d'origine hémolytique ont été distingués depuis peu des ictères hépatiques. Ils offrent les deux caractères suivants qui leur sont propres : la diminution de la résistance globulaire (Chauffard), les globules rouges étant plus fragiles, plus hémolysables que normalement, et la présence d'hématies granuleuses (Fiessinger). Ils sont tantôt congénitaux, familiaux, héréditaires, tantôt acquis et apparus à l'âge adulte, sous des influences variables. Les cas n'en sont pas encore très nombreux. A ce titre, l'observation nouvelle présentée par MM. WIDAL et JOLTRAIN à la Société médicale des hôpitaux mérite d'être signalée.

Le radium dans le traitement des épithéliomes de la peau.

MM. WICKHAM, DEGRAIS et DE BEURMANN ont obtenu de bons effets du radium dans la thérapeutique des néoplasies épithéliomateuses de la peau.

P. L.

PRATIQUE MÉDICALE

Un cas de dothiénentérie hémorrhagique chez une vieille femme.

Femme de 76 ans, habitant St-P. (Hérault), se plaint depuis quelques jours de toux légère et d'un point de côté gauche.

Antécédents héréditaires. — On ne peut avoir aucun renseignement précis.

Antécédents personnels. — Toujours bien portante jusqu'à l'âge de 40 ans. A cette époque, elle fut atteinte de gastro-entérite tenace, qu'elle a gardée plusieurs années. Il y a deux ans, crise appendiculaire très nette, avec température élevée, d'une durée de 15 jours. A la palpation de la fosse iliaque droite, les parois étant relâchées, on perçoit encore aujourd'hui une grosseur du volume d'un petit œuf de poule, qui n'a cessé d'être douloureuse depuis cette maladie.

25 février. *Etat actuel.* — La malade se plaint depuis 10 jours de tousser et ressent un point de côté, au niveau de la 7e côte gauche. A la percussion, rien de particulier.

MATIÈRE MEDICALE MODERNE

Traitement rationnel de la constipation habituelle par la Thaolaxine

Ni purgatif, ni laxatif, mais simple régulateur des fonctions intestinales.

La constipation est la source d'un grand nombre de maladies et, surtout, de malaises. Et c'est pourquoi les personnes qui en sont tourmentées se jettent avec empressement sur le laxatif nouveau que chaque jour voit naître, persuadées qu'elles y trouveront la santé ou tout au moins le soulagement de leurs maux.

Cette détestable pratique n'a pas tardé à produire ses fruits et c'est à elle que l'on doit certainement la multiplicité toujours croissante des affections du tube digestif, qui caractérise notre époque. De là aussi la réaction à laquelle nous assistons aujourd'hui et qui s'est marquée récemment par une intéressante discussion soulevée à la *Société de Thérapentique* (1) par M. BURLUREAUX, qui n'a pas craint de déclarer que l'abus des purgatifs et des laxatifs devait être considéré comme un véritable *danger social*.

Les conclusions de l'auteur ont été admises par la plupart des orateurs qui ont pris la parole. MM. GALLOIS et CHASSEVANT ont notamment fait des laxatifs usuels une critique sévère qui n'a guère rencontré de contradicteurs, et on doit reconnaître avec BARDET (2) que tout ce chapitre de la thérapeutique et de la pharmacopée est entièrement à refaire.

En effet la physiologie et la clinique sont d'accord pour montrer l'erreur fondamentale que l'on commet en traitant la constipation par un laxatif, si bien que le problème du traitement de la constipation se trouve à nouveau posé devant le praticien. Il semble que la solution doive en être cherchée dans l'emploi « de formules qui utiliseraient surtout les médicaments capables d'exercer une action *physique* et non pas irritante » (BARDET).

C'est à cette idée directrice qu'est due l'introduction, dans la thérapeutique laxative, des mucilagineux, dont le rôle s'est trouvé précisé par un excellent travail du Prof. Ad. SCHMIDT, de Dresde, présenté à la Réunion des Naturalistes allemands tenue à Méran, en 1904, et développé dans des mémoires ultérieurs. Pour cet auteur, les constipés chroniques sont des sujets qui utilisent au maximum les aliments, et chez qui l'absorption se fait également dans des conditions intensives. Il résulte de ce fait une déshydratation presque complète du bol fécal, ce qui rend les matières rares et extrêmement dures. En outre cette disposition a pour effet de rendre impossible les fermentations normales de l'intestin, fermentations qui sont nécessaires pour exciter le péristaltisme.

La thérapeutique laxative doit donc avoir pour but logique d'augmenter le volume des fèces, de les hydrater et de favoriser les fermentations nécessaires à rétablir le péristaltisme normal.

C'est ce triple but que SCHMIDT a cherché à réaliser au moyen de la gélose ou agar agar. Cette substance, en effet, a la propriété capitale d'absorber une grande quantité d'eau, environ 15 fois son poids. Ingérée en même temps que les aliments, la gélose, au contact des sécrétions intestinales, gonfle beaucoup, augmente le volume des fèces qu'elle pénètre et divise en lui communiquant sa mollesse et son onctuosité, rendant ainsi efficaces les contractions intestinales.

(1) *Bulletin de la Société de thérapeutique*, 1908, 4e série, t. XIII, nos 5 à 11.

(2) BARDET. — Direction logique du traitement de la constipation. *Bul. gén. de thérapeutique*, 8 juillet 1908.

« Voilà donc, théoriquement, un laxatif idéal, d'autant mieux toléré qu'il n'a sur le tube digestif aucune action irritante, bien au contraire » (Paul CARNOT) (1). Mais il ne répond qu'imparfaitement à l'une des conditions indiquées par SCHMIDT, celle d'exciter le péristaltisme, fonction remplie par les fermentations dans un intestin normal. C'est pourquoi le professeur de Dresde a cru devoir incorporer à l'agar une forte proportion d'extrait de Cascara (20 %) qui fait de son produit, ainsi que le fait remarquer BARBET, un véritable laxatif avec tous les inconvénients que l'on avait précisément pour objet d'éviter.

Aussi quelques auteurs, notamment ; SCHWELLENBERG (2), MEYER (3) et MANGELSDORF (4) en Allemagne : Louis RÉNON (5), BARDET et Paul CARNOT, en France, ont estimé cette addition inutile ou tout au moins exagérée et employé la gélose pure. Ils ont obtenu presque autant de succès que SCHMIDT et ses élèves, mais dans quelques cas les résultats se sont faits attendre et et ont lassé la patience des malades.

La *Thaolaxine* résume précisément les avantages de la préparation de SCHMIDT sans en avoir les inconvénients et constitue le moyen le plus pratique d'administrer la gélose.

La *Thaolaxine* se compose, en effet, d'une variété d'agar soigneusement sélectionnée, à laquelle on a incorporé une très faible quantité (six pour cent) d'extrait de diverses rhamnées. N'ayant aucun goût désagréable, elle est facile à prendre, mélangée à certains aliments tels que les purées ou les compotes. Pulvérisée, elle peut être enfermée dans des cachets ou comprimés, ou encore incorporée dans du sucre de lait pour faire un granulé, recommandable surtout pour les enfants.

L'action régulatrice exercée par la *Thaolaxine* sur les évacuations n'est pas immédiate. Il faut quelquefois attendre deux ou trois jours pour qu'elle « passe dans les selles et leur communique sa mollesse, son élasticité et son hydratation. On doit donc prévenir le malade que l'effet tardera à se faire sentir et, au besoin continuer, pendant plusieurs jours, la médication antérieure pour éviter, de la part du malade une certaine impatience qui se manifeste si souvent lorsqu'il n'y a pas d'évacuation facile. Par contre, une fois l'action exercée, elle se poursuit régulièrement si l'administration de gélose a été continuée, ce qui n'offre d'ailleurs aucun inconvénient » (Paul CARNOT).

« On peut user du médicament pendant très longtemps » (Paul CARNOT). Non seulement, en effet il n'y a *aucune accoutumance*, mais contrairement, à ce qui se passe avec *tous* les laxatifs, on peut au bout d'un certain temps diminuer progressivement les doses, sans que l'action de la *Thaolaxine* se ralentisse. C'est donc un remède véritablement *curatif* de la constipation chronique habituelle et dont l'emploi est par conséquent indiqué dans le traitement de toutes les formes de constipation.

La *Thaolaxine* s'administre aux repas à la dose de 1 à 5 grammes sous 4 formes différentes ; en paillettes, cachets, comprimés ou granulés qui ont la même posologie.

Dépourvue de toute toxicité, elle peut être employée chez les enfants, spécialement sous la forme de granulé.

(1) Paul CARNOT. — La gélose et les mucilagineux dans le traitement de la constipation. *Progrès Médical*, n° 42, 17 octobre 1908, page 507.

(2) SCHWELLENBERG. — *Deuts. med. Woch.*, nov. 1906.

(3) MEYER. — *Thérap. d. Gegenvart*, 1907, n° 5.

(4) MANGELSDORF. — *Therap. Monatsch.*, mars 1908.

(5) Louis RENON. — *Bull. de la Soc. de thérap.*, 24 juin 1908, page 305.

Association Amicale

Secrétaire général : Dr Mignon, Villa des Pages, Le Vésinet (Seine-et-Oise).
Trésorier : Dr Gassot, Chevilly (Loiret).

Sou Médical

Secrétaire général : Dr de Grissac, Argenteuil (Seine-et-Oise).
Trésorier : Dr Gassot, Chevilly (Loiret).

CORRESPONDANCE HEBDOMADAIRE

Dr L. à L., à *Concours*. — Je lis toujours avec beaucoup d'intérêt votre petite correspondance hebdomadaire et me permets de relever une erreur commise en réponse au Dr C., à B. qui vous demande si un rapport rédigé après examen mental sera compté au minimum 5 francs. Vous répondez par un texte qui n'est pas celui applicable en l'espèce.

En effet, si le décret du 21 novembre 1893 et la circulaire du garde des sceaux, du 31 juillet 1894 accordent 5 francs pour tout rapport concernant examen corporel avec 1er pansement, s'il y a lieu, autopsie, etc., l'examen de l'état mental est considéré comme une véritable expertise et reste soumis à l'article 22 du décret de 1811 accordant 5, 4 ou 3 francs selon la population de la ville habitée par l'expert pour une vacation du dit expert.

Suite page X.





L'auscultation révèle au niveau du lobe inférieur du poumon gauche, un souffle léger et les râles crépitants, dénotant une pneumonie lobaire en voie de guérison. La température est à 38°. Pouls à 88. Les bruits du cœur sont bien frappés.

Inappétence. Nausées. Constipation : une selle tous les deux ou trois jours.

Insomnie. Pas de cauchemars. Céphalée continuelle, siégeant surtout à la nuque.

Un litre d'urine dans les 24 heures, environ. Traces d'albumine.

26 février. — Même état pulmonaire.

Fosse iliaque droite douloureuse à la palpation. Selles fétides, provoquées par deux grands lavages intestinaux. La malade est très abattue.

28 février. — L'état de la base du poumon gauche s'améliore : râles crépitants de retour très nets.

Fosse iliaque droite très douloureuse à la palpation. Gargouillements. Léger météorisme.

4 taches lenticulaires au niveau de l'ombilic.

Insomnie. Etat général affaissé. Céphalée.

Cœur bon : 90 à 100 pulsations à la minute.

Traitement. — Grands lavages intestinaux. Pyramidon, 1 gramme en 4 fois. Régime lacté.

1er mars. — Même état antérieur en plus de fréquents vomissements. Pouls rapide ; 120 à 130 embryocardie; pas d'intermittence cependant.

5 mars.— Température : matin, 38°2 ; soir, 38°6.

Etat général sensiblement le même. L'abattement devient de plus en plus prononcé. Le pouls se maintient à 120.

Selles toujours très fétides. Quelques vomissements.

Epistaxis répétées plusieurs fois dans la journée.

7 mars. — Les phénomènes abdominaux demeurent les mêmes. Météorisme, douleurs dans la fosse iliaque droite, gargouillements. Les taches anciennes persistent, il en apparaît deux nouvelles.

Les épistaxis continuent, fréquents dans la journée.

On remarque une large ecchymose de toute la partie latérale gauche de la poitrine, à partir de l'aisselle et s'étendant en bas jusqu'à l'arcade iliaque du même côté ; elle ne dépasse pas en avant la ligne mammaire, et ne s'étend pas en arrière au-delà de la ligne partant de la pointe de l'omoplate.

10 mars. — Rien de spécial à signaler. Même état.

12 mars. — Température à 39°. Pouls à 120°. Bruits du cœur encore réguliers.

Les selles sont toujours fétides. Quelques vomissements.

Ventre douloureux. Taches lenticulaires nombreuses.

Les téguments, ainsi que la conjonctive, prennent une teinte nettement ictérique ; le foie est un peu sensible à la pression ; il dépasse d'environ un doigt et demi les fosses côtes.

13 mars. — Hémorragies utérines prononcées ; la malade rejette environ un demi-litre de sang, à en juger par les caillots.

15 mars. — Température 39°. Pouls à 124, très dépressible.

Mauvais état général.

L'ictère persiste.

19 mars. — Mort à la suite d'une hémorrhagie intestinale très considérable, évaluée environ de un à deux litres de sang.

Cette observation, recueillie chez une femme âgée de 76 ans, est intéressante par les hémorragies multiples et diverses qui l'ont caractérisée, ainsi que par l'ictère, certainement infectieux, qui apparut six jours avant la mort.

La pneumonie lobaire constatée au début de la maladie, décrite par Dieulafoy, est un fait rare ; son pronostic est d'habitude bénin. Dans l'observation que nous citons ici, la mort doit être attribuée à l'hémorragie intestinale énorme de la fin, de nature très probablement ulcéreuse, plutôt qu'à l'infection générale.

Dr J. Narich.

THÉRAPEUTIQUE

Une posologie utile à connaître

Par le Dr Déparme.

La médication thiocolée est passée dans la thérapeutique courante des affections broncho-pulmonaires, et beaucoup de médecins ont donné à ce sujet des communications personnelles parfois fort instructives. Malgré ces travaux, il reste un côté de la question qui semble demander des éclaircissements, c'est la *posologie* du remède.

L'exemple de Maramaldi ordonnant 15 gr. de thiocol par jour n'a pas été suivi, et, si l'on consulte à ce point de vue les formulaires actuels, on trouve des doses variables. Gilbert et Yvon conseillent 2 à 8 gr. chez l'adulte, et 0 gr. 50 centigr. par année d'âge chez l'enfant, c'est-à-dire 4 à 6 comprimés de thiocol par jour et une demi-cuillerée à soupe de sirop Roche. Lemoine et Gérard indiquent 1 à 4 gr. chez l'adulte et 0.30 centigr. chez l'enfant. Comby donne 1 gr. par an d'âge. Debove et Pouchet, dans leur récent ouvrage (1), 2 à 6 gr. en comprimés, et aux enfants 0,50 centigr. à 1 gr.

Il y a donc, en ce qui concerne la posologie de cet important remède, une fluctuation évidente et qui s'explique par ce fait que les auteurs ont en vue tantôt le traitement des affections pulmonaires avec expectoration et tantôt le traitement de ces maladies sans expectoration.

Il semble, *a priori*, que la question est sans importance puisque le thiocol n'est pas toxique, pas caustique, et ne fatigue pas l'estomac. On a même soutenu, non sans raison d'ailleurs, que ce remède étant le seul moyen pratique d'imprégner de gaïacol l'économie, il fallait le donner *largement* chez le tuberculeux pour arrêter l'évolution du bacille de Koch.

Il est des cas, certes, où la limite habituelle de la posologie doit être dépassée, comme il arrive pour beaucoup d'autres remèdes. Mais, en pratique, le médecin a besoin de bases solides sur lesquelles il établira ses traitements et ce sont ces bases que nous allons essayer d'établir.

Pour cela, il convient d'abord, à l'exemple de la thérapeutique, de diviser les affections respiratoires en deux périodes :

1° Les inflammations bronchiques et pulmonaires non encore arrivées à la période de coction;

2° Les affections bronchiques et pulmonaires avec expectoration plus ou moins abondante.

En dehors de ce cadre général, nous accorderons une place spéciale à la tuberculose.

(1) *Aide-mémoire de Thérap.*, Masson éditeur, 1908.

Et maintenant, quelle est la composition exacte des comprimés de thiocol et de sirop Roche ?

Les premiers renferment 0,50 cg. de substance active et le second 1 gr. par cuillerée à soupe. Le thiocol titre 52 % de gaïacol cristallisé, il a comme propriétés essentielles : une action antiseptique interne sur les bronches, le poumon, l'intestin ; une action modificatrice pour les phlegmasies respiratoires ; une action asséchante pour les réactions pathologiques.

Dès lors, dans tous les cas de bronchite, de pneumonie, d'asthmes, coqueluche *sans râles humides*, il devient inutile de dépasser la dose de 4 à 6 comprimés ou de 2 à 3 cuillerés à soupe de sirop Roche par 24 heures. Cette quantité de principe actif est suffisante pour calmer la toux, abattre la fièvre, faire disparaître les phénomènes congestifs avant l'apparition d'une sécrétion pathologique un peu développée.

Dans les cas de bronchite aiguë ou chronique, de pneumonie, d'asthme *avec râles humides* et par conséquent avec crachats plus ou moins abondants, il faut faire appel à l'action asséchante du remède et augmenter la dose : 3 à 4 gr. de thiocol par jour, c'est-à-dire 6 à 7 comprimés, suffiront à fluidifier les crachats, puis à les tarir.

Chez les enfants qui n'expectorent pas, mais chez lesquels on constate de gros râles bulleux, on devra donner 2 cuillerées à café de sirop Roche par an d'âge et l'on verra alors les râles humides disparaître, la toux diminuer de fréquence et l'oppression faire place à une respiration normale.

Dans les cas de dilatation bronchique, de gangrène pulmonaire, de bronchite fétide, il est encore inutile de dépasser 8 comprimés par jour, car l'expérience apprend que cette dose suffit à diminuer l'expectoration, à lui faire perdre sa mauvaise odeur, enfin à la tarir au bout de 8 à 10 jours.

En général, d'ailleurs, ce n'est pas avec des doses massives de thiocol qu'il faut agir, c'est par l'action régulière et prolongée de quantités moyennes. Lorsqu'en effet, on donne aux malades le remède pendant une à deux semaines, on détermine chez eux une action modificatrice, antiseptique et stimulo-défensive *permanente* et dont les effets curatifs sont autrement énergiques que ceux obtenus avec des doses élevées généralement trop vite abandonnées.

C'est plutôt dans la tuberculose que les médecins ont essayé la médication intensive. Ils s'efforçaient de réaliser le précepte de Guttman d'après lequel on parviendrait à guérir la bacillose, le jour où l'on ferait circuler dans l'organisme 1 gr. de gaïacol. Or, l'expérience a montré qu'à ces doses massives on n'obtient pas de meilleurs résultats, et que même, dans certains cas, l'assèchement des lésions peut être trop brusque et amener de l'oppression momentanée.

Chez les tuberculeux au début, n'expectorant pour ainsi dire pas, et surtout chez celui qui a des hémoptysies, il ne faudra pas dépasser la dose de cinq comprimés ; il sera même bon de s'en tenir à quatre par jour. On obtient ainsi de sérieux résultats et l'on retarde pour longtemps l'apparition des périodes suivantes. Parfois même, on les évite.

A la deuxième et la troisième périodes, nous sommes en présence des sécrétions pathologiques, six et huit comprimés de thiocol devront donc être ordonnés et ils feront disparaître râles muqueux et gargouillements.

A cette dose, le remède pourra longtemps être continué, on alternera son usage avec l'arsenic, les phosphates, comme le neurogénol par exemple, et l'on parviendra assez souvent, par cette antisepsie pulmonaire et cette reminéralisation, à favoriser une transformation fibreuse, d'ailleurs plus facile à observer qu'on ne pense généralement.

En somme, il faut se laisser guider dans l'ordonnance du thiocol par les signes stéthoscopiques. La règle générale, facile à retenir, est la suivante :

1° Ne pas dépasser 4 à 5 comprimés par jour, quand il n'y a pas d'humidité bronchique ou pulmonaire ;

2° Donner 6 comprimés en 3 doses, quand on constate des râles humides de calibre moyen ;

3° Donner 8 comprimés, quand l'exploration est abondante, de mauvaise odeur, et qu'il existe de gros râles muqueux.

4° Chez les enfants, mêmes règles :

Dans les bronchites sèches, une à 2 cuillerées à café de sirop Roche par an d'âge.

5° Dans les affections respiratoires avec râles bulleux donner 2 cuillerées à café par an d'âge.

Nous le répétons, on peut dans des cas particuliers augmenter ces doses sans aucun inconvénient ; mais ici, c'est notre expérience qui parle et nous croyons pouvoir engager les praticiens à suivre nettement les règles posologiques que nous venons d'établir.

PRATIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE

DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Erratum. — A la première ligne de l'article XXI, n° 49, page 883, au lieu de « L'urétrotomie *interne* », lire : « L'urétrotomie *externe* ».

XXII

H. 3. — Arthrotomie du carpe, du métacarpe, du poignet, du pied, du cou-de-pied, du coude, du genou.

(30, 40 ou 55 fr.)

Bien que ces opérations puissent se faire sans le secours de l'anesthésie, nous conseillerons toujours de donner le chloroforme chaque fois que cela sera possible et qu'il n'y aura pas à son emploi une contre-indication formelle.

Il y aura d'abord la suppression de la douleur pour le blessé, ce qui est déjà bien appréciable, si on considère qu'on n'opère pas ces blessés dans les heures qui suivent l'accident, sauf pour les épanchements hématiques ; le plus souvent, plusieurs jours se seront passés, amenant de la fièvre, de la douleur et accentuant tout le tableau d'une infection localisée.

En second lieu, on ne sera pas forcé de se hâter et c'est là encore un avantage ; d'abord, parce qu'on peut s'orienter plus commodément, ensuite parce qu'on se rendra mieux compte de l'étendue des lésions.

Dans un poignet, dans une main, il faut ménager les tendons et choisir son passage ; au genou, on peut à la rigueur faire une incision plus brutale, on ne risque rien.

Une remarque encore avant d'entrer dans les détails des interventions que vise cet article :

Le tarif Dubief ne prévoit pas l'intervention qui porte à la fois sur un doigt et sur le métacarpien correspondant. Ce sont là cependant des cas de pratique assez fréquents ; si un doigt, un

médius, par exemple, doit être désarticulé dans son articulation métacarpo-phalangienne, il va en résulter un écart très gênant entre le 2e et le 4e doigt. Pour y remédier, on se trouvera bien de faire la désarticulation du métacarpien et la main reprendra une forme très satisfaisante en même temps que les fonctions en seront facilitées.

La même opération sera à faire quand le traumatisme aura porté sur le métacarpien et que les tendons extenseurs et fléchisseurs auront été détruits sur une assez grande étendue.

La conservation dans ces cas là est une faute. La chirurgie des accidents du travail ne saurait être conservatrice avant tout ; elle doit avoir un autre objectif : outre la rapidité de la guérison, elle doit chercher d'abord l'utilisation pratique du membre. Les curiosités chirurgicales, les raretés en fait de guérison ne doivent pas être cherchées, c'est la fonction qui doit être tout pour nous. L'ouvrier, le patron et les assureurs sont d'ailleurs unis dans ce cas et ont un intérêt identique.

Je disais donc que le tarif ne prévoit pas cette opération et comme elle se produit assez fréquemment,si je m'en rapporte à ma propre expérience, il s'ensuit que nous devrions faire un travail bien plus compliqué pour le prix d'une simple amputation de doigt (10 visites ou consultations). De plus, comme cette amputation est considérée comme un acte de petite chirurgie (voir art. 11 et 13), nous n'avons pas le droit de réclamer de rémunération pour notre aide ou pour nos aides ! !

Désarticuler un métacarpien est bien faire une arthrotomie du métacarpe ; on entre bien dans l'articulation puisqu'on désarticule...

Je compte donc l'intervention ci-dessus décrite comme une arthrotomie du métacarpe et je dois de cette façon réclamer des honoraires pour le ou les aides.

Il est possible que ces détails paraissent peu importants à certains ;mais ceux qui ont l'occasion de voir un assez grand nombre de blessés trouveront, je pense, que je n'ai pas tort et m'approuveront.

Cette lacune n'est d'ailleurs pas la seule de notre tarif. Je n'ai jamais pu savoir sous quelle rubrique faire entrer la castration. On a prévu la périnéorraphie, on n'a pas pensé aux testicules, cependant plus souvent exposés aux chocs que les périnées.....

Les Compagnies acceptent assez volontiers des équivalences, mais il vaudrait mieux un texte précis et un tarif complet ; que de lacunes comme celle que je viens d'indiquer !

Quand on aura à faire une incision au niveau du carpe, on choisira de préférence la face dorsale ; la région palmaire est éminemment dangereuse ; on se guidera sur les indications que donne Farabœuf et on aura soin de relire cet auteur avant d'opérer.

Carpe et poignet. — Incision suivant le bord externe des tendons de l'index.

Récliner ces tendons sur le bord cubital. Inciser dans la profondeur sur le radius et on est dans la collection.

Rarement cette minutie anatomique sera nécessaire et le pus fera la voie, ou la saillie aidera l'opération ; un coup de pointe et le pus sourd, un coup de sonde cannelée et on est dans la plaie ; aux ciseaux, on agrandit l'orifice, car il faut se donner du jour.

Une pince introduite dans les lèvres de la plaie conduira s'il y a lieu vers le bord cubital où on fera une incision de décharge.

Métacarpe. — Rien de particulier. Trop souvent on perce de part en part et on traverse la main. Si cette nécessité ne s'impose pas, on ouvrira comme un simple abcès.

Pied, cou-de-pied. — Les interventions sur le pied ont une moindre fréquence que celles de la main ; on en comprend facilement la raison.

Le pied, par contre, est exposé à des traumatismes assez violents et les écrasements,par exemple, ne seront pas exceptionnels.

Les soins de propreté de la région ne facilitent guère chez les ouvriers la marche aseptique d'une plaie et fréquemment le plus petit bobo, la moindre écorchure, amènera de la lymphangite et parfois un phlegmon. Nous ne devons pas manquer de recommander aux blessés de faire la déclaration du plus petit traumatisme ; c'est une précaution des plus sages et, si les compagnies payaient les journées sans tenir compte des quatre jours, beaucoup de blessés reprendraient leur travail au bout de deux jours.

Bien que l'incision médiane puisse être pratiquée à la face antérieure du cou-de-pied, on préférera les incisions latérales qui ménagent les vaisseaux et nerfs importants.

On fera l'incision de 4 à 5 centimètres, un peu en avant de chaque malléole. C'est surtout par l'incision externe qu'on drainera ; il faut donc tenir cette incision un peu plus longue que l'autre.

Les incisions postérieures auront surtout pour but de drainer la région du tendon d'Achille. Les rapports anatomiques ne permettent pas de donner une technique rigoureuse pour éviter les vaisseaux tibiaux postérieurs. Cependant comme l'artère côtoie le tendon dans sa face interne,nous conseillons de commencer par l'incision externe, qui est sans danger et comme cette incision fait pénétrer dans la plaie, c'est-à-dire dans la synoviale infectée, il sera facile,sur une pince ou sur une sonde,de faire une boutonnière qui établira le drainage de façon suffisante.

A ce propos, disons tout de suite que, pour tous ces cas, il faut drainer avec des drains. La gaze, dont j'ai vanté les mérites pour le *plombage* des cavités, abcès, adénites suppurées, etc., la gaze draine mal ces suppurations épaisses. Le drain vaut mieux, il permet des lavages et empêche la rétention.

Surtout pas de ces petits drains minuscules qui n'ont ni rigidité, ni calibre ; il faut que notre pansement corresponde à notre incision et la guérison sera facilitée et non retardée par une ouverture convenable, pas timide.....

Dès que les choses prendront tournure, on retirera le drain unique et on supprimera le *part en part*, on mettra dans chaque lèvre deux petits drains laissant la partie médiane se cicatriser. Un drainage prolongé amène des fistules.

Il ne faudra pas non plus oublier la fonction du membre malade et la main surtout sera l'objet de tous nos soins.

Si les fractures, dont nous avons étudié dernièrement le mécanisme et la gravité, donnent du mal au médecin, son rôle est bien plus difficile quand il a affaire à une suppuration du carpe, du métacarpe ou du pied. Avec une fracture, on peut mobiliser, masser... Le tégument est indemne ; mais, avec nos incisions et la suppuration, que faire ?

— Nous efforcer de ne pas laisser les tendons se souder. Ce sera d'autant plus difficile que la réparation de ces plaies chaudes se fait presque du jour au lendemain. Ayons donc toute notre attention portée sur ce point et que chaque pansement nous soit une occasion de mobiliser. Si peu que nous gagnions, ce sera toujours plus que ce que nous aurons par la suite.

Coude et genou. — Ici, le résultat sera meilleur

et les difficultés bien moindres. Pour le genou, deux incisions latérales conduiront dans l'article. Un tampon monté sur une pince permettra de nettoyer tous les replis. Ce brossage doit être très minutieusement fait. Le drainage se fera comme nous venons de le dire plus haut ; mais il est souvent difficile de maintenir longtemps le drain passant sous la rotule ; on établira au besoin le drainage en croisant des drains qui iront dans les culs-de-sac supérieur et inférieur.

Au coude, on donnera la préférence à l'incision en dehors qui permet d'éviter le nerf cubital. Si on était forcé d'agir de l'autre côté, on inciserait le long de l'olécrâne et on réclinerait le nerf.

Il ne faut surtout pas inciser sur la ligne médiane à cause de la blessure du tendon qui expose à des ennuis dans l'avenir.

Telles sont les recommandations que nous avons cru devoir faire au sujet de ces interventions ; les pansements seront minutieux, surtout pendant les premiers temps, mais ils ont pour le blessé et la fonction du membre une importance telle que nous ne saurions nous en désintéresser.

La réunion de ces plaies chaudes se fait avec une extrême rapidité et, à la campagne surtout où l'air et la lumière se montrent d'utiles facteurs de la guérison, nous serons surpris des résultats de nos soins.

(*A suivre.*) Dr Ch. LEVASSORT.

OPHTALMOLOGIE

Traitement de la myopie progressive

Par le Dr A. TROUSSEAU,
Médecin à la Clinique nationale des Quinze-Vingts.

La myopie progressive est toujours une gêne, souvent un danger.

Combien de jeunes gens ne peuvent, à cause d'elle, embrasser la carrière qu'ils ont choisie, et échouent au port, alors que des études longuement suivies les ont amenés à l'entrée de Saint-Cyr ou de Navale, tout à coup fermés pour cause d'insuffisance visuelle ! Combien d'adultes se voient obligés d'abandonner une profession qui nécessite un emploi trop assidu d'yeux atteints d'asthénopie, de mouches volantes, d'hémorrhagies vitréennes, de choroïdites ! Et puis, le spectre si redoutable du décollement rétinien ne plane-t-il pas au-dessus de la vie du malheureux myope !

Qu'on ne croie pas, avec le vulgaire, que l'œil myope est le plus solide, qu'on sache bien que c'est un œil malade ou prédisposé à la maladie, et que la myopie progressive peut être cause de cécité.

Heureusement cette affection, héréditaire et développée par les efforts d'application, peut être modifiée par différents moyens que je vais énoncer sous une forme aussi concise que possible.

Prophylaxie. — Il existe chez quelques jeunes sujets une prédisposition héréditaire ou congénitale à la myopie progressive, qui peut être mise en œuvre ou augmentée par les efforts visuels. Nous sommes peu armés contre cette prédisposition qui paraît pourtant avoir sa puissance maximum chez les enfants malingres, souffreteux, atteints des différentes maladies de l'enfance, c'est-à-dire que les soins consacrés à la réfection de l'état général ne seront pas perdus.

Le but principal à atteindre sera de rendre inoffensif ou de régler le jeu obligatoire de la vision.

Tout enfant soupçonné de myopie devra être examiné avant le début des études, avant même d'apprendre à lire, de façon à ce que, la myopie reconnue, puissent être édictées les règles qui présideront à sa vie scolaire ou à l'éducation au domicile paternel.

L'école doit être parfaitement éclairée. Le mauvais éclairage est nuisible parce qu'il oblige l'écolier à se rapprocher de l'objet du travail et à abuser de son accommodation et de sa convergence. Un éclairage suffisant doit toujours permettre de lire dans n'importe quelle partie de la salle d'étude les plus fins caractères à 30 ou 32 centimètres.

L'orientation des bâtiments est importante. Dans nos climats, on préférera celle de l'est, du nord-est ou du sud-est. La situation au nord est trop sombre, celle du sud a des inconvénients inverses. On ne placera pas de salles d'études au rez-de-chaussée. Faute de l'éclairage d'en haut, pas toujours réalisable, le meilleur est l'éclairage venant exclusivement de gauche, qui permet à l'élève d'écrire sans que son bras droit fasse ombre sur le papier. La lumière ne devra jamais venir d'en face, elle serait éblouissante. Les murs seront peints en gris clair afin de réfléchir la lumière, sans aveugler les écoliers.

Le meilleur mode d'éclairage artificiel est fourni par l'électricité, les lampes placées très haut doivent avoir au-dessous d'elles un miroir concave qui, d'un côté, dérobe à l'œil la lumière et de l'autre la projette sur un plafond blanc, d'où elle se réfléchit dans toute la salle.

Le mobilier scolaire doit être disposé de façon à ce que l'enfant n'ait pas tendance à se rapprocher à plus de 30 à 32 centimètres et à ce qu'il prenne naturellement une bonne position des bras, du corps et de la tête. La table, d'au moins 40 centimètres de large, doit offrir un plan incliné de 15 à 20 degrés.

Les enfants ont, en écrivant, une tendance à porter la tête en avant et à l'incliner à gauche pour suivre la marche de la plume. Ils s'approchent trop du cahier et prennent une position qui peut développer la myopie et engendrer des déviations de la colonne vertébrale. Certes, l'écriture droite a de notables avantages et la formule de Georges Sand : écriture droite, sur papier droit, corps droit, est excellente ; mais l'écriture droite est très lente et ceci n'est pas un mince argument contre son adoption à une époque où toute perte de temps constitue une infériorité. Je crois que des remontrances réitérées s'opposant à la mauvaise tenue des élèves et les empêchant de se rapprocher à plus de 25 centimètres de leur cahier seront presque aussi efficaces que l'adoption d'une écriture aussi peu pratique.

Pour qu'un livre scolaire ne fatigue pas l'élève, il faut que, éclairé par une bougie à 75 centimètres, les caractères soient encore lisibles. Il doit être imprimé sur du papier épais, de pure couleur blanche, en caractères gras ou normands, bien espacés, la longueur des lignes ne devant pas dépasser 8 centimètres avec des interlignes de 3 millimètres. Les pages ne doivent pas être longues et elles seront fournies de larges marges.

Au domicile paternel, on s'efforcera de réaliser autant que possible les conditions sus-énoncées. Faute d'électricité, on emploiera une forte lampe à pétrole placée à gauche de l'enfant et munie d'un grand abat-jour ; mais on ne permettra le travail du soir que dans les cas légers et maniables. Dans le jour, la table de travail munie d'un pupitre incliné sera placée perpendiculai-

Correspondance hebdomadaire
(*Suite*).

Le rapport concernant ledit état mental est soumis au même tarif et doit être compté selon les vacations employées.

C'est ainsi qu'en province pour une ville au-dessous de 40.000 habitants, nous avons droit à 3 francs pour l'examen mental et 3 francs pour le rapport.

Les parquets bien intentionnés permettent de compter plusieurs vacations à 3 francs, pour l'examen mental, mais une seule pour le rapport ; alors le mémoire doit être accompagné d'une note spéciale du juge d'instruction certifiant que le nombre de x vacations a été réellement employé soit à l'examen mental soit à l'examen du dossier, etc.

Voilà, mon cher confrère, quelques renseignements qui pourraient être utiles à mes confrères et que je connais d'autant mieux que j'ai eu à opérer de ce chef des reversements à la caisse du receveur des finances pour quelques pièces de 2 francs perçues en trop et réclamées par la cour des comptes après plusieurs mois (6 à 8 mois et plus).

Dr P. à Th., à *Sou médical*. — Je vous ai demandé et vous avez bien voulu me donner des conseils, par lettre de l'avocat conseil du « Sou médical » en date du 7 novembre, dans un litige avec une compagnie d'assurances. Ce litige portait sur le point de savoir si j'étais lié ou non avec elle par un traité que j'avais résilié. J'ai attendu la solution pour vous aviser.

Ma note était de 560 fr. 2 offres successives me furent faites ; de 260 et de 465. Je les repoussai et menaçai d'assigner les patrons si je n'étais pas réglé le 1er décembre. Au jour dit, l'agent était autorisé à régler au mieux, et je me fis payer intégralement. Je vous remercie sincèrement de vos conseils qui m'ont permis de ne pas hésiter à soutenir énergiquement mes prétentions justifiées.

Voudriez-vous me donner par la voie du *Concours médical* ou par lettre, votre avis sur le point suivant.

Je vois un blessé de mes clients avec un confrère qui lui a donné les premiers soins. Pour la première consultation pas de difficultés je puis la compter quatre fois le prix de la visite, plus le prix de l'aide dans l'intervention (réduction de fracture de Dupuytren). Est-ce vrai ? Je revis ensuite 2 fois le blessé avec le médecin traitant, et fis aussi un certificat final prévoyant une incapacité permanente et concordant avec celui de mon confrère. Ai-je droit

Suite page XII.

rement à une large fenêtre envoyant la lumière à la gauche du travailleur.

L'enfant ne doit pas travailler avant l'âge de 5 à 6 ans. Il ne commencera à écrire qu'un an après avoir commencé à lire. L'enseignement de l'écriture sera fait avec du papier et des plumes et non avec des ardoises.

On n'exigera pas du jeune myope plus de 2 heures 1/2 à 3 heures de travail assidu par jour. Les études ne doivent pas dépasser une demi-heure, trois quarts d'heure au plus, et elles seront séparées par un intervalle d'une demi-heure ou d'une heure passée au grand air ou dans l'oisiveté absolue.

Les enfants ne doivent ni lire ni écrire inutilement ou pendant les récréations ; on ne leur infligera jamais de pensums. Ils ne feront aucun devoir le dimanche et les jours de fête et seront très surveillés s'ils ont la passion de la lecture. Pendant les vacances d'été qui seront de deux mois au moins, aucune application des yeux ne doit être permise ; celles-ci seront passées de préférence au bord de la mer où les grands horizons sollicitent l'exercice de la vue à distance favorable aux myopes. Les exercices physiques réguliers et modérés sont recommandables, sauf ceux qui peuvent congestionner la tête, ou nécessiter des efforts.

Traitement hygiénique. — L'adulte atteint de myopie progressive devra suivre quelques règles hygiéniques. Il ne travaillera jamais inutilement, réservant ses efforts visuels pour un but déterminé et pratique. Il renoncera à la lecture des revues, des romans, des journaux. Il prendra des vacances aussi longues et aussi fréquentes que possible, vivra, si faire se peut, au grand air. Il ne travaillera que dans d'excellentes conditions d'éclairage et fuira les travaux du soir et l'application des yeux immédiatement après les repas. Son régime ne comportera ni alcool ni excitants, ni aliments indigestes et tendra à éviter toute constipation, toute raison de congestion céphalique. Il portera des verres convenablement choisis et fera surveiller l'état des membranes profondes de ses yeux.

Traitement optique. — Des verres bien choisis peuvent arrêter les progrès de la myopie. Il faut donc combattre énergiquement cette opinion trop répandue que les verres fatiguent les yeux et qu'il faut s'en servir le moins possible. Les spécialistes, n'ont que trop souvent à lutter contre ce préjugé et contre les idées préconçues des parents qui présentent leurs enfants à l'examen et s'empressent d'empêcher ceux-ci d'employer les verres prescrits.

On donnera aux myopes forts des verres pour voir de loin notablement plus faibles que le degré réel de la myopie et des verres pour voir de près qui permettent la lecture facile à 28 ou 30 centimètres de façon à éviter les efforts de convergence et d'asthénopie qui résultent de la fatigue des muscles droits internes. Si ceux-ci sont affaiblis, on adjoindra aux verres concaves des prismes à base interne. On n'oubliera jamais de corriger l'astigmatisme qui accompagne fréquemment la myopie progressive. Le choix des verres chez les myopes progressifs est délicat et nécessite une connaissance précise de l'ophtalmologie.

Traitement médical. — Ce traitement s'adresse surtout aux complications si fréquentes de la myopie progressive. Le régime doux, les purgatifs, les ventouses sèches sur la nuque seront ordonnées en cas de phénomènes irritatifs. L'iodure à faibles doses, les préparations d'hamaméline, d'ergotine rendent des services dans le cas de mouches volantes ; les mercuriaux agissent sur les choroïdites et les décollements rétiniens. Quand on redoute cette dernière complication ou quand elle s'est produite, il faut mettre le malade au repos complet, quelquefois dans la position horizontale, le purger, favoriser la diurèse et pratiquer les injections mercurielles ; ici le traitement médical, quoique peu actif, semble encore préférable aux divers procédés chirurgicaux récemment préconisés.

Traitement chirurgical. — S'il suffisait de prescrire aux myopes forts des verres correcteurs pour leur procurer une vision convenable, il n'y aurait pas lieu de songer à traiter la myopie par un procédé opératoire. Mais combien ne peuvent supporter les verres forts qui amènent des irisations, des déformations d'objets, combien sont tourmentés par la diplopie, l'asthénopie, les mouches volantes, qui leur interdisent tout travail suivi.

L'intervention opératoire est légitime quand les verres ne sont pas supportés ou quand, malgré leur emploi, les myopes continuent à progresser.

Après l'enlèvement du cristallin opaque chez un cataracté, l'œil normal devient hypermétrope de 10 à 12 dioptries, on comprend que si, avant l'intervention, l'œil était myope de 10 à 12 D, il redevient emmétrope, c'est-à-dire normal après l'enlèvement de la lentille ; donc en enlevant le cristallin transparent à un myope, on diminue sa myopie d'un chiffre égal et même supérieur à la valeur du cristallin.

L'extraction du cristallin transparent est souvent suivie de la persistance de masses secondaires dans la chambre antérieure et de diverses complications ; aussi tous les opérateurs s'accordent-ils à obtenir d'abord l'opacification du cristallin pour l'extraire ensuite. Je ne puis insister ici sur les divers procédés opératoires et sur les indications de l'extraction chez les myopes. J'ai déjà traité ailleurs ce sujet technique. (*Presse méd.*, 5 avril 1899.)

Je tiens à rappeler ici que l'opération est nouvelle, que nous ne sommes pas fixés absolument sur ses suites possibles, qu'elle offre, à côté de gros avantages, une certain nombre de dangers et que, sous peine de la discréditer, nous ne devons pas la pratiquer à la légère.

CHRONIQUE DE L'EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE

Office central pour la répression de l'exercice illégal de la Médecine.

Les réunions dernières de l'Union des Syndicats et du Concours médical nous ont donné l'occasion de rencontrer un bon nombre de confrères de province et de voir que notre office de répression leur paraît une institution utile, bonne à encourager et bonne à conserver.

Certes, nous ne pouvons pas faire tout ce que nous souhaiterions et nous avons trop souvent le regret de conseiller l'abstention ou la prudence à des confrères qui nous racontent des faits scandaleux. En agissant ainsi, nous n'avons d'autre but que d'épargner aux plaignants un échec fatal, l'équité n'étant pas toujours l'équivalent de la formule légale.

Cette année, un bon nombre de syndicats nous ont envoyé des subventions et nous ne saurions trop dire combien ces témoignages de sympathie

nous sont précieux. Peu importe la somme : 100, 50, 20 ou 10 francs ; la moindre n'est pas la moins méritoire et la moins bien accueillie. Il faut savoir en effet que beaucoup de syndicats ne sont pas riches et que leur geste est d'autant plus digne de notre reconnaissance que les ressources de la caisse sont plus limitées.

A tous donc, je dis : Merci.

Mais une chose m'a navré. C'est la confidence qui m'a été faite qu'on ignorait notre existence dans certaines régions. Des syndicats nous ignorent... et, d'après ce que j'ai vu, regrettent de nous ignorer. C'est pour essayer de frapper à ces portes qui ne demandent qu'à s'ouvrir que j'emprunte la voix du *Concours* en priant tous ceux qui ont besoin d'avis ou de conseils de ne pas craindre de s'adresser à nous.

Je demande aussi aux secrétaires de syndicats de nous adresser les documents qui leur parviennent, j'entends par là les copies de jugements. Nous formons un recueil, qui dans l'avenir, sera des plus utiles à consulter et servira à fixer la jurisprudence.

Un mot encore pour finir.

Nous voudrions bien faire condamner un de ces nombreux rebouteurs qui font annoncer leur passage dans une ville et donnent dans les journaux de la région le jour, l'heure et le lieu de leur résidence.

Le journal serait, si possible, impliqué dans les poursuites, mais pour cela il nous faut un beau cas, un bon cas. D'abord un article de journal annonçant le rebouteur, ensuite la venue du guérisseur, et enfin les noms de malades venus le consulter. Au besoin un constat d'huissier.

Le « Sou médical », qui ne recule devant aucune initiative dès lors que l'intérêt des confrères est en jeu, ne nous refuserait pas son appui.

Il arrive également que de pauvres filles trompées par les réclames des journaux et par la promesse d'œuvres soi-disant philanthropiques, se laissent aller à correspondre pour un retard.

Certaines mêmes font le voyage et reviennent faire leur fausse couche au pays.

Lorsque la discrétion professionnelle le permettra, nous serons reconnaissants aux confrères de nous communiquer les faits qui seront venus à leur connaissance. C'est là une œuvre d'assainissement public dont le corps médical ne peut se désintéresser.

Malheureusement, les coupables se montrent d'une isolence qu'encourage l'impunité. Jamais la victime ne se plaint, car elle est coupable ; et voilà comment des milliers d'enfants sont supprimés chaque année.

Chers confrères, aidez-nous.

Docteur Ch. LEVASSORT.

Secrétaire de l'Office central pour la répression de l'exercice illégal,

2, place des Vosges, à Paris.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

SOU MÉDICAL

Séance du jeudi 26 *novembre* 1908.

Présents : MM. Maurat, Jeanne, Vimont, Gassot, Cézilly, Diverneresse, de Grissac, Gatineau et Dumesny.

M. Gassot présente la liste des nouveaux adhérents dont le Conseil prononce l'admission :

Pour 1908.

MM. les docteurs :
433 Watelet, à Paris, 219, rue de l'Université.
437 Dupret, à Groslay (Seine-et-Oise).
441 Fons, à Arles-sur-Tech (Pyrénées-Orient.).
445 Coutaud, à Saumur (Maine-et-Loire).
447 Simonot, à Saint-Loup-sur-Sémouse (Haute-Saône).
449 Ernous, à La Chartre-sur-le-Loir (Sarthe).

Pour 1909.

MM. les docteurs :
450 Touillon, à Bourg (Ain).
456 Legendre, à Bonny (Loiret).
463 Denance, à Varennes (Loiret).
464 Lepage, à Evaux-les-Bains (Creuse).
467 Kérambrun, à Saint-Vallier (Saône-et-Loire).
470 Bourgeois, à Vrigné-aux-Bois (Ardennes).

Dr L., à B. — Le juge de paix saisi de ma demande en paiement d'honoraires pour soins donnés à un enfant en nourrice chez sa tante, a renvoyé son jugement à quinzaine. Je dois déposer des conclusions, *documentées* au point de vue jurisprudence. Je vous envoie un projet que vous voudrez bien soumettre à Me Gatineau.

Le confrère a reçu en temps nécessaire les indications de jurisprudence transmises par M. Dumesny après entente avec Me Gatineau.

No 12375. — Le Dr R., de Saint-S., signale le fait du maire de sa localité qui met à la disposition d'un confrère habitant à 11 kilomètres, son cabinet de la mairie pour y donner des consultations. N'y a-t-il pas abus et que faire ?

Réponse. — Si les consultations sont données à d'autres qu'à des indigents, le maire commet un abus en prêtant le local de la mairie pour l'exercice d'une profession.

Il y aurait lieu, en outre, de faire payer une patente pour l'exercice de la profession de médecin dans la commune autre que celle où habite le médecin. Pour fixer la valeur locative du local où la profession est exercée, lorsqu'il n'y a pas de bail, l'administration procède par comparaison ou au besoin par expertise.

Portez plainte au Préfet contre le maire et tenez-nous au courant de la réponse qui vous sera faite. D'un autre côté, signalez ce patentable au contrôleur des contributions directes.

No 2357. — Le Dr T., à E., à l'occasion d'un mémoire d'expertise ordonnée par le juge de paix dans une affaire d'accident du travail, pose la question de savoir comment il devra se faire payer ?

Réponse. — En matière d'expertise, il ne faut pas oublier que les frais doivent être taxés par le juge. Il importe donc, toutes les fois que vous déposerez un rapport devant servir en définitive à l'établissement d'une sentence, de fixer dès ce moment le montant des frais de cette expertise, de façon à ce que le juge puisse en faire état et en attribuer le montant en charge à la partie qui sera condamnée aux frais. C'est faute de se conformer à cette chose, si simple cependant, que beaucoup de confrères désignés comme experts

par les juges de paix ont tant de difficultés à se faire régler. Un inconvénient de cette manière de faire, c'est qu'il faut se tenir au courant du résultat de l'affaire au cours de laquelle on a été commis, et le médecin ne saurait perdre son temps en assistant aux audiences.

Pour parer à cet inconvénient, certains experts se font verser d'avance par les parties *des provisions* ; cette manière de faire n'est possible en matière d'accidents du travail que lorsque le patron, par l'entremise de l'assureur, est demandeur à l'instance. Or, ce procédé a donné lieu dans ces derniers temps à de tels abus que le « Sou médical » a dû protester avec vigueur. Ce moyen, en effet, met l'expertise entre les mains d'une catégorie de médecins au détriment et des praticiens et des blessés (voir la contre-enquête de notre confrère Divernеresse).

D'un autre côté, lorsque c'est l'ouvrier blessé qui est demandeur, comme c'est un assisté judiciaire, les frais de procédure sont mis par la loi de 1898, à la charge du Trésor qui en fait l'avance.

Le médecin est donc payé dans la forme ordinaire en faisant taxer son mémoire et en faisant rendre la taxe exécutoire.

Dans le cas particulier du Dr T., il devra établir son mémoire, le présenter à la taxe du juge et l'adresser au patron condamné aux frais.

Si ce dernier refuse ce paiement, il y aura lieu de lever exécutoire.

N° 2358. — Le Dr T., à M., demande les conditions dans lesquelles un docteur en pharmacie ayant officine ouverte et possédant le diplôme de docteur en médecine, peut exercer les deux professions.

Me Gatineau est prié de donner une note sur ce sujet.

N° 2360. — Le Dr B., de B.-le-Ch., demande :

1° Qui doit lui payer les certificats qu'on lui demande d'établir pour justifier le licenciement d'une école communale pendant la durée d'une épidémie ?

2° Quel prix, il doit réclamer ?

Réponse. — En principe qui commande paie. C'est le maire de la commune qui réclame ce certificat. C'est à lui qu'il faut réclamer le montant de ces honoraires. Etablissez un rapport circonstancié sur la question qui vous est posée et réclamez 10 francs.

D'autre part, vous dites que vous avez établi dans d'autres communes de semblables certificats gratuitement.

Nous ne saurions, au « Sou Médical », vous encourager dans cette voie qui porte à vos confrères voisins un préjudice fort appréciable.

N° 2361.— Le Dr I., de P., demande quelle est la valeur d'un contrat de cession de clientèle qu'il soumet à l'appréciation du « Sou Médical ».

Le confrère devra solliciter un rendez-vous de Me Gatineau, qui lui donnera sur son contrat de cession toutes les indications utiles.

N° 2355. — Le Dr C., des A., demande à Me Gatineau des conseils pour obtenir la résiliation d'une police d'assurance « Maîtres et serviteurs ».

Son dossier complet a été adressé à notre avocat-conseil en le priant de répondre aux multiples questions posées par le confrère.

N° 2353.— Le Dr P., à Ch., A., demande conseil au sujet d'un recouvrement d'honoraires.

Il a donné des soins à un jeune homme atteint d'affection grave et qui a succombé à la suite d'une intervention chirurgicale. La famille a versé un acompte de 50 francs et refuse le paiement du complément, soit: 128 francs, rendant le confrère responsable du décès.

Me Gatineau a répondu par une consultation très complète

Le Dr P..., à la suite de cette consultation écrit à Me Gatineau : « Merci très sincèrement de votre lettre si documentée ; elle m'a permis de gagner mon procès.

« Le juge de paix m'a, en effet, donné gain de cause en déclarant que ma note m'était intégralement due, que c'était une question de principe qui devait être sauvegardée. Par esprit de conciliation il m'a demandé si je voulais accepter une légère diminution sur ma note. J'ai de suite acquiescé pour montrer que je n'en faisais pas une question d'argent. Les frais ont été mis à la charge de mon adversaire.

« En vous remerciant encore une fois,

« Veuillez, etc. ».

N° 2425. — Le Dr M., de M., expose la situation spéciale qui lui est faite par une Société de Secours mutuels qui le traite différemment que son confrère de la même localité. Ce dernier est désigné comme médecin officiel de la Société et le Dr M. n'est plus réglé de ses honoraires par la Société qui laisse ce soin aux sociétaires.

Le docteur Vimont a répondu par la note suivante :

« L'affaire de notre confrère M. est surtout une affaire d'ordre syndical. Le Dr M., avec son confrère, ont fait une campagne pour le relèvement des honoraires d'un commun accord ; ce confrère ne doit donc pas accepter un régime de faveur qui est un régime de défaveur envers son confrère.

« Comme circonstance atténuante, la Société dit qu'elle agit ainsi envers le docteur X..., parce qu'il est lui-même membre de la Société ; il s'ensuivrait donc que si le docteur M. était lui-même membre de la Société, cette dernière ne pourrait le traiter autrement que son confrère.

« La Société laissant le libre choix du médecin et par conséquent n'ayant aucun contrat avec le Dr M., peut laisser ses sociétaires honorer comme ils le veulent leur médecin, c'est même un système que nous avons défendu puisqu'il supprime tout contact avec une mutualité.

« La Société alors rembourse son sociétaire comme elle l'entend, car il y a contact entre la Société et le sociétaire et non entre la Société et le médecin.

« Dans ce cas alors, le médecin devrait ignorer la Société et faire payer à chacun les honoraires dus à la classe sociale à laquelle il appartient. S'il consent à faire un rabais et se contente du prix payé par la Société mutuelle, il ne fait ce rabais que parce que, à son avis, la Société lui en garantit le paiement ; sinon il n'a aucun motif de faire un rabais qui ne correspond, à notre avis, qu'à une prime d'encaissement pour un paiement assuré.

« D'autre part notre confrère, à mon avis, ne peut mettre opposition entre les mains de la société sur les sommes qu'elle doit rembourser à ses sociétaires, comme indemnité de médecin ».

« N.-B. — Si la Société rembourse aux sociétaires les honoraires du médecin, il est probable qu'ils doivent produire comme justification la note du médecin acquittée ».

N° 2351.— Le Dr E., de La Ch.-sur-le-L., écrit : « J'ai fait le mort et ne suis pas allé devant la Cour de cassation. J'avais pensé à la fable du pot de terre contre le pot de fer. Vous me démontrez que la lutte est possible, envoyez-moi documents sur le « Sou Médical ».

Réponse. — *Vœ soli* ! — Comment ! une Société d'assurance vient soutenir une chose absurde — que l'indemnité de déplacement ne doit être calculée qu'*à l'aller*, alors que le tarif dit textuellement, art. 8. : *Donne lieu à une indemnité kilo-*

métrique toute visite du blessé, etc. *Cette indemnité est calculée par kilomètre parcouru en* ALLANT *et en* REVENANT ; condamnée à payer le déplacement calculé suivant la distance parcourue en *allant* et *en revenant*, par le juge de paix de la Chartre, elle porte l'affaire devant la Cour de cassation. La Chambre des requêtes admet le pourvoi par un arrêt non motivé. Rien ne dit que la Chambre civile admettra les moyens du pourvoi (1).

Notre ligue prend en mains votre cause qui est celle de tous et vous représentera devant la Chambre civile ; notre avocat fera entendre nos justes observations. La cause intéresse trop de confrères pour que vous ne venions pas vous soutenir.

Le Conseil décide qu'une somme de 600 francs sera versée pour la provision à l'avocat à la Cour de cassation.

N° 2374. — Le Dr A., d'A., demande si dans le cas suivant, qu'il expose, il ne lui serait pas possible de réclamer pour une autopsie demandée par une assurance une somme supérieure à celle allouée par le tarif médico-légal établi en matière criminelle. Voilà une opération ennuyeuse au possible, délicate et qui fait courir des risques au praticien. Elle est faite dans un intérêt privé à l'encontre de l'autopsie judiciaire. Le tarif Dubief est muet sur ce point.

Réponse. — Il est à craindre que le juge de paix qui vous a requis légalement de faire l'autopsie nécessaire à l'enquête prescrite par la loi de 1898, vous taxe à 25 francs. Cependant, le tarif criminel n'est pas applicable en l'espèce.

N° 2373. — Le Dr D., de D., signale les agissements de la Compagnie la Mutuelle générale française qui se joue auprès des médecins de la Dordogne de l'arrêt de la Chambre des requêtes dans le recours de MM. Bazard et Grelot contre le jugement du juge de paix de la Chartre-sur-le-Loir rendu au profit du Dr Ernous.

L'indemnité kilométrique pour les accidents du travail ne serait due qu'à l'*aller seulement*.

Le tarif dit : Par kilomètre parcouru en *allant* et en *revenant*.

Réponse. — Nous conseillons à tous nos confrères auxquels on opposera ce moyen de réclamer des dommages et intérêts pour préjudice causé par une résistance injustifiée et de mauvaise foi à leur demande, de façon à échapper à la juridiction du juge de paix en dernier ressort, et à pouvoir porter l'affaire devant le tribunal au cas où le 1er juge accepterait la théorie de l'assurance.

Le Conseil décide d'allouer au Secrétaire général, pour le rémunérer du travail de rédaction des procès-verbaux qui sont maintenant publiés dans le *Concours médical*, une indemnité mensuelle de 50 francs, avec effet du 1er octobre dernier.

Syndicat rural des médecins de Castres et Lavaur

ORGANISÉ LE 23 SEPTEMBRE 1908.

Siège social : Saint-Paul-Cap de-Joux (Tarn).

Allocution prononcée par le Dr Thadée, correspondant du « Concours », le jour de la constitution de ce Syndicat.

Messieurs et chers confrères,

En vous réunissant aujourd'hui pour organiser un nouveau groupement régional, je n'ai nullement l'intention de remplacer ou de suppléer notre syndicat départemental, je ne serai que le continuateur de cette belle œuvre de défense professionnelle.

Avant toutes choses, permettez-moi de rendre le juste témoignage qui est dû à M. le Dr Sicard, vénéré fondateur du permier syndicat tarnais.

Depuis de longues années, il a été l'âme de cette belle œuvre ; avant que nous ne soyons là, il défendait énergiquement nos intérêts professionnels et la maladie seule a pu l'éloigner de notre syndicat dont il reste le digne président honoraire.

Son œuvre n'a pas été vaine, c'est grâce au syndicat départemental que nous avons vu disparaître une première fois le système de l'abonnement dans le Service de l'Assistance publique pour faire place au système vosgien.

Je sais bien que, mû par des considérations financières, le Conseil général du Tarn a essayé de rétablir ces dernières années le système à l'abonnement pour les soins à donner aux indigents; mais le syndicat départemental, par l'intermédiaire de sa délégation, a protesté à maintes reprises et j'apprends au dernier moment que ces protestations n'ont pas été vaines, puisque le Conseil général, dans sa dernière session a voté de nouveau le principe de rémunération à la visite avec liberté pour le malheureux de choisir son médecin.

Le syndicat départemental n'aurait-il obtenu que le libre choix, déjà il mériterait beaucoup de nous, mais nous savons que nombreux sont encore les services que nous avons tous reçus de cet organe de défense professionnelle. Permettez-moi donc d'adresser ici tous nos remerciements non seulement au vénéré président, M. le Dr Sicard, mais encore à tous ceux qui ont bien voulu lui prêter leur concours.

L'étendue de notre département ne permet pas à tous nos confrères d'assister aux réunions générales ; de ce fait nous vivions un peu isolés les uns des autres, chose extrêmement regrettable, car nous n'arrivons pas à nous connaître suffisamment.

De notre contact plus fréquent, nous entretiendrions entre nous des rapports de bonne confraternité, cordiaux autant que possible, mais toujours corrects. Il importe donc qu'à côté du syndicat départemental nous organisions un petit groupement local qui nous permette, entre confrères d'une même région, de nous voir le plus souvent possible ; mais il est évident qu'il ne saurait exister de bons rapports si nous n'apportions pas la plus grande loyauté dans la concurrence que nous sommes obligés de nous faire.

A l'avenir, nous nous mettrons sur un pied d'égalité absolu vis-à-vis les uns des autres ; nous sommes tous ici partisans convaincus de la liberté de confiance, du libre choix du médecin par son malade ; vous en avez donné le témoignage lorsque l'administration a essayé de créer des médecins fonctionnaires pour les soins aux indigents. Songez donc que dans notre beau département, il ne s'est trouvé à peine que deux ou trois malheureux confrères pour accepter les propositions administratives, et, disons le vite à la gloire de notre corporation, parmi ces malheureux, nous en avons la preuve écrite, parmi ces malheureux, il y en a qui ont été victimes de basses menées ; ils n'ont accepté le service que parce qu'on les avait trompés.

Oui, nous serons hostiles à toute situation privilégiée non motivée, à tous monopoles professionnels dus à l'intrigue ou au favoritisme. En fait d'inégalité, il n'existera désormais entre nous que celles qui résultent de la force des choses, c'est-

(1) Voir la consultation de Me Gatineau en tête du n° 48 du *Concours médical*.

à dire de notre savoir, de nos aptitudes professionnelles.

Nos groupements locaux se proposent de régler nos affaires locales, ils lutteront contre les empiètements des sociétés locales ; ils nous aideront des conseils de leur direction, ils annihileront, j'en suis convaincu, notre nonchalance qui en maintes circonstances a été la principale cause de nos défaites.

L'Administration ne peut qu'applaudir à notre intiative ; nous aurons souvent l'occasion de nous entretenir des services publics qui nous sont confiés de plus en plus nombreux ; nous demandons une juste rémunération de ces services, mais mieux instruits, nous nous acquitterons mieux de la tâche qui nous incombera, nous nous entraînerons mutuellement pour nous faire apôtres des idées d'hygiène ; nous faciliterons l'application des lois sociales et nous diminuerons ainsi les frais onéreux d'application de ces lois, qui, mal comprises et mal appliquées, grèvent inutilement le budget sans donner le moindre résultat positif.

On peut se rassurer en dehors de cette enceinte : nous réclamons, il est vrai, le droit à la vie pour nous et les nôtres ; mais nous n'avons nullement l'idée de tout bouleverser, nous ne voulons pas nous organiser pour l'exploitation de la souffrance humaine, et s'il fallait un emblème pour marquer notre drapeau, on n'y verrait pas figurer la pioche, emblême du démolisseur, mais bien la truelle du modeste maçon, car en défendant nos droits, nous voulons être utiles à tous, nous voulons contribuer pour notre part à l'édification de la cité future, où tout citoyen, plus pénétré de ses devoirs, plus respectueux des droits d'autrui, jouira de la plus grande somme de bien-être possible.

Notre groupement local s'occupera de nos affaires locales, tandis que la fédération départementale continuera ses bons rapports avec l'administration départementale, et nous confierons à l'Union des syndicats médicaux le soin de porter nos doléances au Parlement.

A cette époque de spécialisation à outranee, si nous voulons voir aboutir nos efforts, il importe de les spécialiser, et notre besogne sera suffisante et utile si nous arrivons à créer et à entretenir de bons rapports entre les confrères d'une même région, si nous étendons ces bons rapports jusqu'aux administrations locales que nous seconderons et qui ne demandent qu'à connaître nos justes doléances pour nous donner satisfaction.

A l'appui de mon assertion, je vous rappelle que dès le début de notre conflit relatif à la question d'assistance, vous m'aviez confié la charge d'aller assister dans les mairies à la confection des listes d'assistance. Cette tâche me paraissait bien lourde ; eh bien ! chers confrères, elle me fut singulièrement simplifiée par le cordial accueil qui me fut fait et par la bienveillante attention que MM. les maires et membres des commissions portèrent à mes justes observations ; partout on limita le nombre des inscrits de façon à laisser une moyenne de trois francs par abonné et je n'ai trouvé que deux maires arrogants qui, profitant des dissensions médicales, n'ont rien voulu savoir et ont passé outre à mes observations.

J'ai donc bien raison de dire que nous sommes de par nos dissensions les fauteurs de tous les abus.

Ces dissensions vont disparaître complètemen dans notre région et pour le plus grand intérêt de tous nos malades et aussi dans notre propre intérêt ; nous ne serons plus que des amis qui, travaillant ensemble au bien-être général, se solidariseront pour lutter contre les empiètements de leurs adversaires.

Dr THADÉE.

CORRESPONDANCE

Ile Lifou, 25 septembre 1908,

Mon cher confrère,

Le mois dernier, j'ai pris la liberté de vous adresser quelques courtes notes que je destinais à la Société de Pathologie exotique, et une demande tendant à me faire admettre par cette Société en qualité de membre correspondant. Je vous demandais d'être assez aimable pour les faire parvenir à leur adresse.

Aujourd'hui, je voudrais donner au *Concours médical* (si tant est que ce genre de communication l'intéresse), la primeur d'une notice que je viens d'adresser directement à la Société de Pathologie exotique accompagnée d'une série de crânes dont je ne puis vous adresser que la photo, ce qui donne moins bien la représentation de ce que je décris.

Je me propose tout prochainement de vous envoyer une note sur le fonctionnement de la médecine, ici, les droits et devoirs des médecins de colonisation, les décrets qui les régissent, etc.

Vous verrez certainement que tout n'y est pas rose et qu'il faut réfléchir à deux fois avant de s'engager.

Mais n'anticipons pas aujourd'hui.

Je vous inflige avec les notes incluses assez de copie à lire pour une fois.

Veuillez agréer l'assurance de mes meilleurs et sympathiques sentiments confraternels.

Dr NICOLAS.

La réforme des études médicales.

Channay, le 5 décembre 1908,

Cher Monsieur,

Je ne suis abonné que depuis peu à votre vaillant journal, la raison en est que mon installation date de quelques mois à peine.

Mais il y a longtemps que j'en suis l'ami et le lecteur assidu.

Aussi ai-je suivi pas à pas la campagne que vous menez contre la pléthore médicale. Celle-ci a provoqué, de la part de vos lecteurs, de nombreux projets de réforme.

Me permettrez-vous de revenir encore sur ce sujet, car il me semble que tout n'a pas été dit.

En tout cas ce que j'ai à proposer est excessivement simple et d'application très facile, ne devant entraîner ni récriminations trop fortes, ni révolution.

Vous n'ignorez pas qu'il existe douze écoles préparatoires de médecins.

La plupart du temps le nombre d'élèves qui fréquentent ces écoles est infime ; huit, dix, douze ou vingt sont candidats au P. C. N.

Ce nombre se réduit encore quand vient le moment de passer les examens d'anatomie et de physiologie, j'ai vu des séries de deux, trois, quatre élèves ; ce chiffre est évidemment favorable à la formation des futurs praticiens, mais combien déplorable au point de vue examen !....

Les professeurs de ces écoles, tous praticiens en général, sont en rapport constant et journalier avec ces deux, quatre ou huit candidats ; ils soignent leurs familles ou les fréquentent ; en tout cas il est extrêmement simple aux élèves de se faire « pistonner à fond », au moment des examens ; dans ces conditions, pensez-vous que de tels juges puissent être sévères ?...

Evidemment non, la preuve en est que c'est prodige inouï dans ces écoles qu'un élève soit arrêté dans ses études par suite d'échecs répétés en anatomie et physiologie. Pour ma part je n'en connais pas un seul

dans l'école où j'ai commencé mes études, et Dieu sait si j'en ai vu, des nullités reçues !... Et des effets de « piston ».

Du reste, j'en appelle au témoignage de tous ceux qui ont passé par les écoles préparatoires ; les examens sont d'une facilité inouïe.

Il est probable que dans les 4 écoles de plein exercice il doit en être de même.

Il y a bien un président qui vient de Paris ou d'ailleurs ; mais le premier soin de ce « voyageur de commerce spécial » est de faire en sorte d'être à la gare le plus tôt possible. Au reste que peut-il seul contre les professeurs de la localité ? Fermer les yeux et laisser faire !...

Aussi comme conclusion je propose :

1° La réduction des écoles préparatoires ;

2° Surtout, obligation pour les élèves de ces écoles de passer tous les examens, P. C. N. compris, dans les villes où siègent les facultés, le jury étant composé exclusivement par les professeurs de la dite faculté. Bien entendu, les élèves des écoles de plein exercice rentreraient dans ce cas.

Par là, les examinateurs gardent leur indépendance et peuvent procéder avec impartialité et rigueur à l'examen des candidats.

Daignez agréer, Monsieur, l'expression de mes meilleurs sentiments.

Dr Coudert.

TRIBUNE DES CORRESPONDANTS

Le syndicalisme médical dans le Tarn

Mon cher confrère,

Je suis heureux de vous apporter une bonne nouvelle qui me dédommage un peu de mes efforts restés infructueux jusqu'à ce jour.

J'avais eu le plaisir de vous dire que, quoique faisant partie du bureau du syndicat départemental, mes efforts pour secouer l'apathie du corps médical tarnais étaient entièrement paralysés.

Mais de tous côtés, dans le département, les confrères semblent se ressaisir et essayent de s'organiser pour la défense de leurs justes intérêts.

Pendant que, d'un côté, ils négligent le syndicat général, ils se réunissent par groupes pour fonder des syndicats locaux, c'est ainsi que sont nés les syndicats de Mazamet (ville), de Castres (ville), d'Albi, et enfin le syndicat rural des médecins de Castres et Lavaur dont votre serviteur est secrétaire, attendu que j'ai demandé qu'il n'y eût pas de président.

Dans le syndicat Castres-Lavaur, j'ai obtenu, faute de mieux, qu'on versât une cotisation de 2 francs par membre pour adhésion à la Fédération générale, ce qui, je l'espère, ne déplaira pas à notre honoré confrère et ami le Dr Noir.

Nous sommes à peu près d'accord entre administrateurs de ces divers syndicats pour nous grouper en une fédération syndicale, où ne viendront assister que des délégués des autres groupements ; c'est, je crois, le meilleur système pour faire de la bonne besogne.

Dans notre groupement en particulier je suis arrivé à imposer de par les statuts une amende de cinq francs pour toute absence aux réunions.

Je vous adresse ci-joint la petite allocution que j'ai dû prononcer à l'organisation de notre syndicat ; si vous trouvez quelques idées qui puissent être utiles à nos confrères, vous n'avez qu'à les utiliser.

Encore une autre bonne nouvelle ; après longue et mûre réflexion, notre conseil général du Tarn a bien voulu tenir compte des propositions que je lui avais faites au nom du syndicat départemental dont j'étais le délégué depuis trois ans.

J'avais proposé, pour conserver le libre choix et le paiement à la visite, qu'on créât une commission mixte pour juger les abus. Le préfet me répondit : « Ce n'est pas possible ! » Et voilà que deux ans après, dans sa dernière session, le Conseil général vient de voter le paiement à la visite avec commission mixte pour juger les abus ; tant il est vrai de dire qu'il n'y a jamais lieu de se décourager.

La *Prévoyance médicale* se propose de me nommer secrétaire pour sa « filiale maladie » ; êtes-vous d'avis que j'accepte ? J'ai passablement de besogne, mais s'il s'agit d'être utile à notre groupement, je me résignerai à accepter ces fonctions.

J'ai vivement regretté de ne pouvoir venir assister à l'assemblée générale du *Concours* ; espérons que je serai plus heureux une autre fois et je vous prie de me croire vot e tout dévoué.

Dr Thadée.

BIBLIOGRAPHIE

Diagnostic et traitement des maladies de l estomac par Gaston Lyon, chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris. Un volume in-8°, de 724 pages, avec 14 schémas radioscopiques, cartonné toile (Masson et Cie, Editeur), 12 fr.

S'il est un chapitre de pathologie qui a fait le désespoir de générations entières d'étudiants et de praticiens, c'est bien celui qui a trait au diagnostic et au traitement des maladies de l'estomac. C'était un véritable chaos. Les théories se succédaient mais ne satisfaisaient pas. Tour à tour les dyspepsies furent d'ordre moteur, chimique ou nerveux. Chaque école était exclusive et tenait à faire prévaloir son dogme. Et pourtant. il n'y a pas de maladies, il y a des malades. C'est d'ailleurs cette vérité vieille comme la médecine elle-même, qui fait de celle-ci un art. La pathologie stomacale n'en fournit-elle pas une confirmation éclatante ? S'il est une réaction à manifestations protéiformes, et qu'on ne s'explique qu'en remontant à la cause, c'est bien la dyspepsie. « réaction de l'estomac qui souffre », comme disait Lasègue. Il y a donc lieu d'en revenir à la donnée clinique, de réhabiliter l'enquête clinique, et de rendre à la donnée étiologique l'importance qui lui échoit, c'est la caractéristique du livre de M. G. Lyon.

Donc, pour lui, *la notion de cause est le seul élément rationnel de classification des dyspepsies*, c'est elle seule qui nous permet de nous rendre compte de la valeur relative des troubles chimiques, moteurs ou sensitifs, car isolément, un élément chimique, moteur ou sensitif, ne peut expliquer un fait clinique. « Le seul guide utile pour le diagnostic et par conséquent pour le traitement est l'étude raisonnée des circonstances étiologiques et la détermination de leurs effets au moyen des ressources perfectionnées que nous offrent actuellement la clinique, et le laboratoire dont personne ne songe à contester la féconde collaboration, à la condition que le laboratoire ne détourne pas de l'observation attentive du malade ! »

Nous avons tenu à transcrire ces mots, qui ont la valeur d'une profession de foi et mettent en lumière, en le justifiant, le revirement en faveur de la clinique que dénote ce livre.

La notion de cause étant bien en lumière, la conception étiologique des troubles plus nette — *vere scire per causas scire*. Vere scire, la thérapeutique sera mieux adaptée, plus pratique et plus profitable ; peu médicamenteuse, plus générale que locale, faisant la part la plus grande à l'hygiène alimentaire et aux agents physiques. Quant aux indications opératoires, elles sont posées dans ce livre avec la plus grande précision, l'aut ur mettant en garde contre l'abus des interventions souvent plus graves

que la maladie elle-même, leurs conséquences opératoires étant d'autant plus à craindre que l'état général est plus précaire.

Œuvre de vulgarisation de l'immense effort accompli depuis vingt ans, pour mettre de l'ordre et de la clarté dans une des questions les plus ardues de la pathologie interne, ce livre nous met au courant sans connaissances particulières de chimie ou d'anatomie pathologique. Ecrit et conçu à l'intention des praticiens, il est exclusivement clinique. C'est à ce titre qu'il obtiendra la faveur du corps médical et qu'il ira dans nos bibliothèques rejoindre un de ses aînés la « Clinique thérapeutique » dont de nombreuses éditions n'ont pas épuisé le succès. Nous lui souhaitons de suivre les mêmes traces.

R. D.

REPORTAGE MÉDICAL

Toujours l'encombrement. — Nîmes possède 62 médecins. Or, un cours de puériculture s'ouvrant dans son Ecole supérieure de filles sous les auspices de l'Université de Montpellier, on a confié ce cours à un 63e confrère pris au dehors. Encore un diplôme spécial, sans doute, qui va surgir à bref délai.

Concours d'internat. — Il s'ouvre à Paris avec 631 candidats inscrits ! Rappelons que le concours d'externat en a réuni 700. Décidément, nous ne manquerons pas de successeurs.

Une nouvelle œuvre de prévoyance. — Nous lisons dans l'*Echo médical des Cévennes* :

« Nous rappelons à nos confrères « l'Association des « Femmes de Médecins » qui vient de se fonder à Nî« mes, et qui a pour but de verser aux veuves de mé« decins faisant partie de l'œuvre une indemnité « au décès.

« Prière à ceux qui n'ont pas encore envoyé leur « cotisation ou leur don de vouloir bien l'adresser au « plus tôt au Bureau du Journal. »

La loi sur les fraudes et les pharmaciens non consciencieux. — La huitième chambre correctionnelle, sous la présidence de M. Bauchart, avait, hier, à juger un pharmacien des environs de Paris accusé d'avoir substitué aux produits prescrits par les ordonnances médicales des produits différents ou n'ayant pas les doses prescrites.

Le Syndicat des pharmaciens de la Seine avait fait saisir par un huissier, à deux dates différentes, des médicaments prêts à être livrés à un client. Ces médicaments ont été soumis à l'analyse de deux experts, et comme ils n'étaient pas conformes aux ordonnances médicales, le Parquet a poursuivi le pharmacien par application de la loi du 1er août 1905 sur les fraudes.

C'était la première fois que l'application de cette loi était faite à un pharmacien, prévenu d'avoir trompé ou tenté de tromper sur la nature, les qualités substantielles, la composition et la teneur en principes utiles de la marchandise vendue. Jusqu'à maintenant, l'action publique poursuivait correctionnellement en vertu de la loi de germinal an XI.

Toute la question du procès, si intéressante pour les pharmaciens, était donc celle de savoir si cette loi de germinal an XI devait faire échec à la loi du 1er août 1905 sur les fraudes alimentaires. Et cette question, le tribunal l'a résolue dans le sens de l'affirmative :

Attendu qu'on se demanderait vraiment pour quelles raisons cette loi ne serait pas applicable aux pharmaciens qui, aussi bien que les autres négociants, peuvent tromper et falsifier ;

Qu'on objecterait en vain que l'article premier n'ayant pas désigné nommément les pharmaciens, ceux-ci ne sauraient être passibles, en cas d'infractions, des peines qui y sont édictées ;

Qu'il suffit, pour répondre à cet argument, que l'article commence par ce mot « quiconque », qui implique la généralité des négociants ;

Qu'il est utile d'ajouter que l'article 3, qui a trait aux falsifications, vente, exposition, mise en vente, désigne les « substances médicamenteuses » ;

Que l'article 4 punit également la détention des substances médicamenteuses falsifiées ;

Que dès lors on chercherait en vain pour les délits de tromperie, qui sont de véritables délits de droit commun, pour quels motifs les pharmaciens échapperaient à la loi commune.

— Mais cependant, objectait le pharmacien, comment la loi du 1er août 1905 peut-elle trouver son application dans un cas, puisque les règlements concernant l'application de cette loi prescrivent des prélèvements opérés en bonne et due forme ?

Le jugement de répondre sur ce point en lui rappelant que la procédure des règlements en question n'était qu'une procédure de rechercher la fraude, car, comme le disait le rapporteur au Sénat, M. Thévenet « bien d'autres modes de preuves et toutes les preuves du droit commun doivent être admises ». Or, les prélèvements qui ont été faits dans l'espèce actuelle sont réguliers.

Par application de la loi du 1er août 1905, le pharmacien s'est entendu condamner à un mois de prison avec sursis, 500 francs d'amende et quatre insertions, dont une dans le *Journal*.

Le Syndicat des pharmaciens, partie civile à la poursuite, obtient 200 francs à titre de dommages-intérêts.

(*Le Journal.*)

Enseignement pratique des maladies de l'oreille, du nez, du pharynx et du larynx. — Sous la direction du Dr M. Lermoyez, médecin des hôpitaux, chef du service oto-rhino-laryngologique de l'hôpital Saint-Antoine, les Dr Paul Laurens et Hautant, assistants, commenceront le lundi 11 janvier 1909, un cours pratique de technique et de thérapeutique oto-rhino-laryngologiques. Ce cours aura lieu tous les jours à 8 h. 1/2 du matin. Il sera complet en 30 leçons. Les élèves seront individuellement exercés au maniement des instruments. Le nombre des places étant limité, prière de s'inscrire d'avance, dans le service, auprès du Dr Paul Laurens.

Les experts sur la sellette. — Nos bons experts de profession ne se contentent plus de se compromettre par leurs rapports écrits. Ces spécialistes, qui devraient savoir plus que quiconque « *imiter de Conrart le silence prudent* », se livrent à tous les dangers de l'interwiew sans aucune réserve, comme s'ils approuvaient le langage d'un des maîtres les plus arrivistes, mort au cours des dernières années, lequel répétait sans cesse : « Dites de moi ce que vous voudrez, pourvu que vous citiez mon nom ».

L'affaire Jeanne Weber n'est pas encore oubliée que déjà le public se gausse autour de la rate de Mme Japy et se demande, comme les blessés du travail, si la surproduction des opérations d'expertise par les experts sacrés infaillibles ne donne pas naissance au plus dangereux sabotage !

Et ma foi, même avec un peu d'indulgence et d'esprit de corps, les médecins du commun des mortels ne savent plus comment défendre les gloires de la médecine légale.

Mais à qui la faute ?

Dispensaires ouvriers pour accidents du travail. — C'était prévu, fatal ! Devant la résistance des

médecins de Paris et des grandes villes à se libérer de leurs relations avec les Cies d'assurances pour défendre en toute indépendance leurs clients victimes des accidents du travail, les organisations ouvrières ripostent aux cliniques des assureurs par une *campagne de création de dispensaires* qui seront confiés à des médecins agréés par ces organisations. Nous avions prédit la chose parce qu'elle s'est produite en Allemagne et partout où l'on a voulu chicaner sur le droit du libre choix. Confrères qui, sous prétexte de neutralité, de déontologie et autres mots à effet, n'avez pas voulu comprendre que vous deviez être, en l'espèce, du côté de vos clients, ne vous étonnez pas d'être lâchés par eux, et surtout ne vous en prenez plus à ceux qui vous ont avertis sans réussir à vous convaincre. Vous n'avez pas su vous adapter en temps utile à une indication sociale et à un courant que rien ne pouvait arrêter.

Le Congrès des mutualités maternelles, où figuraient MM. Paul Strauss, Mirman, Mabilleau, Bucquoy, Lourties, Pinard, Mascle, Barberet, etc., vient de clore ses travaux. M. Georges Vitoux résume ainsi son œuvre dans la *Presse médicale* du 5 décembre :

Le Congrès, avant toute autre discussion, s'est occupé de préciser ce que doit être la mutualité maternelle et s'est arrêté, après un assez long débat, à la définition *suivante* : « La mutualité maternelle est une œuvre de mutualité et de solidarité générale, coordonnée avec des œuvres d'assistance ayant pour but de venir en aide aux sociétés mutuelles qui entreprennent ce service d'intérêt général, et ayant pour objet de fournir à ses adhérentes, en échange de cotisations versées par elles et majorées par les cotisations de ses membres honoraires, de l'Etat, des départements et des communes, une aide pécuniaire suffisante pour qu'elles puissent s'abstenir, pendant les quinze derniers jours de la grossesse, de tout travail reconnu préjudiciable à leur santé, se reposer pendant le mois consécutif à l'accouchement et donner à leurs enfants, jusqu'à l'âge de deux ans, les soins nécessaires ».

La mutualité maternlle ayant été ainsi définie, le Congrès s'est occupé des voies et des moyens propres à assurer son fonctionnement et, dans ce but, a voté la motion suivante : « Afin d'assurer l'observation effective du repos, la mutualité maternelle accorde à ses participantes une indemnité d'au moins 10 francs par semaine et d'autre part fait contrôler par un service d'inspection, au moins hebdomadaire, l'observation du repos. L'indemnité doit être remise aux accouchées par fractions hebdomadaires ».

Ce second point arrêté, le Congrès a voté une série de vœux : 1° demandant que les mutualités maternelles soient tenues d'exiger de toute femme enceinte, pour pouvoir bénéficier des avantages de la mutualité, d'être pourvue d'un certificat de surveillance délivré par un médecin ou par une sage-femme ; 2° que l'Etat s'intéresse à l'œuvre des mutualités maternelles qui a pour but la protection de la race ; 3° qu'il soit voté une loi rendant obligatoire, dans des conditions à établir par le corps médical, le repos pour les femmes enceintes ; 4° que l'Etat sans plus tarder donne l'exemple et accorde aux femmes enceintes ou en couches employées dans les administrations et manufactures nationales la protection la plus étendue, en maintenant l'intégralité du salaire pendant le repos qui leur sera imposé ; 5° que les subventions de l'Etat, des départements et des communes soient réservées exclusivement aux œuvres de protection des femmes enceintes et en couches qui font l'obligation du repos avant et après l'accouchement ; 6° que l'Administration comprenne les mutualités maternelles au nombre des sociétés pouvant prétendre à la répartition des fonds provenant du pari mutuel ; 7° que dans toute usine ou atelier occupant un personnel féminin, une salle soit mise à la disposition des mères qui allaitent leurs enfants, etc., etc.

On le voit, par cette énumération rapide, l'œuvre accomplie a été importante. Le second Congrès dont la date et le lieu ne sont point encore arrêtés, ne manquera point de la compléter de la plus heureuse manière.

Union Fédérative des Médecins de réserve et de l'armée territoriale. — Le 28 novembre a eu lieu à l'Hôtel Continental le quatrième banquet annuel de l'U.F.M.R.T. sous la présidence d'honneur du Ministre de la guerre et de M. H. Chéron et sous la présidence effective de M. le médecin inspecteur Février, directeur du service au Ministère de la guerre, délégué par le sous secrétaire d'Etat à la guerre.

Le professeur Chatin, membre de l'Institut, président de l'Union, assisté des deux vice-présidents les Drs Jeanton et Raymond, Sénateur de la Loire, recevaient les nombreux invités de cette fête médico militaire. Nous signalerons parmi eux MM. les médecins inspecteurs généraux Claudot, Delorme, Robert, MM. les médecins inspecteurs Vaillard, Henyer, Mareschal, Vitry, MM. les généraux Bolgert, Chapel, etc.

Les circonstances récentes donnaient un caractère particulier à cette réunion des plus cordiales où fut évoqué le souvenir des médecins militaires qui viennent d'ajouter au Maroc une si belle page à l'histoire du service de santé. Les médecins militaires, d'ailleurs, ne sont-ils pas toujours prêts, qu'ils appartiennent à l'active, à la réserve ou à la territoriale, à remplir, si les événements le demandent, tout leur devoir envers la Patrie et l'Humanité.

Pour l'application de la loi accidents du 18 Juillet 1907. — Plusieurs députés viennent de déposer l'amendement suivant à la loi de finances que discute la Chambre ; il a été voté :

« Lorsque l'Etat fera exécuter en régie directe des travaux non soumis à la loi sur les accidents du travail du 9 avril 1898, il devra placer les ouvriers employés à ces travaux sous la sauvegarde des articles 1 et 2 de la loi du 18 juillet 1907.

« Dans les cahiers des charges de toutes les adjudications de l'Etat, il sera inscrit à l'avenir, si la loi sur les accidents du travail du 9 avril 1898 ne joue pas pour les travaux à accomplir ou l'exploitation à faire, que les entrepreneurs doivent garantir à tous les ouvriers qu'ils emploieront le bénéfice des articles 1 et 2 de la loi du 18 juillet 1907.

Bureau municipal d'hygiène. — La vacance de Directeur du bureau municipal d'hygiène de Cambrai (Nord) est déclarée ouverte. Le traitement est de 4.600 fr. Les candidats ont un délai de 20 jours, expirant le 30 décembre, pour adresser au Ministre de l'Intérieur leur demande accompagnées de leurs titres.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les Docteurs Mantel, de St-Omer (Pas-de-Calais) ; Bourot, de Montreuil-sous-Bois (Seine) ; Lagarde, de Vals-les-Bains (Ardèche) et Maurel, de Marseille (Bouches-du-Rhône), membres du « Concours Médical ».

Le Directeur-Gérant : **Dr H. JEANNE.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trentième année N° 51 Dimanche 20 DÉCEMBRE 1908.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques, — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène,

Études, dans des articles spéciaux, des inventions nouvelles et des Médicamen récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

UNION DES SYNDICATS MÉDICAUX DE FRANCE

Le Docteur J. NOIR aux lecteurs du *Concours Médical*

Paris, le 14 *décembre* 1908

Chers Collègues et Amis,

Mon entrée à la Rédaction du Concours Médical *a reçu un accueil si cordial, qu'il est de mon devoir de vous remercier, et d'assurer le Comité de Direction et tous nos collaborateurs de mon entier dévouement et de ma profonde gratitude.*

Fils d'un médecin de campagne, je sais depuis mon enfance ce qu'il faut d'énergie, de courage, d'honnêteté et de privations à ces modestes praticiens pour élever leur famille, et assurer l'avenir de leurs enfants. En outre, je suis neveu, gendre et deux fois beau-frère de médecins praticiens et j'exerce moi-même.

Trop de liens m'attachent à la profession médicale pour qu'il me soit possible de me désintéresser d'elle, pour qu'il me soit permis de ne pas admirer comme elle le mérite la grande œuvre d'Auguste Cézilly et de ses collaborateurs, pour que je ne juge pas comme un très grand honneur mon admission au Concours Médical.

Je ne suis qu'un petit praticien, vivant très simplement de sa clientèle aux trois quarts ouvrière, et, si je consacre mes bien rares loisirs à la défense professionnelle et au journalisme, c'est un peu comme font certains autres de nos confrères qui s'adonnent au jeu, aux sports ou à la musique. Aussi vous eût-il été facile de trouver à Paris, comme collaborateurs, des confrères à l'esprit plus brillant et plus vif, et dotés d'un plus volumineux bagage scientifique. Mais ce que je puis affirmer aux directeurs du Concours Médical, *c'est qu'ils n'auraient pu trouver un ami plus fidèle, un camarade plus dévoué et un rédacteur plus sincère et plus indépendant.*

Au Concours, *et à vous de tout cœur.*

Dr J. Noir.

PROPOS DU JOUR

Notre maladie incurable : le prurit des récriminations.

Les praticiens ont décidément le prurit des récriminations. Le diagnostic est indiscutable, il vient d'être porté par un de nos maîtres en dermatologie, M. G. Milian. Ce jeune médecin des hôpitaux de Paris, en a découvert les symptômes dans la protestation que le Comité de vigilance, issu du Congrès de Lille, est allé porter au Président du Conseil des Ministres contre le certificat d'admissibilité à l'agrégation (1).

Hélas ! oui, nous en sommes indiscutablement atteints de ce prurit et nous croyons bien sincèrement qu'il est voué à une irrémédiable chronicité. Les causes qui l'entretiennent sont trop nombreuses ; tous les remèdes de M. G. Milian et de ses collègues en dermatologie, n'auront aucun effet. Qu'ils en prennent leur parti, notre affection est incurable et un traitement énergique serait dangereux ; il tuerait le malade. Qu'on nous laisse donc récriminer. Récriminer, mais, c'est notre raison d'être, c'est presque notre fonction. Et nous ne sommes pas prêts à manquer de raisons justifiées à nos récriminations.

Nous récriminons contre nos grands experts, quand, dans quelques affaires criminelles célèbres et récentes, ils donnent au monde ébahi une haute idée de la science, de la prudence, de la discrétion et de la bonne foi des plus distingués représentants de l'Ecole de médecine légale de notre vieille Faculté. Si, avec une indiscutable logique, ces maîtres appliquent aux expertises de nos honoraires la méthode qui fait la gloire de leurs expertises criminelles, nous, gens peu subtils, qui avons peine à saisir toutes ces finesses, nous récriminons.

Nous récriminons, quand l'administration universitaire, en dépit des règlements, ouvre à tout venant nos facultés selon les caprices des politiciens ; quand instituteurs et vétérinaires normands, levantins de Beyrouth, chaouchs algériens sont dispensés d'examens et exonérés d'inscriptions pour devenir nos confrères.

Nous récriminons, quand les administrations de la guerre et de la marine traitent comme les fournitures de leurs conserves malsaines ou de leurs munitions avariées, la santé de leurs ouvriers et mettent nos soins en adjudication et au rabais.

Nous récriminons, quand gendarmes, douaniers, forestiers, cantonniers, mutualistes et assistés nous sont livrés comme clients, avec des honoraires de famine et des exigences qui nous rendent esclaves.

Nous récriminons, quand des confrères académiciens, pour satisfaire aux exigences d'une prophylaxie douteuse et assurer une désinfection illusoire, réclament contre nous des pénalités, si les circonstances nous obligent à ne pas faire les déclarations légales des maladies transmissibles.

Nous récriminons, quand la politique la plus misérable se glisse dans nos affaires, et y fait lâchement des victimes, quand les tyranneaux d'arrondissements viennent hypocritement atteindre par derrière et par voie anonyme le médecin qui leur déplaît.

Nous récriminons, parce que nous savons que toutes les fonctions, dont on nous accable et que, souvent, la nécessité nous oblige d'accepter, sont autant de liens qui nous attachent, autant d'entraves à notre indépendance.

L'histoire du Dr Aubrée, d'Avranches, est un des plus complets exemples de ces dénis de justice, qui révoltent les praticiens et poussent, j'en conviens, jusqu'à la manie leur habitude de récriminer.

Le *Concours médical* a déjà conté comment le Dr Aubrée, d'Avranches, fut révoqué de ses fonctions de médecin des douanes, pour n'avoir pas exactement adopté les idées des politiciens de sa région et avoir brigué un mandat électif.

Nommé par une autorité politique, révoqué par elle, nous n'aurions pas trouvé le cas de notre confrère bien surprenant, si l'intervention des autres médecins de la région, refusant d'assurer le service des douanes, n'était venu donner à ce fait divers, banal à notre époque, un peu plus d'intérêt.

Mais, les politiciens, ainsi battus et peu contents, voulurent prendre leur revanche et ils le firent si sottement, que le vaudeville faillit tourner en drame.

Une des malades indigentes du Dr Aubrée devait subir récemment à l'hôpital d'Avranches, une opération urgente. Le chirurgien, le Dr Béchet, avait, pour cette intervention, réclamé l'assistance de son confrère Aubrée, Mise au courant de ces projets bien révolutionnaires, l'Administration de l'hôpital, être anonyme qui sait merveilleusement éluder les responsabilités, donna l'ordre à ses employés d'interdire au Dr Aubrée l'accès de la salle d'opérations. Peu intimidés par ces injonctions et n'écoutant que leur devoir professionnel, nos deux confrères passèrent outre. L'opération fut faite et le chirurgien protesta avec énergie et indignation contre l'indécence de cette façon de procéder et de compromettre la santé des malades.

Or, nous apprenons que l'Administration, profondément vexée, aurait voulu révoquer aussi le chirurgien de son hôpital ; mais il eût fallu le remplacer et il y a, paraît-il, pour cela quelque difficulté. On aurait bien songé à s'assurer le concours du chirurgien d'une ville voisine qu'on irait si besoin, quérir dare-dare en automobile. Mais, on hésite encore devant les responsabilités en cas de panne ou d'accidents.

Nous espérons bien qu'une autorité plus haute mettra un terme à ces fantaisies persécutrices et rappellera la commission administrative de l'Hôpital d'Avranches à une conception plus saine de ses devoirs. Nous n'oublions pas qu'il y

(1) *Progrès Médical*, 5 décembre 1908, p. 851.

a un an, M. Mirman, directeur de l'Assistance et de l'hygiène publiques, nous a solennellement promis, au nom du Ministre de l'Intérieur, d'examiner, avant de les laisser approuver par les Préfets, toutes les mesures prises contre les médecins par les commissions administratives. Et nous ne doutons pas que le Ministre de l'Intérieur informé n'ait un assez grand souci de sa dignité, pour ne pas prêter la main à des représailles aussi mesquines.

Ce sont des faits de ce genre qui, se répétant chaque jour, irritent notre épiderme de praticien et lui donnent cet incurable prurit des récriminations que le Dr Milian s'est plu à constater.

Notre distingué confrère a jusqu'alors passé sa jeunesse studieuse dans les hôpitaux, les bibliothèques et les laboratoires ; c'est à peine s'il entre (sans doute non sans illusions) dans la carrière médicale. Elle s'annonce pour lui particulièrement brillante ; mais qu'il prenne garde, notre mal est très contagieux : après quelques déboires et beaucoup de déceptions, il pourrait se trouver un jour atteint lui-même, à son tour, de ce prurit des récriminations.

J. Noir.

LA SEMAINE MÉDICALE

Les grossesses imaginaires et la ténacité de certaines auto-suggestions.

A propos d'une communication du Dr Viazemsky (de Saratow), à la Société d'Hypnologie et de Psychologie, sur le cas remarquable d'une jeune fille de 15 ans, guérie par suggestion d'une grossesse imaginaire, M. le Dr Bérillon fait observer qu'il convient de distinguer les fausses grossesses et les grossesses imaginaires. Les fausses grossesses, ou grossesses nerveuses, surviennent surtout chez des hystériques, lesquelles présentent très vite les signes d'une grossesse vraie ; les malades sont rapidement et facilement guéries ; il suffit de leur démontrer l'inanité de leur croyance. Les grossesses imaginaires, par contre, résultent d'interprétations fausses qui sont des manifestations de la dégénérescence imaginative ; ces malades ne peuvent chasser elles-mêmes ces interprétations erronées ; elles en sont les victimes, tels les onychophages qui ne peuvent, à eux seuls, s'affranchir de leurs habitudes impulsives. Ces grossesses imaginaires sont très tenaces ; elles résistent aux raisonnements avec un entêtement absurde. Pour les extirper, il faut recourir à une hypnose profonde. Encore les résultats ne sont-ils pas immédiats. A ce propos M. Bérillon a souvent remarqué que le traitement psychothérapique paraissait longtemps ne rien donner et que les résultats survenaient quelque temps après sa cessation. Il en conclut que la suggestion a besoin d'une incubation plus ou moins longue suivant les cas.

M. Paul Magnin est tout à fait de l'avis de M. Bérillon. En effet, la persuasion vigile, qu'on tend à représenter comme une panacée universelle, est incapable d'agir dans les cas analogues à celui rapporté par M. Wiasemsky, l'hypnose profonde est tout à fait nécessaire. En outre, de même que, dans l'hystéro-traumatisme, les phénomènes morbides ne s'installent qu'après une certaine période de rumination, de même la suggestion ne produit tous ses effets qu'après un temps analogue de rumination.

Le sérum de Quinton dans l'eczéma

M. le Dr Variot a déjà contribué pour sa part à faire valoir les mérites des injections hypodermiques de plasma marin pour guérir des cas invétérés d'eczéma chez les enfants : M. le Dr de Teyssier, de Toulon, publie dans le *Lyon médical* une observation très concluante également en faveur de l'emploi hypodermique de l'eau de mer contre l'eczéma.

« Il s'agit d'un homme de 55 ans atteint depuis huit mois d'un eczéma généralisé. Au moment où M. de Teyssier vit son malade, cet eczéma était surtout accentué aux quatre membres. Il procédait par poussées successives et l'on notait, suivant la région considérée, de larges placards érythémateux, des zones vésiculeuses, de vastes surfaces suintantes, des espaces recouverts de croûtelles et de larges squames.

« La peau était partout considérablement épaissie et dans les rares régions épargnées depuis quelque temps, au niveau desquelles la desquamation était terminée, elle restait rougeâtre et très indurée. Le tout était accompagné d'un prurit extrêmement intense : le patient passait son temps à se gratter et tout sommeil était devenu impossible.

« L'examen des différents organes était absolument négatif ; l'état du tube digestif restait satisfaisant et il n'est à signaler que l'existence d'une légère albuminurie transitoire, dont la durée fut très courte.

« Tous les régimes et traitements n'ayant donné aucun résultat durable, le malade accepta l'essai du sérum marin.

« Le résultat dépassa toute attente. Une première injection de 30 cc. calma notablement le prurit au bout d'une douzaine d'heures et sécha les surfaces suintantes.

« Quatre jours après, seconde injection de 30 cc. ; vingt-quatre heures après, ce fut une véritable « tombée d'écailles ». Toutes les squames se détachèrent au pansement du matin ; on en emplit, me fut-il dit, « une pleine serviette ». Les démangeaisons disparurent.

« A partir de ce jour, je fis encore, de quatre en quatre jours, huit autres injections de sérum. La dose fut ordinairement de 30 cc. Par deux fois je tentai d'essayer 50 cc. ; mais il me parut que cette dose déterminait çà et là un peu d'irritation de la peau, un peu de suintement, quelques retours discrets du prurit.

« Au début du traitement, le quatrième jour qui suivit les injections, le malade se grattait un peu et réclamait son sérum ; puis, il n'y eut plus trace de démangeaisons.

« L'état de la peau s'améliora de façon progressive. Au bout de la dixième injection, la peau présentait encore, surtout au niveau des mains, un peu d'épaississement, du manque de souplesse, une apparence craquelée. Je suspendis à ce moment le sérum.

« Je revis le malade deux mois après ; l'amélioration s'était encore accentuée ; la peau était d'aspect à peu près normal ; le malade n'avait plus présenté la moindre poussée eczémateuse, il n'accusait plus de prurit, et cela malgré le retour progressif à l'alimentation commune.

« Je n'ai pas, depuis trois mois, été rappelé auprès du malade ; plusieurs fois j'ai eu de ses nouvelles, qui étaient excellentes.

« La rapidité d'action du sérum de Quinton dans un cas d'eczéma grave et rebelle, la disparition complète et durable de toutes ses manifestations m'ont paru intéressantes et dignes d'être retenues. ».

Les indications de la saignée.

Chaque année, nous revenons intentionnellement sur la saignée, pour rappeler à nos lecteurs qu'ils auraient tort de se priver de ses bienfaits. Si, malheureusement, les maîtres des hôpitaux négligent les cas où ils pourraient apprendre aux jeunes à pratiquer la saignée, sachons appliquer à propos cet excellent remède pour le plus grand profit de tous. M. Privey analyse dans la *Clinique* l'article de M. Mendel (du *Wien. Klin. Wochenschrift*) sur les indications de la saignée. La classification de M. Mendel est très simple : la saignée doit être employée, d'une part, dans l'urémie, dans l'éclampsie, dans la goutte, dans la chlorose et, d'autre part, dans les troubles de l'appareil circulatoire.

« Dans les empoisonnements par l'oxyde de carbone, la saignée est employée pour diminuer la quantité de l'agent toxique et pour exciter les réflexes vaso-moteurs, afin de régulariser la circulation du sang.

« On obtient de bons résultats, en faisant, après la saignée, une injection sous-cutanée de sérum artificiel, et, au besoin, de la respiration artificielle.

« L'accès d'urémie peut être prévenu par la saignée dans la néphrite aiguë ; grâce à elle, on peut, dans l'éclampsie des femmes enceintes, éviter l'accouchement provoqué et sauver la vie de l'enfant.

« Dans la goutte, elle active les échanges organiques et favorise la transformation de l'acide urique en urée et acide carbonique,

« La saignée, dans la chlorose, ne doit être pratiquée qu'avec ménagements ; en tous cas, la quantité de sang retirée doit être assez faible.

« Dans les troubles circulatoires, la saignée est pratiquée pour diminuer la pression artérielle et pour ménager l'action du cœur en rendant le sang plus fluide. Elle trouve son indication dans l'attaque d'apoplexie, que l'on soit en présence de sujets à facies vultueux, à pouls vibrant et à respiration bruyante, ou, au contraire, ayant un pouls petit, la face pâle, offrant des inquiétudes.

« Dans la pneumonie, elle diminue la congestion pulmonaire, et on peut la renouveler sans crainte aucune.

« Dans un cas de maladie de Stokes--Adams où il y avait à la fois bradycardie et insuffisance mitrale avec crises syncopales et épileptiques, M. Mendel obtint des résultats absolument merveilleux en pratiquant deux saignées : l'une de 400 centimètres cubes, l'autre de 300 centimètres cubes ».

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Saint-Louis : M. le Professeur GAUCHER

Diagnostic de l'eczéma.

Nous avons étudié ensemble, dans ma dernière leçon, la symptomatologie de l'eczéma. Je vais m'occuper, aujourd'hui, du diagnostic de cette importante dermatose.

Rappelez-vous la définition de l'eczéma.

L'eczéma, vous disai-je, est caractérisé par une rougeur érythémateuse sur laquelle se développent des vésicules mêlées de papules, vésicules qui se rompent et d'où s'écoule un suintement spécial. Ce suintement se concrète en croûtes qui tombent à leur tour pour laisser une desquamation de plus ou moins longue durée.

Selon la période de son évolution à laquelle il est parvenu, l'eczéma doit donc être diagnostiqué avec :

1° Les affections érythémateuses ;
2° Les affections vésiculeuses et papuleuses ;
3° Les affections croûteuses ;
4° Les affections squameuses.

Vous voyez quel champ étendu offre ce diagnostic. Il va me permettre de passer en revue un très grand nombre de dermatoses.

Remarquez, tout d'abord, et j'insiste sur ce point, que je vais faire le diagnostic général de l'eczéma, et non celui de ses formes et de ses localisations.

Envisageons, en premier lieu, le diagnostic avec les affections érythémateuses. Il est ordinairement facile. La période érythémateuse de l'eczéma est essentiellement transitoire et, au bout de 24 ou 48 heures, les vésicules apparaissent. Dans les érythèmes, la rougeur persiste sans modifications beaucoup plus longtemps. De plus, certains érythèmes (érythèmes scarlatiniformes) sont étendus, généralisés.

La dermatite exfoliatrice au début, alors qu'elle est constituée par de la rougeur, se distinguera de façon analogue : elle est généralisée et l'eczéma est ordinairement localisé.

L'érythème dit pellagreux, caractérisé par de la rougeur aux parties découvertes du corps, est une affection qui paraît au printemps ou à l'automne : elle ne donne pas lieu à des vésicules.

Il est une affection érythémateuse avec laquelle on confond aisément l'eczéma : c'est l'érysipèle. Aux régions où le tissu cellulaire sous-cutané est lâche, au scrotum, aux paupières, à la face principalement, l'eczéma aigu ressemble à l'érysipèle. De près, il est vrai, quand vous examinez le malade, les différences apparaissent. L'eczéma est à peine fébrile ou pas du tout ; l'érysipèle est une maladie fébrile par excellence : il donne volontiers 39°, 40° de température. Quand vous voyez un sujet, un enfant, un adolescent (c'est surtout chez eux que l'eczéma revêt un aspect érysipélateux), à propos duquel

vous hésitez entre le diagnostic d'eczéma et celui d'érysipèle, prenez de suite la température. Si vous trouvez 37°5, ce n'est pas de l'érysipèle. Palpez la région sous-maxillaire : dans l'érysipèle, il y a engorgement ganglionnaire douloureux ; dans l'eczéma, il n'y a pas d'engorgement ; il ne peut y en avoir que tardivement. D'autre part, la peau érysipélateuse est plus lisse, plus brillante ; ses bords sont limités, formant des bourrelets saillants, alors que l'eczéma n'a pas de bords bien nets. Voilà un ensemble de caractères distinctifs importants. Et cependant, dans les cas moyens, il arrive aux plus expérimentés d'hésiter.

Considérons, ensuite, le diagnostic de l'eczéma avec les affections vésiculeuses, la dysidrose, les sudamina, l'herpès, le pemphigus, l'érythème polymorphe, la gale, etc.

La dysidrose est une dermatose vésiculeuse qui se distingue de l'eczéma par son siège (les mains et les pieds exclusivement), l'absence de croûtes, la nature spéciale du suintement. Le suintement dysidrosique est séreux ; il n'est pas poisseux, n'empèse pas le linge, comme le suintement de l'eczéma.

Les sudamina sont constitués par une petite éruption miliaire, répandue sur le corps, le tronc en particulier, transparente, contenant du liquide séreux, se terminant par desquamation. Ils se développent au cours d'une maladie fébrile et consécutivement à des sueurs abondantes.

L'herpès ressemble aussi à l'eczéma. Vous le voyez, nous faisons une véritable revue de toute la dermatologie pratique. Les vésicules de l'herpès sont beaucoup plus grosses que celles de l'eczéma. Elles sont hémisphériques, non acuminées, alors que celles de l'eczéma sont acuminées et confluentes. Les vésicules d'herpès sont disposées par groupes, autour des orifices naturels (bouche, narines, vulve) ; elles sont *para-muqueuses*. Les croûtes sont dissemblables dans les deux cas. Les croûtes de l'eczéma sont grisâtres, fragiles ; celles de l'herpès sont brunâtres (elles renferment un peu de sang). Les croûtes herpétiques tombées laissent des petites exulcérations cuisantes, mais jamais prurigineuses.

Le pemphigus, autre affection bulleuse, a généralement des bulles d'assez grandes dimensions. Quelquefois, cependant, il est à petites bulles. L'eczéma à grosses vésicules et le pemphigus à petites bulles peuvent se ressembler. Le diagnostic, néanmoins, n'offre pas de difficulté. Dans le pemphigus, l'élément bulleux est isolé et toujours plus grand que la vésicule d'eczéma. Il repose sur une surface non infiltrée. Le suintement est différent, il n'est pas poisseux. Le pemphigus donne des croûtes ou des squames éphémères bien limitées, ne ressemblant pas aux dermites étendues de l'eczéma.

L'érythème polymorphe peut être secondairement vésiculeux. Dans quelques cas, la rougeur de l'érythème s'accompagne de bulles ou de vésicules. Mais celles-ci ont toujours peu d'importance et sont disséminées, la rougeur prédominant.

Il est une autre affection vésiculeuse par occasion : c'est la gale. Dans bien des circonstances, le diagnostic de la gale est difficile, et souvent on croit avoir affaire à l'eczéma. Si la gale est facile à reconnaître chez un malade d'hôpital, il en va tout autrement dans le cabinet du médecin.

Lorsqu'un de vos clients, homme soigné ou femme du monde, vient vous consulter pour des accidents de gale, vous ne pensez pas à cette affection. Vous subissez une influence inconsciente qui vous éloigne de ce diagnostic. D'ailleurs, si vous disiez à un tel malade qu'il a la gale, ce serait pour vous un client perdu. Orienté vers une autre voie, vous donnez des pommades, et les lésions cutanées ne guérissent pas, jusqu'à ce que le malade se lasse et aille ailleurs demander avis. Ce diagnostic est donc important et il faut le faire. Je ne vous conseille pas, il est vrai, de le prononcer tout haut et carrément. Vous pouvez user de périphrases et dire à votre client ou cliente ceci : « Si ce n'était pas vous, je penserais à la gale ! » En tous cas, évitez de vous suggestionner par l'état social de votre malade.

Eh bien, la gale donne lieu au bout d'un certain temps à des vésicules, à des croûtes, deux caractères qui appartiennent à l'eczéma.

Mais il y a, dans la gale, autre chose : des lésions multiples de type différent. Ce polymorphisme est un élément essentiel pour le diagnostic. Lorsque vous verrez simultanément des papules, des vésicules, des croûtes, des pustules, cela doit éveiller votre attention du côté de la gale. Cherchez les sillons : ce sont des lignes noires où se logent les acares. On trouve ces lésions en des lieux d'élection spéciaux, aux espaces interdigitaux, à la face antérieure des poignets. Chez les gens du monde, qui se lavent fréquemment les mains, ces régions n'ont rien, et il faut, pour découvrir quelque chose, chercher aux autres sièges d'élection, à la face antérieure des aisselles, au sein chez la femme, sur la verge, le gland, chez l'homme.

Pensez à la gale, en face d'une éruption à type eczémateux, avec des éléments surajoutés (polymorphisme) et les sièges d'élection que je viens d'indiquer : même sans sillon. Parfois, le diagnostic est extrêmement difficile. Dans les cas dégénérés, il n'y a plus trace de sillons, ni de localisation. Les lésions sont disséminées. En présence d'un de ces « eczémas » généralisés très prurigineux, traitez-le comme une gale dégénérée, avec l'onguent styrax par exemple.

D'autres causes externes sont susceptibles de produire des éruptions eczématiformes. Parmi les eczémas de cause externe, vous avez à retenir ceux provoqués par l'emplâtre de thapsia, l'huile de croton, parfois les frictions mercurielles ou les pommades sulfureuses. C'est surtout chez les sujets prédisposés qu'ils se produisent. Ils sont faciles à diagnostiquer par la notion de cause. Vous n'oublierez pas de demander à vos malades s'ils ont fait des applications médicamenteuses sur la peau avant le début de l'éruption et vous serez fixés. Il est aussi des causes permanentes d'irritation qu'il convient de considérer. Elles déterminent ce que l'on a nommé les eczémas professionnels. On les rencontre chez les blanchisseuses, les maçons, les épiciers, les ébénistes, les ouvriers des produits chimiques. Tous les maçons, épiciers, blanchisseuses, etc., n'ont pas d'eczéma. Seuls, les prédisposés en ont, l'irritation externe jouant simplement le rôle de cause occasionnelle. Le diagnostic est facile, mais c'est un diagnostic de cause, car, en réalité, ce sont des eczémas.

Les médicaments ingérés donnent quelquefois lieu à des éruptions eczématiformes transitoires, tels les iodures, les bromures, le mercure, etc. Les commémoratifs établiront le diagnostic. Vous devez donc ajouter à votre interrogatoire cette question : « N'avez-vous pas pris de médicaments ? »

J'arrive aux dermatoses papuleuses.

Voici le prurigo chronique diathésique. Il est constitué par des papules isolées, aplaties, non acuminées. Celles de l'eczéma sont acuminées. Dans certains cas, les papules de prurigo se réunissent, mais dans ces lésions il n'y a pas de

vésicule, pas de suintement. En outre, le prurigo débute dans le jeune âge. Fréquemment, le prurigo est confondu avec l'eczéma. Le diagnostic est important, car l'eczéma guérit et le prurigo ne guérit jamais. Quand vous avez une éruption eczématiforme généralisée, très prurigineuse, sans suintement, ayant débuté dans le jeune âge, c'est du prurigo. Il peut s'y surajouter un eczéma.

On donne également le nom de prurigo à une affection accidentelle (prurigo parasitaire). Il siège sur le dos et ses papules se prolongent de longues stries dues au grattage. On le reconnaît aisément.

Le lichen simplex est voisin de l'eczéma. Il dérive du même état diathésique et sa lésion est anatomiquement similaire. D'ailleurs, il a été longtemps confondu avec l'eczéma. L'éruption de lichen simplex est exclusivement papuleuse, avec des papules petites, acuminées, agglomérées, mais jamais complètement généralisées, et sans vésicules, sans suintement.

Le lichen simplex est aigu ou chronique. Aigu, il est constitué par des papules rouges, très prurigineuses, qui évoluent en 3 ou 4 jours, se produisent par poussées, sans que la durée totale soit très longue. Il s'observe surtout l'été, chez les diathésiques. Chronique, ce sont des papules de durée indéfinie, agglomérées, pressées les unes contre les autres, formant des plaques papuleuses mal définies. Au bout d'un certain temps, ce qui domine, c'est l'infiltration. La démangeaison est plus forte que dans l'eczéma. Les croûtes sont également différentes : elles sont rouges, manifestement produites par l'excoriation de la peau. Il n'y a pas le suintement abondant, qui empèse le linge, caractéristique de l'eczéma.

Le diagnostic avec le lichen plan est élémentaire. On ne saurait confondre avec l'eczéma les papules du lichen plan, brillantes (vues à jour, frisant principalement), aplaties, ombiliquées au centre, un peu polygonales.

La syphilide papuleuse à petites papules (syphilide granuleuse) se différencie de l'eczéma par ses papules beaucoup plus torpides, rarement acuminées, et, quand il y a des croûtes, ces croûtes sont plus épaisses et plus adhérentes.

Deux mots sur les dermatoses croûteuses :

Les croûtes de l'impétigo ne ressemblent pas à celles de l'eczéma. Elles sont jaunes et elles sont plus volumineuses.

La séborrhée croûteuse donne des croûtes molles, onctueuses, tachant le buvard, sans rougeur de la peau au-dessous.

Les croûtes des syphilides sont plus épaisses et recouvrent des lésions ulcéreuses.

Etudions enfin le diagnostic avec les affections squameuses.

D'abord, la séborrhée sèche, le pityriasis capitis. Ses squames sont sèches, limitées au cuir chevelu. L'eczéma squameux déborde le cuir chevelu et détermine des lésions derrière l'oreille. Si la dermatose intéresse le sillon rétro-auriculaire, il s'agit d'eczéma. A la face, le pityriasis simplex donne des squames fines, superficielles ; la peau sous-jacente est saine.

Quant à l'affection appelée eczéma séborrhéique, c'est une inflammation eczématiforme de la peau recouvrant une séborrhée. Elle ne comporte pas de suintement et son siège est particulier (partie antérieure du thorax, milieu du dos).

J'en dirai autant du pityriasis rosé de Gibert. Ce sont des petites taches rosées, arrondies, annulaires, plutôt squameuses, sans suintement, sans croûtes, généralisées, débutant au thorax et s'étendant *de haut en bas*, sur chaque segment du corps.

Le psoriasis est facile à distinguer, avec ses papules recouvertes de squames blanches épaisses, nacrées, ressemblant à des taches de bougie, son siège aux coudes et aux genoux. Mais il est des cas embarrassants. L'absence de suintement — ce sont, vous le voyez, toujours les mêmes signes différentiels que l'on retrouve — ; la démangeaison, nulle ou insignifiante, fixera le diagnostic.

Reste à vous signaler une affection parasitaire, l'herpès circiné tricophytique, quelquefois confondu avec l'eczéma. Il est constitué par des plaques squameuses à bords limités. Dans les cas douteux, grattez les squames et faites un examen microscopique. Le diagnostic est important. Si vous traitez la plaque convenablement par des applications de teinture d'iode, elle va guérir en huit jours. Sinon, vous risquez une propagation au cuir chevelu, une trichophytie des cheveux qui va durer 18 mois. Je dis à tous ceux qui soignent des enfants : « Toutes les fois où vous observerez une éruption d'apparence eczémateuse, sèche, siégeant au cou, à la face, rappelant l'herpès circiné, même dans les cas douteux, n'hésitez pas à appliquer de la teinture d'iode. Vous éviterez une trichophytie du cuir chevelu, si longue à traiter ».

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

PRATIQUE UROLOGIQUE

Electrolyse circulaire des rétrécissements de l'urèthre,

Par le docteur Paul Philippe,

Ancien interne des Hôpitaux,
Chargé du service d'électrothérapie à l'Etablissement thermal d'Evian.

Depuis le mémoire de Tripier et Mallez paru en 1867 et intitulé « Guérison durable des rétrécissements de l'urèthre par la galvano-caustique négative », l'électrolyse uréthrale a subi des phases diverses et s'est imposée de plus en plus à l'attention du monde médical. Les promoteurs de la méthode avaient remarqué l'analogie des escarres produites par la potasse caustique et par le pôle négatif de la pile : escarres molles, à faible réaction *inflammatoire* et donnant lieu à une cicatrice peu ou point rétractile. Le courant galvanique devait être assez puissant pour provoquer la destruction du rétrécissement ; une huitaine de jours après l'application, le patient rendait en urinant, un corps noirâtre, mou, couvert d'aspérités, constituant l'escarre éliminée avec accompagnement d'un léger suintement sanguin.

L'expérimentation montra que la cicatrisation définitive était très lente, que, par conséquent, il y avait durant ce temps danger d'infection, que la cicatrice molle, extensible, n'en était pas moins une cicatrice très gênante et que les récidives étaient fréquentes.

Pour bien comprendre l'évolution qu'a suivie l'électrolyse uréthrale, il est nécessaire de rappeler au lecteur les diverses phases de l'action électrolytique.

Que se passe-t-il sous l'électrode négative appliquée sur une muqueuse ?

La muqueuse représente un électrode imbibé de NaCl, qui ,sous l'influence du courant, se dissocie, Na se rendant sous l'électrode négative et Cl s'en éloignant pour se rendre au pôle positif. Cette dissociation ionique constitue la première *phase de l'électrolyse*.

Au pôle négatif Na s'oxyde, devient NaO : *deuxième phase*. Enfin NaO réagit sur la muqueuse et la détruit : troisième phase, destructive, caustique.

De plus, vient-on à interrompre le courant, la force qui dissociait les molécules n'agissant plus, il y a recombinaison de ces molécules et production d'un courant chimique de sens inverse au courant primaire, phénomène de dépolarisation des tissus (Tripier, Larat et Onimus).

L'opérateur peut à son gré utiliser les actions de la 1re, 2e ou 3e phase, se borner à l'action résolutive du courant ou pousser jusqu'à l'action destructive, qu'on ne cherche plus à obtenir. Pour éviter des doses dangereuses, il faut tenir compte de la dose d'électricité donnée et le problème est singulièrement complexe. Trois facteurs interviennent : l'intensité du courant, la durée d'application et la dimension de l'électrode; l'intensité maxima est de 4 à 5 milliampères, la durée de l'application environ 5 minutes, et la surface de l'électrode dont nous nous servons est de 1 centimètre carré ; la densité du courant du point d'application dans le temps donné est inférieure à 2 coulombs (0.005 m. a. × 600 sec. 1 coulomb 5).

Technique. — L'exploration minutieuse du canal à l'aide de bougies olivaires renseigne sur le nombre des rétrécissements, leur siège, leur degré d'extensibilité ; elle est indispensable avant d'appliquer l'électrolyseur. Cet instrument est semblable à une bougie ordinaire à extrémité renflée légèrement. A huit centimètres de son extrémité, cette bougie est encerclée par une bague métallique à bords mousses, de 1 centimètre de hauteur ; cette bague est soudée à une tige métallique occupant le centre de la bougie et qu'on peut mettre en communication avec le fil conducteur négatif. On pourra se servir d'une source continue quelconque : piles, accumulateurs, secteur ; mais, il faudra, pour graduer l'intensité du courant, se servir d'un rhéostat qui puisse sans secousses amener l'intensité de 0 à 5 m. a. Utilisant un courant de piles de 40 éléments, nous nous servons du rhéostat à liquide de Bergonié.

On choisira l'électrolyseur à bague de diamètre immédiatement supérieur (filière de Charrière) à celui de la bougie olivaire qui a pu passer dans le rétrécissement. L'extrémité de l'électrolyseur s'engagera ainsi aisément dans le rétrécissement. On sent alors nettement la bague métallique engagée par son bord mousse dans la lumière du rétrécissement, l'instrument est comme fixé dans le canal. L'électrode positive, indifférente, disque métallique recouvert de plusieurs doubles de coton hydrophile imbibé d'eau est placée sur une des fosses iliaques et le malade appuie dessus ,avec la main.

On fait plonger lentement les pointes du rhéostat dans le liquide en lisant les intensités marquées par le galvanomètre. L'électrolyseur presse sans violence sur le rétrécissement et dans un temps parfois très court, 1 à 2 minute ; on a la sensation d'avoir vaincu un spasme ; nous ramenons alors l'électrolyseur sur le rétrécissement, le laissant en contact une minute environ, puis nous électrolysons la région rétro-stricturale généralement altérée.

Parfois, nous procédons aussitôt à l'introduction d'un électrolyseur de calibre supérieur ; généralement nous attendons 4 ou 5 jours pour une seconde application. Un lavage uréthro-vésical à l'eau boriquée chaude suit l'électrolyse, et n'est souvent pas nécessaire. On ne constatera aucune hémorrhagie et les mictions ne seront nullement douloureuses. L'opération elle-même est en général peu douloureuse, cela dépendra des lésions inflammatoires du canal et du degré de la stricture ; une instillation de cocaïne sera souvent utile. Nous poussons la dilatation électrolytique jusqu'au 22-24 de la filière Charrière et il n'est pas toujours nécessaire de dilater progressivement ; parfois, on pourra passer des électrolyseurs 16-18, par exemple, après un 10 ou un 12 ; mais, en aucun cas, il ne faut forcer. Il peut se rencontrer des cas dans lesquels on ne peut pas pénétrer : on essayera d'introduire une bougie filiforme qu'on laissera à demeure 48 heures ; dans ces cas, il est rare qu'on puisse passer l'électrolyseur circulaire, nous pratiquons l'électrolyse linéaire suivie de plusieurs séances de dilatation électrolytique. Il n'y a guère que dans ces rétrécissements très indurés, longs, irréguliers, rétrécissements péniens, scléro-cicatriciels traumatiques, que nous avons recours à la section électrolytique. Mais, nous faisons la brèche aussi petite que possible, juste pour permettre l'électrolyse circulaire consécutive.

On pourra avoir recours aussi à l'électrolyse linéaire dans les cas de rétrécissements compliqués d'infection vésicale, rénale, d'abcès urineux, cas dans lesquels il faut agir vite ; mais nous conseillons de faire suivre dans tous les cas l'électrolyse linéaire d'une dilatation électrolytique, procédé mixte qui associe les avantages des deux méthodes. On se trouvera bien pendant et avant la cure de rétrécissement de faire dans le canal des lavages d'acide CO_2 chauffé à 45° et saturé d'essence de girofle et de cannelle dont l'action microbicide est incontestable, procédé que nous avons décrit ailleurs (voir notre communication à l'Académie de Médecine, 29 mars 1904. *Presse médicale*, 11 mai 1904).

Avantages de l'électrolyse circulaire. — Les avantages de l'électrolyse circulaire dérivent de son action même sur les tissus, action complexe sur laquelle il nous faut insister tout particulièrement. Il est un fait qui frappe toujours l'opérateur dans ses premiers essais : c'est la facilité avec laquelle on franchit le rétrécissement dans la grande majorité des cas. Même lorsque le rétrécissement a été calibré soigneusement et qu'on passe un cathéter métallique de même calibre, on n'a pas cette même impression de glissement que donne l'électrolyseur négatif. Nous ne pensons pas que cette facilité de glissement soit uniquement imputable à l'action de la soude formée au niveau de l'électrode négative. Ce transport tonique prend un certain temps à s'effectuer et avec des intensités électriques si faibles et une durée si limitée ; la quantité de soude déposée est presque insignifiante, puisque d'autre part, elle ne donne lieu à aucune action caustique. Nous croyons plutôt à une diminution du tissu musculaire due au passage du courant, diminution qui a été parfaitement constatée dans des expériences de physiologie ; cette augmentation de la dilatabilité est encore favorisée par la vaso-constriction due à la fermeture du courant ; la période de réaction vaso-dilatatrice, la dissociation ionique modifient les échanges et diminuent les infiltrations inflammatoires ou scléreuses et cette action de résorption s'étend au-delà des limites du rétrécissement dans les noyaux péri-uréthraux.

Ces diverses modifications amènent la dispa-

rition de l'écoulement, quand il en existe et la poche rétro-stricturale, que nous prenons toujours soin d'électrolyser après avoir franchi le rétrécissement, est aussi modifiée et assainie. Nous avons pu constater dans nos observations que les effets de cette intervention sont durables; mais nous donnons toujours le conseil aux rétrécis de faire visiter leur canal une ou deux fois par an, et s'il y a tendance à la récidive, quelques séances de dilatation électrolytique redonnent rapidement au canal son diamètre primitif.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Traitement médical des affections pelviennes.

M. Richelot fait une communication sur le traitement médical des affections pelviennes, ou plutôt sur les avantages et les bienfaits de l'hydrothérapie chaude en gynécologie.

L'eau chaude, dit-il, est aujourd'hui d'un usage banal dans les affections pelviennes. Le médecin prescrit journellement les injections vaginales chaudes, sans y prêter grande attention, et sans en retirer tous les bons effets qu'elles peuvent procurer. Il faut imiter la méthode employée à Luxeuil et faire passer dans une injection 60 à 80 litres d'eau ; 100 litres même valent mieux que 60. L'injection dure au moins un quart d'heure et la canule spéciale à double courant qui protège les parties extérieures permet de porter l'eau à 50 degrés. On complétera la *douche vaginale de Luxeuil* par d'autres moyens hydrothérapiques, douche générale, chaude ou écossaise, douche périgastrique. Cette hydrothérapie doit être appliquée de préférence dans une maison de santé ayant l'outillage nécessaire.

L'eau chaude ainsi comprise a, pour M. Richelot, deux grandes indications : les infections du petit bassin et la congestion utérine. Elle est puissante dans les salpingites bien localisées, avec tuméfaction nette, empâtement, utérus immobilisé, dans les lymphangites diffuses marchant sourdement. C'est, également, un excellent traitement de la congestion utérine, de la métrite douloureuse chronique, affection si rebelle apparaissant à l'époque de la ménopause chez les femmes arthritiques nerveuses.

La cure solaire dans la thérapeutique de la tuberculose.

M. Hallopeau présente, en collaboration avec M. Rollier (de Leysin), un travail sur la cure solaire dans les stations d'altitude.

Cette cure est basée sur les propriétés de la lumière solaire. La lumière solaire est analgésiante, modificatrice des milieux, microbicide. Elle arrête la multiplication des germes, comme l'ont montré Roux, Arloing et d'Arsonval. Les propriétés en question sont beaucoup plus accusées dans certaines stations, à Nice par exemple, et surtout dans les stations d'altitude. L'atmosphère absorbant une partie assez considérable des rayons spectraux, l'intensité de l'action solaire se développe au fur et à mesure que l'on s'élève en montagne.

Cliniquement, les malades sont soumis à la cure solaire avec prudence et d'une manière progressive. L'insolation est d'abord limitée à la région malade et les premières séances n'ont que 5 à 10 minutes de durée. On évite ainsi la production de la dermite bulleuse que peut provoquer une insolation prolongée chez un sujet non habitué. Puis, lorsque la peau s'est pigmentée, on prolonge des heures — sans inconvénients — l'insolation. On étend progressivement avec les mêmes précautions, la cure solaire aux autres parties du corps, de façon à obtenir un véritable bain de soleil. Au début, la tête est protégée par un chapeau de toile blanche.

L'héliothérapie, ainsi appliquée dans des solariums d'altitude pendant l'hiver comme pendant l'été, a procuré des effets remarquables dans des cas de tuberculoses diverses (coxalgies, tuberculoses articulaires, génitales, pulmonaire, laryngée, adénites, etc.)

La cure solaire vient compléter la cure d'altitude.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Le séro-diagnostic des formes atypiques de la lèpre.

Dans sa forme commune, tuberculeuse, la lèpre est une maladie dont le diagnostic peut toujours être porté avec certitude, grâce à la constatation si aisée du bacille de Hansen dans les lésions cutanées, les sécrétions nasales spontanées ou provoquées par l'administration de l'iodure de potassium.

Il en est tout autrement des formes atypiques ou frustes, non tuberculeuses, de la maladie. Dans ses formes nerveuses, par exemple, la lèpre revêt le masque d'autres affections, de la syringomyélie, de la maladie de Morvan, de la sclérodactylie, et le diagnostic clinique est assez difficile pour que la confusion ait été plus d'une fois commise.

Pour trancher ces diagnostics embarrassants, MM. Gaucher et Abrami ont étudié le pouvoir agglutinant du sérum des lépreux à l'égard des bacilles de Hansen. Ils proposent d'employer un séro-diagnostic de la lèpre analogue au séro-diagnostic de la fièvre typhoïde.

Paraplégie au cours du traitement antirabique.

Le traitement anti-rabique détermine quelquefois — très rarement, il est vrai, si l'on tient compte du nombre considérable de cas où il est appliqué — des accidents paralytiques, affectant l'aspect tantôt d'une paraplégie flasque, tantôt d'une paralysie ascendante, tantôt d'une polynévrite prédominante du côté des nerfs craniens. Ces accidents sont bien dûs à l'inoculation anti-rabique et non à la rage comme on pourrait le penser, puisqu'ils se montrent chez des individus traités pour des morsures faites par des chiens reconnus sains ultérieurement. Leur pathogénie reste indécise. En général, ils sont passagers et la guérison est complète en quelques jours, ou tout au plus en deux ou trois semaines. Cependant, ils ont parfois une durée beaucoup plus longue : M. Simonin signale un cas dont l'évolution se fit en poussées successives et qui était encore incomplètement guéri au bout de quarante mois.

Pemphigus hystérique simulé.

M. Danlos apporte une contribution nouvelle à l'étude du « pemphigus hystérique ». La majorité des auteurs, on le sait, admettent que ledit pemphigus est simplement de la simulation. Le cas de M. Danlos vient en confirmation de cette opinion. Il s'agit d'une jeune fille qui présenta successivement deux éruptions de bulles

sur le corps et les membres. Autour de deux ou trois de ces bulles, l'auteur remarqua des petites traînées noirâtres dont il fit l'examen microscopique : il y trouva des débris de cantharides. Ce « pemphigus » était le résultat d'une application d'emplâtre-vésicatoire.

PRATIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE
DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

XXIII

H. 4. — Ligature des tibiales péronières, de la poplitée, fémorale, linguale, des carotides, des artères palmaires et plantaires.

Honoraires : 3), 40 *et* 55 *francs*.

Voici toute une série ingrate et dont l'utilisation pratique ne sera pas bien fréquente. Les ligatures que nous faisons dans les cas d'accidents sont surtout des ligatures dans la plaie. Il peut cependant être utile de rappeler les rapports anatomiques des régions et nous suivrons la même méthode que pour les ligatures précédemment étudiées.

Quand la chose sera possible, nous mettrons la bande d'Esmarck, ou un drain faisant lien ; la plaie sera nettoyée de notre mieux, la région rasée, savonnée et, tout étant prêt pour intervenir, nous ferons bâiller les lèvres de la plaie au maximum afin de voir bien clair.

Si on craint l'indocilité du blessé, ou si l'état est grave, on n'hésitera pas à donner du chloroforme. Prudemment le lien sera desserré et nous nous efforcerons de pincer le vaisseau. Certes le procédé de la pince à demeure n'a rien d'élégant ; mais si on n'est pas sûr de soi et qu'on craigne de ne pouvoir mener à bien un débridement assez étendu, on devra s'en tenir là. Une pince qui est restée 48 heures sur une artère, procure une hémostase en général suffisante. Ces réflexions sont des redites, mais il paraît bon d'insister.

Il convient de remarquer que ces moyens de fortune seront d'autant moins dangereux que la région se prêtera à une contriction aisée. En laissant un garrot en place, l'entourage du blessé peut parer aux accidents.

Voici maintenant la marche à suivre pour lier :

1° Les tibiales :

A. *La tibiale antérieure*.— Vous vous souvenez qu'entre le tibia et le péroné, il y a une cloison aponévrotique épaisse et résistante et qui fait à la jambe une portion antérieure qui comprend trois muscles et une portion postérieure bien plus volumineuse : le mollet. Les vaisseaux antérieurs sont au contact de la cloison ; les vaisseaux postérieurs en sont séparés par le jambier postérieur ; mais les uns et les autres occupent en somme une région centrale et relativement bien protégée.

Une incision faite sur le milieu de la jambe comprendra la peau et l'aponévrose. Reconnaissant la crête tibiale, on recherche l'interstice qui sépare le jambier (collé au tibia) du muscle extenseur qui lui est accolé ; c'est dans le fond de cette gouttière, au contact de l'aponévrose inter-osseuse, que se trouve le paquet vasculo-nerveux ; il est là depuis le haut jusqu'en bas de la jambe, donc pas moyen de le manquer.

B. *Tibiale postérieure*. — C'est profond, profond... Incision médiane. Fléchissez la jambe pour relâcher les muscles. Passez entre les deux jumeaux. Vous êtes sur le soléaire ; c'est un gros morceau qu'il faut inciser en plein. Il y a une aponévrose intra-musculaire qui est là pour vous avertir que vous êtes dans la zone dangereuse, mais près du but, si vous vous êtes bien dirigé ; si vous êtes toujours au milieu, vous n'avez qu'à déchirer à la sonde l'aponévrose et les quelques fibres musculaires sous-jacentes : la tibiale postérieure est là.

Artère péronière. — Jamais cette ligature ne se présentera à faire d'une façon réglée ; je pense qu'on a inscrit dans le tarif la péronière, parce qu'on parlait des tibiales. Cette ligature est difficile et mal réglée. La voie postérieure peut être à la rigueur la même que celle indiquée pour la tibiale ; mais il faut se diriger vers le péroné, une fois rencontrée l'aponévrose inter-osseuse. L'artère est presque au contact de l'os entre deux muscles, le fléchisseur propre et le jambier postérieur.

On pourrait atteindre également ce vaisseau par la voie latérale en se dirigeant vers la face postéro-interne du péroné.

Tout cela, c'est de l'anatomie bien fine et bien compliquée et je doute que si on remanie le tarif, on juge utile de spécifier ; on dira sans doute : ligature d'artère profonde et ligature d'artère superficielle et ce sera tout.

Poplitée. — Avec la poplitée nous abordons une ligature qui peut se trouver indiquée pour divers traumatismes. Le creux poplité est le siège d'anévrismes et de tumeurs ; il est donc bon de savoir s'y reconnaître.

Le creux poplité, c'est un losange ; on le limite aisément en haut et en bas, c'est dans le creux et presque en plein milieu que se trouvent nerf, veine et artère.

Incision verticale, mais débordante un peu vers la partie interne ; section de la peau et de l'aponévrose ; il faut récliner fortement le biceps qui est en dehors et le demi-membraneux qui se trouve en dedans ; dans l'espèce de gouttière qui se trouve au fond de la plaie on voit le nerf poplité interne qui vient de se bifurquer, la veine poplitée et l'artère.

Cette intervention est facile.

Artère fémorale. — Ce vaisseau est logé dans une gouttière qu'on nous a appris à reconnaître au cours d'anatomie. Sur les sujets très gras, elle est moins aisée à délimiter ; mais sur les sujets maigres ou bien musclés, cette gouttière est des plus nettes à l'œil et surtout au palper.

La direction de l'axe de cette gouttière correspond à une verticale qui partirait du milieu de l'arcade crurale, un peu en dedans de ce milieu, un centimètre à un centimètre 1 /2 environ, pour aboutir à la partie postérieure du condyle interne. Dans le tiers supérieur l'artère est sous-aponévrotique ou presque ; dans le tiers moyen elle est croisée par le couturier qui gêne la recherche ; dans le tiers inférieur elle perfore le troisième adducteur et devient poplitée.

En haut, pour lier la fémorale, il faut inciser suivant la direction que nous venons de dire en débordant un peu du côté de l'abdomen et en mettant à nu l'arcade. Le fascia et ses ganglions sont sous la peau ; il faut le sectionner et on est sur l'artère, en dedans est la veine. Le nerf crural est à un centimètre en dehors. Les interventions dans cette région doivent toujours être influencées par ces rapports ; qu'il s'agisse de hernie ou de ganglions à enlever, il faudra tou-

jours savoir où sont les vaisseaux; il est mieux de les voir que de les tenir cachés. L'artère et la veine bien exposées cessent d'être dangereuses et une maladresse pourrait seule les blesser.

Artère linguale. — Ce vaisseau a une direction sensiblement horizontale, mais il ne tarde pas à se ramifier et on ne peut l'atteindre que dans la région où il ne s'est pas encore divisé.

A égale distance, entre l'os hyoïde et le bord inférieur du maxillaire, faire une assez large incision, relever ou récliner la glande sous-maxillaire.

Le ventre postérieur du digastrique forme avec le bord postérieur du mylo-hyoïdien un triangle au sommet duquel chemine le nerf grand hypoglosse, l'artère linguale est dessous. Ces ligatures-là ne sont pas faciles et il est douteux qu'on ait l'occasion de les utiliser. Seuls, les spécialistes en vue d'interventions déterminées auront à faire des opérations de ce genre ; mais dans un accident, une blessure de la région ne comportera pas une dissection fine et une découverte comme sur le cadavre. Ça saigne, il faut aller au plus pressé. Une pince sur le vaisseau sera le plus souvent la meilleure conduite à tenir.

Il est bon cependant de ne pas considérer la forcipressure comme panacée ; elle expose à deux dangers : le premier, c'est de comprendre entre le mors et la pince autre chose que l'artère à lier, un filet nerveux par exemple. Les conséséquences sont des plus pénibles et nous avons toujours le souvenir d'un de nos bons amis qui fut blessé au cours de ses études et qui dans une intervention sur l'aisselle supporta pendant quarante-huit heures une pince qui enserrait le vaisseau et un nerf, le cubital. La douleur fut atroce ; elle dure encore et il y a de cela plus de 17 ans.

Le second danger vient de la possibilité d'un déplacement de la pince qui « lâche » ou bien d'une hémorrhagie secondaire au moment où on enlève l'instrument ou dans les jours suivants.

Pour les gros vaisseaux il faut faire pour le mieux : comprimer à travers la peau ou avec un doigt ou les deux doigts dans la plaie. C'est souvent une question de vie ou de mort et on n'a le choix ni des moyens, ni du lieu ; on fait au plus vite et ce qu'on peut. C'est dans cet ordre d'idées que la pince peut être employée ; pour un vaisseau superficiel et de petit calibre on peut à la rigueur s'en contenter ; mais au cou, à l'aîne ou dans l'aisselle, c'est dangereux de s'en tenir à ce moyen.

Carotides. — Elles naissent toutes deux de la carotide primitive dont elles continuent la direction sensiblement verticale et correspondent à peu près au bord antérieur du sterno-mastoïdien. L'interne n'émet aucune branche, mais l'externe fournit la thyroïdienne supérieure, la linguale, la faciale, l'occipitale, l'auriculaire postérieure et la pharyngienne inférieure.

Cette énumération n'est pas inutile, car elle montre la nécessité de la ligature des deux bouts dans la plaie, ou si la chose n'est pas possible, la ligature du gros tronc au-dessous de la plaie.

Si l'artère donne, faites comprimer par un aide ou comprimez vous-même d'une main, au besoin avec le doigt dans la plaie ; faites l'incision le long du muscle ; relevez-le et décomprimez, le jet de sang vous montrera la route. Une fois le bout inférieur pincé et lié, allez à la recherche de l'autre bout et successivement liez tout ce qui saigne en agissant méthodiquement.

Il est indispensable de ne lier ou de ne pincer que les vaisseaux, la région est riche en nerfs et ce serait désastreux de les comprendre dans une ligature.

L'incision typique doit aller du creux parotidien au cartilage thyroïde en suivant le bord antérieur du sterno-mastoïdien.

Les plaies des veines et notamment de la jugulaire interne auront parfois plus d'inconvénient que les plaies artérielles ; le jet guide l'opérateur pour pincer une artère, la veine affaissée dans le fond d'une plaie est souvent malaisée à reconnaître.

En cas de difficultés trop grandes et si la ligature dans la plaie ne pouvait se faire, il faudrait avoir recours à la ligature de la carotide primitive ; c'est là un moyen héroïque dont les résultats rapides et sûrs récompenseront l'opérateur.

Artères palmaires. — A. *Superficielle.* — Un dessin ou un schéma vaudrait mieux que toutes les descriptions ; mais cependant nous allons essayer de donner des repères qui, nous le pensons, seront suffisamment clairs.

A la main il y a trois plis principaux :

Un qui part de la région de l'index et descend obliquement vers le milieu du poignet. C'est le pli d'opposition du pouce.

Une autre ligne traverse la main dans le sens transversal, prend naissance dans la même région que le précédent, c'est le pli moyen.

Et un troisième, pli supérieur, mis en évidence par la flexion des doigts, a une direction à peu près parallèle au pli moyen. L'arcade palmaire superficielle qui est un prolongement de la cubitale, se trouve coupée par une ligne qui partagerait en deux parties égales l'angle formé par les deux premiers plis : pli d'opposition du pouce et pli moyen. Elle occupe la partie moyenne de la main. Une incision comprenant la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, mènera sur l'aponévrose ; on l'incisera en évitant de toucher aux tendons et on trouvera l'artère sous l'aponévrose.

B. *Profonde.* — Pour l'arcade profonde formée par la radiale, il faut tracer une courbe à concavité supérieure, à un centimètre au moins en dessous de l'arcade superficielle en allant vers le poignet.

Cette artère est très profonde, il faut inciser peau, aponévrose et récliner les tendons. La blessure de ce vaisseau n'ira jamais sans d'autres dégâts et je doute fort qu'on ait jamais à faire une ligature réglée.

Heureusement une compression facile sur le bras évitera un accident immédiat tel que l'hémorrhagie et si on a la bonne chance de pouvoir placer une pince et qu'elle tienne bien, ce sera souvent la meilleure conduite à tenir. Le vaisseau est à une profondeur si grande et on est tellement bridé par les tendons et les aponévroses que lier dans la plaie ne se pourra guère. Le nerf cubital est le satellite de l'artère profonde, il convient d'y veiller.

Ce que nous venons de dire aura surtout son intérêt pour les opérations à faire sur la main, telle que l'ouverture de phlegmons ; on saura où sont les points dangereux, et à quelle profondeur on les trouve ; on tâchera de les éviter.

Artères plantaires. — Bien que le pied reproduise à peu près les dispositions anatomiques de la main, on trouvera l'artère plantaire interne en faisant une incision tout le long du bord interne du pied, comprenant peau et aponévrose. On arrive sur l'adducteur du gros orteil, sur lequel se trouvent le court fléchisseur et le long fléchisseur ; en dedans de ce muscle on trouve vaisseau et nerf plantaire interne.

L'autre artère plantaire, l'externe, sera mise à jour par une incision sur le bord externe du pied.

Sous l'aponévrose on voit l'adducteur du petit orteil et en dedans de lui, le paquet vasculo-nerveux que nous cherchons.

Les anastomoses rendent souvent fort difficile l'hémostase de ces régions et dans un cas récent chez un enfant auquel j'enlevais une grosse tumeur ayant détruit le 3e métatarsien et refoulé les autres, j'ai dû renoncer à pincer ou lier dans la profondeur et cela malgré le lien d'Esmarck.

En désespoir de cause, je me décidai à fendre le pied en deux, incisant la plante jusqu'au milieu du pied ; le large espace que me donna cette manœuvre me permit d'achever en quelques minutes ce que je n'avais pu mener à bien en près de trois quarts d'heure. J'ajoute que la plante fut suturée et que la restauration fonctionnelle et esthétique fut parfaite et se maintint.

(*A suivre.*)

Docteur Ch. LEVASSORT.

THÉRAPEUTIQUE

Comment suralimenter les dyspeptiques ?

Par le Dr LARDIÈRES

Nous voudrions poser aux praticiens la question suivante : Comment faut-il faire pour suralimenter ou simplement alimenter des malades tuberculeux ou autres, quand leur fonction gastrique est troublée, bien plus, quand ils ne peuvent tolérer les substances nutritives habituelles, œuf, viande crue, etc... ?

Nous sommes en mesure de solutionner ce problème, car nous avons observé beaucoup de cas de ce genre, où des tuberculeux dyspeptiques et névropathes présentaient des crises gastralgiques extrêmement douloureuses après les repas et se voyaient obligés de renoncer à toute alimentation substantielle. Il fallait donc réaliser les conditions suivantes : faire absorber sous un faible volume, le plus faible possible, une dose *élevée* de principe reconstituant, de préférence azoté, puisque, chez ces malades, la déperdition en azote est considérable.

L'expérience nous a prouvé ainsi que l'albumose-peptone est, à ce point de vue, le moyen thérapeutique de choix. Constituée par la substance musculaire du bœuf, réduite en poudre fine et *prédigérée* par un sucre gastrique artificiel, elle représente, par cuillerée à soupe, 125 gr. de viande crue. Voilà donc, sous un volume très restreint, une puissance alimentaire considérable.

Etant prédigéré, ce nutrigène ne fatigue pas l'estomac dont il ne sollicite pas la fonction et se trouve ainsi toujours bien supporté par les dyspeptiques.

Nous ne pouvons dire, quant à nous, si ce suraliment renferme les oxydases et les ferments diastasiques du plasma musculaire. C'est probable. Mais il est sûr qu'il ne présente pas dans ses éléments les larves du tænia et pas davantage le bacille de Koch ; la préparation spéciale subie par le nutrigène le met à l'abri de ces dangers, fréquents dans les plasmas des bovidés.

Donc, l'albumose-peptone répond à la question posée tout à l'heure, et, sous un faible volume, permet, sans inconvénients digestifs, l'alimentation et la suralimentation des tuberculeux, des anémiés, des affaiblis dyspeptiques.

De plus, cette substance est entièrement assimilée. Elle est, en effet, soluble en toute proportion, et ne produit jamais de putréfactions intestinales, diarrhée, etc.

A ces constatations physiologiques établies par les observateurs, correspondent, en outre, des résultats thérapeutiques d'une réelle importance et qu'il faut bien connaître.

D'abord, sous l'influence répétée de 4 à 6 cuillérées à soupe de nutrigène par jour, dissoutes dans un potage, les forces renaissent et le poids du corps augmente. Il n'est pas rare d'obtenir une augmentation de 6 à 8 livres en 3 semaines. L'état général des tuberculeux, des neurasthéniques, des convalescents, s'améliore et se reminéralise.

Chez les enfants anémiés par la rougeole, la coqueluche, les troubles intestinaux, 2 à 3 cuillerées à soupe par 24 heures déterminent des résultats analogues. Le relèvement de la nutrition générale est évident.

Cette facilité pour suralimenter des malades dyspeptiques, sans fatiguer leur tube digestif, de les surminéraliser au moment même où toute nourriture ordinaire est impossible, nous paraît un fait de pratique courante des plus intéressants.

CHRONIQUE DE LA PRÉVOYANCE

Association Amicale des Médecins Français.

Une anecdote vraie.

« Ce qui manque au Corps médical et ce qu'il lui faudrait, c'est une société qui centraliserait tous les modes de prévoyance, assurerait contre les risques maladie, mort, vieillesse — car rien n'est ennuyeux comme d'avoir à s'adresser ici pour une chose, là pour une autre — ; qui serait administrée par des médecins afin d'éviter les grosses dépenses de fonctionnement — ce qui permettrait d'abaisser les primes — ; qui enfin serait gérée confraternellement — ce qui ferait disparaître toutes ces petites clauses des contrats d'assurances qu'on ne lit jamais et qui vous étreignent un beau jour. »

A cette conclusion d'une conversation sur les misères professionnelles, je ne pus que répondre en souriant : « Vous venez précisément de définir merveilleusement l'Association amicale des médecins français, société qui n'est plus à créer, mais qui existe depuis quinze ans et fonctionne à la satisfaction de tous. »

Mon interlocuteur était un médecin arrivé, qui occupe une situation en vue et que personnellement les soucis matériels ne préoccupent guère ; il n'est pourtant pas de ceux qui, lorsqu'ils ont dîné, sont convaincus que tout le corps médical est repu, et, s'il se trouvait dans un milieu qui s'occupât des questions qui nous passionnent, nous autres, il ne resterait certes pas dans sa tour d'ivoire : s'il paraît se désintéresser, c'est qu'il ignore.

Aussi se montra-t-il surpris de ma réponse — Comment ! des confrères avaient organisé et fait marcher cette société dont il sentait la nécessité mais dont il n'osait pas même entrevoir la réalisation possible ! — Naturellement, aux questions succédèrent les questions, les explications aux explications, et je dus promettre l'envoi des statuts contre la promesse d'une visite à ma comptabilité.

Puis le temps s'était écoulé, et je ne songeais plus à l'incident quand récemment je reçus la

visite promise. Ce fut mon tour d'être surpris ; des confrères qui n'ont pas nos besoins et auxquels nous ne nous adressons pas pouvaient donc s'intéresser à nos œuvres autrement que par des paroles banales !

J'eus vite la preuve que statuts et commentaires avaient été non pas seulement lus, mais étudiés ; il ne me restait qu'à montrer l'œuvre en activité, ce qui m'était facile puisque j'avais tous les documents sous la main.

Je fis passer sous les yeux de mon confrère les registres qui renferment, année par année, les inventaires qui sont vraiment l'expression vivante du fonctionnement de l'Amicale puisque, pour chacun des membres classés par âge, ils donnent l'époque de son admission, le montant de sa cotisation annuelle, le nombre des journées de participation, le nombre des journées de maladie aiguë ou chronique, les sommes encaissées et les indemnités versées; puisque, pour chaque année, ils résument les dépenses classées par nature et l'avoir propre de chacune des combinaisons.

Mon confrère examina longtemps ces registres; il voulut suivre, année par année, le cas de plusieurs sociétaires en particulier; il étudia la progression du nombre des membres, celle des cotisations perçues, mettant en parallèle la progression des indemnités servies ; il examina le compte *capital*, s'intéressant aux placements faits, aux remboursements de titres, au mouvement des fonds en banque ; enfin il termina par les opérations du recouvrement des cotisations, les procédés de contrôle, le mode de paiement des indemnités.

Et lorsqu'il eut tout vu, tout étudié, tout compris :

— Mon cher ami, me dit-il, vous avez inscrit depuis quinze ans 1600 adhérents et vous êtes fier du résultat obtenu ; moi, je suis navré de voir que vous n'êtes pas cinq ou six mille ! Leur excuse est qu'ils ne savent pas, mais si les médecins connaissaient l'*Association Amicale*, s'ils pouvaient voir ce que vous m'avez montré et que je viens de voir avec tant de plaisir, tous s'empresseraient d'adhérer : les uns parce que pour eux c'est une nécessité et un devoir, les autres par esprit de solidarité confraternelle. Et, qui sait ? Peut-être un jour ces derniers s'estimeraient-ils heureux d'avoir été prévoyants. Si nos confrères comprenaient l'Amicale, l'Association générale ne serait bientôt plus que sa caisse *auxiliaire* ! Pour moi personnellement, je regrette que mon âge me ferme la porte, car j'aurais immédiatement réclamé mon admission.

— Avec l'espoir de payer toujours et de ne toucher jamais.

— Sans doute, mais qui peut répondre de sa santé ?

— J'en fais actuellement l'expérience. Mais ma meilleure manière de vous remercier serait de vous demander de m'écrire ce que vous venez de me dire.

— Vous savez bien que je suis trop paresseux : je vous promettrais et ne tiendrais pas ; mais vous pouvez bien l'écrire, vous.

— C'est que je suis orfèvre et que j'aurai bien l'air d'avoir pris les oreilles de M. Josse pour vous écouter.

— Au diable la fausse modestie ! Elle n'est pas de mise quand on a fait ce que vous avez fait, vous et vos collègues.

— Eh bien ! vous avez raison, et je l'écrirai : C'est la vérité d'ailleurs !

A. Gassot.

LA RÉFORME DES EXPERTISES MÉDICALES

Après avoir examiné les diverses irrégularités et les causes des abus de vacations dont seraient coutumiers certains experts, lorsqu'il s'agit de litiges en matières d'accidents de travail, M. Diverneresse termine son étude par les conclusions suivantes qui ont été adoptées par le comité de direction du *Concours médical*, par le conseil d'administration du « Sou médical », par le Syndicat national de Médecine sociale (section de Paris) et par une commission spéciale du Syndicat des médecins de la Seine.

Conclusions.

Considérant que, surtout en matière de cumul du prix de la visite avec le prix de diverses interventions chirurgicales, certains experts refusent de s'incliner devant les jugements des tribunaux d'appel, et semblent moins préoccupés du texte du tarif ministériel que du désir d'être agréables aux assureurs qui les font fréquemment désigner comme experts ;

Considérant que, contrairement à tous les usages du corps médical, certains médecins-experts font non seulement payer à leurs confrères tout ou partie des honoraires de leurs expertises, mais encore qu'ils exigent que ces confrères leur versent des provisions presque aussi élevées et parfois supérieures au montant des notes médicales dont ils ont accepté l'expertise (1) ; qu'ainsi ces experts favorisent plus ou moins consciemment la combinaison des ASSUREURS QUI FONT AUX MÉDECINS CHOISIS PAR LES BLESSÉS DES FRAIS DE JUSTICE SUPÉRIEURS A LEURS HONORAIRES pour mettre ces médecins dans l'impossibilité de soigner les blessés qui ont confiance en eux; que ces experts entraînent ainsi, comme malgré lui, le juge de paix dans cette discutable combinaison ;

Considérant que certains magistrats condamnent fréquemment les médecins choisis par les blessés à supporter une partie des frais de justice, alors même que l'assureur ou le patron n'a fait aucune offre réelle, et font presque toujours application de cette jurisprudence en matière d'accidents du travail, alors qu'ils ne l'appliquent presque jamais dans les litiges d'ordre différent, où la partie qui succombe et n'a pas fait d'offres suffisants est toujours condamnée aux frais ; que, d'autre part, ces magistrats tolèrent que des experts exigent de leurs confrères une provision sensiblement égale et parfois supérieure à la note d'honoraires qu'ils doivent expertiser ; que jamais ils n'exigent des experts la note détaillée de leurs vacations, alors qu'ils exigent toujours, à la demande des assureurs, la note détaillée des visites du médecin choisi par le blessé ; qu'ainsi plus ou moins consciemment ces juges de paix se laissent entraîner à la suite des experts et sur leurs avis dans la combinaison imaginée par des assureurs, combinaison qui a pour but d'amener les médecins indépendants auxquels on fait supporter de gros frais de justice, à repousser les blessés du travail, et, comme conséquence, de mettre ces blessés dans l'obligation de se rendre chez les médecins d'assureur ;

Considérant que dans le choix de leurs experts certains juges prennent surtout en consi-

(1) Moyen indiqué par M. le Dr Petitjean, sénateur et médecin de Cie d'assurances, dans l'*Aide sociale*, du 31 décembre 1907, page 265.

dération leur parenté, leurs relations amicales avec certains médecins ou encore la situation politique de certains docteurs en médecine ;

Considérant, d'une part, que c'est avec juste raison que le juge qui veut être éclairé par un expert, prétend donner son opinion sur le choix de cet expert ;

Que d'autre part, les syndicats médicaux doivent être consultés comme le sont les chambres de commerce, à propos des questions de leur compétence ; que le juge n'a pas la compétence nécessaire pour apprécier le savoir ou la moralité professionnelle du médecin expert ; que les titres scientifiques ou les fonctions officielles ne sont pas toujours de sûrs garants de la valeur scientifique ou de la moralité de celui qui les détient, ainsi que la preuve en a été faite récemment et à plusieurs reprises par des faits fâcheux pour le bon renom et la dignité de la science officielle ;

Que du reste la loi accidents en vigueur dans le Royaume de Hongrie dit à l'article 165 :

« Les médecins appelés et L'ORDRE DANS LEQUEL ILS SERONT APPELÉS seront désignés au début de chaque année par le Président du Tribunal d'après une liste dressée par le médecin en chef du siège du Tribunal arbitral.

« *Une dérogation dans l'ordre* établi ne peut avoir lieu qu'exceptionnellement et doit être justifiée par le Président dans le procès-verbal des délibérations (1) ».

Considérant que souvent les juges désignent comme experts, des médecins du personnel des usines ou d'exploitations industrielles ou de compagnies d'assurances ; que dans ces conditions, ces experts, quoique n'étant pas les médecins du chef d'industrie ou de l'assureur particulièrement intéressés dans l'expertise à eux confiée, n'en sont pas moins les médecins rétribués par l'un des membres de la collectivité des industriels ayant tous un intérêt commun à voir leurs charges diminuées d'une façon anormale par les appréciations des experts ; qu'en conséquence ces experts sont en mauvaise situation pour apprécier en toute indépendance les charges qui doivent incomber à l'un des membres de la collectivité des industriels ou des assureurs qui pourraient supprimer à ces experts les fonctions rétribuées de médecins de l'usine ou de l'assurance.

Considérant, d'autre part, que l'expert spécialisé qui tire la totalité ou la plus grosse part de ses ressources du produit de ses expertises, peut craindre avec raison de perdre son principal moyen d'existence, s'il concluait sans se préoccuper de se conserver les sympathies du juge qui, suivant son bon plaisir, peut le désigner plus ou moins fréquemment, ou de s'assurer les bonnes grâces des industriels ou des assureurs qui le demandent habituellement comme expert ;

Considérant que des plaideurs riches, comme les assureurs, se font toujours assister par un médecin aux expertises médicales, tandis que les plaideurs qui agissent avec l'appui de l'assistance judiciaire ne peuvent payer les honoraires d'un médecin conseil pour contrebalancer l'influence du médecin du plaideur riche ; qu'il lutte ainsi à armes inégales, que dans ces conditions l'assistance judiciaire devrait toujours avoir à sa charge les honoraires du médecin qui présente devant l'expert la défense du blessé ;

(1) Bulletin du Comité permanent des congrès internationaux des assurances sociales, n° 3, septembre 1908, page 467. Rousseau éditeur, 14, rue Soufflot, Paris.

Considérant que, d'une part :

Les médecins ou chirurgiens des hôpitaux sont appelés à donner des certificats à des blessés soignés dans leur service à l'hôpital ;

Que, d'autre part :

Un certain nombre de ces médecins ou chirurgiens des hôpitaux ont accepté d'être médecins de compagnies d'assurances ;

Que dans ces conditions les blessés qui reçoivent à leur sortie de l'hôpital des certificats signés des médecins ou chirurgiens d'hôpitaux attachés au service des assureurs, peuvent avec quelque apparence de raison, supposer que les auteurs de ces certificats ne peuvent pas faire avec toute l'impartialité désirable des constatations de la plus haute importance pour les procès que les blessés auront à engager contre des assureurs qui emploient précisément les signataires de ces certificats ;

Qu'ainsi, à l'exemple du président du tribunal de la Seine, déclarant qu'il y a incompatibilité entre les fonctions d'experts et les fonctions de médecins d'assureurs, M. le directeur général de l'Assistance publique doit déclarer qu'il y a incompatibilité entre les fonctions de médecin ou chirurgien des hôpitaux et les fonctions de médecin des sociétés d'assurances ;

Considérant que des experts font habituellement ces opérations judiciaires à l'hôpital, laissant croire ainsi à des blessés qui ne sont pas des indigents que l'accident du travail est toujours du domaine de l'hôpital ; tandis qu'au contraire le budget, surtout municipal et départemental, de l'Assistance publique ne saurait se confondre ni venir en aide au budget national de l'Assistance judiciaire ; que le blessé n'est pas un inculpé soumis publiquement devant des élèves à une sorte d'examen anthropométrique, mais un plaideur au civil, ayant accepté un examen médical qui doit être fait avec toute la discrétion possible ; que surtout, s'il n'a pas demandé les soins des chirurgiens ou des élèves de l'Assistance publique, il n'a pas à acquitter une dette de reconnaissance en consentant à servir de sujet d'étude pour l'instruction des élèves, cette dette pouvant tout au plus incomber aux blessés qui se font soigner à l'hôpital ; que le blessé et son médecin ont le droit absolu de refuser de se rendre à la convocation pour une expertise faite à l'hôpital ;

Considérant que les syndicats médicaux ont été à plusieurs reprises saisis de plaintes contre des experts ou des juges ayant manqué vis-à-vis des médecins, aux égards qui leur étaient dus ;

Par ces motifs, les organes de défense professionnelle susindiqués ;

Invitent les médecins :

1° A recommander au blessé de ne pas se rendre aux convocations à lui adressées aux fins d'expertises à l'hôpital et à porter immédiatement plainte au ministre du travail contre tout expert qui le convoquerait à l'hôpital pour expertise ;

2° A recommander aux médecins de ne verser aucune provision aux experts ;

3° A exiger qu'en conformité de l'article 319 du Code de Procédure civile, les experts fournissent le compte détaillé de leurs vacations, que ce compte soit taxé par le juge président ;

4° A exiger que l'exécutoire pour le paiement du mémoire de l'expert soit signé par le président, sa signature engageant sa responsabilité,

et devenant une garantie contre les abus de certains experts;

Décident de faire des démarches pressantes et réitérées auprès : 1° du garde des sceaux ; 2° du ministre du travail ; 3° du procureur général; 4° du premier président de la cour ; 5° du président du tribunal ; 6° du doyen de la Faculté ; 7° du directeur de l'Assistance publique, pour obtenir :

A. Que le nombre des experts soit considérablement augmenté ; que la liste des médecins experts des tribunaux et des justices de paix soit dressée par le conseil d'administration de l'Union des syndicats médicaux et soumise à l'approbation du Premier Président et du Procureur général ;

B. Que les experts soient classés par spécialités scientifiques et que leur *désignation se fasse* par le jeu d'un *roulement intangible* et publiquement contrôlable, comme dans le royaume de Hongrie ;

C. Que les expertises soient faites en dehors de l'hôpital et exclusivement en présence des personnes qui ont légalement le droit d'y assister;

D. Qu'il y ait incompatibilité entre les fonctions de médecin ou chirurgien des hôpitaux et les fonctions de médecin des sociétés d'assurances ;

E. Que le Ministre du travail applique rigoureusement le § 4 de l'article 27 de la loi-accident à tout assureur qui ne remplit pas les conditions prévues par la loi en rendant impossible ou très difficile le droit du blessé de choisir son médecin ;

F. Que les frais du médecin amené à l'expertise par l'assisté soient compris dans les frais couverts par l'assistance judiciaire ;

G. Que le ministre de la Justice applique sévèrement l'article 441 du Code d'instruction criminelle, qui lui permet de sévir contre les magistrats qui jugent de parti pris, contrairement à la loi et de faire annuler leurs jugements ou décisions ; qu'il applique également l'article 483 du Code d'instruction criminelle lui permettant de poursuivre et de punir les magistrats qui dans l'exercice de leurs fonctions commettent des délits (tels que paroles injurieuses et diffamatoires contre les plaideurs, médecins, blessés ou autres).

Depuis que ces conclusions ont été lues à l'Assemblée générale du Syndicat des médecins de la Seine, qui les a renvoyées à une commission spéciale qui vient de les approuver, quelques experts manifestent une certaine émotion.

« Comment, disent-ils, nous étions arrivés à nous faire payer les expertises à un chiffre supérieur au tarif trop faible qui nous avait été imposé, et vous, syndicats, vous voulez faire baisser les honoraires des experts, vous faites là œuvre qui ne vous regarde pas, et qui est antisyndicale. »

Nous tenons à déclarer ici que nous n'entendons pas viser les expertises en matière criminelle, qui, nous sommes les premiers à le reconnaître, sont payées à un tarif ridicule et qu'il faut élever.

Nous n'envisageons ici que les expertises en matière d'accidents du travail ; c'est bien à tort que les experts qui s'occupent de ce genre d'expertises prétendent que cela ne nous regarde pas.

Au temps où les juges de paix, appliquant la jurisprudence habituelle, condamnaient les assureurs qui perdaient leurs procès pour insuffisance d'offres, à payer intégralement les experts, cela ne nous regardait pas, en effet, et nous ne nous en occupions pas. Mais maintenant que, sur le conseil des assureurs... et peut-être aussi sur l'avis de quelques experts, les juges nous condamnent à payer le tiers ou la moitié des honoraires de l'expert qui diminue nos notes en interprétant le Tarif d'une manière fantaisiste et, presque toujours favorable aux assureurs, cela intéresse tout particulièrement les Syndicats médicaux.

Non seulement en effet, la plupart des experts empochent sans vergogne la part d'honoraires d'expertise que leurs confrères sont condamnés à payer, mais encore ces médecins-experts modern-styl se font verser d'avance par de modestes praticiens une provision bien supérieure à la somme prévue par le tarif d'expertise.

Dès lors il est bien évident que les médecins praticiens et les syndicats médicaux doivent veiller à ce que le Tarif ne soit pas dépassé, puisque moins élevée sera la somme accordée à l'expert, moins élevé sera le tiers ou la moitié de cette somme que le médecin praticien payera au médecin-expert.

Les experts montent la garde devant le coffre-fort des Compagnies pour empêcher que les médecins des blessés soient trop payés. Nous, nous montons la garde devant le porte-monnaie de nos confrères, pour que les experts n'y puisent pas avec trop d'indiscrétion.

DIVERNERESSE.

MÉDECINE COLONIALE

Les médecins de colonisation en Nouvelle-Calédonie.

Il a été créé progressivement, de 1905 à aujourd'hui, 7 postes de médecins de colonisation en Nouvelle-Calédonie, et un poste plus spécial pour l'archipel de Loyalty qui comporte certaines fonctions administratives, émarge au budget des affaires indigènes, et serait mieux dénommé médecin des affaires indigènes. Au total huit postes.

Jusque-là le service médical comprenait :

A Nouméa, pour moins de 3000 habitants, trois médecins civils et 4 à 5 médecins militaires qui accaparaient une grande partie des services publics : hôpital, service sanitaire maritime, léproseries, sans compter la clientèle.

C'est d'ailleurs encore ce que existe actuellement à Nouméa. En outre, dans l'intérieur de la colonie, tout poste militaire ou pénitentiaire comportait un médecin militaire qui y adjoignait la clientèle civile voisine, sans aucune tarification.

Mais la relégation a été supprimée depuis plusieurs années et l'administration pénitentiaire n'absorbe plus que 3 médecins militaires dans les établissements qu'elle a encore à l'île Nou, à l'île des Pins.

Dans l'intérieur de la colonie, tous les postes militaires ont été supprimés peu à peu, les effectifs diminués et aujourd'hui il n'y a plus que 13 artilleurs à Nouméa et un bataillon réduit d'infanterie de marine caserné au chef-lieu.

Il fallait donc recourir aux médecins civils de colonisation d'autant plus que la circulaire ministérielle du 12 janvier 1905, à MM. les Gouverneurs, disait :

« Art. 1er — Le personnel du corps de santé « des troupes coloniales assure le fonctionne- « ment du service de santé ; 1°..... 2° aux colo- « nies dans les corps de troupe, dans les établis- « sements dits du « service général » pour le « traitement des militaires qui y sont admis...

« Il peut également, à défaut d'un personnel « médical civil suffisant, assurer le fonctionnement « du service de santé dans les services généraux « ou locaux et dans les services de police sani- « taire.

« Le corps de santé des troupes coloniales doit « être organisé exclusivement dans le but d'assu- « rer les soins médicaux de ces troupes aux colo- « nies; il doit non seulement fournir les médecins « régimentaires, mais encore assurer en principe « les soins aux malades militaires dans les for- « mations sanitaires.

« Toutes les fonctions médicales civiles aux « colonies doivent être confiées en principe à « des médecins civils et seulement à titre ex- « ceptionnel à des médecins militaires ».

En conformité avec ces instructions, un arrêté du Gouverneur en date du 29 mars 1905 créait les premiers postes de médecin de colonisation et organisait ce service médical. Un arrêté du 2 août 1908 le complétait.

« 29 mars 1905, article 3. — Les médecins de colonisation sont logés gratuitement. Ils pourvoient eux-mêmes à l'ameublement.

Article 4. — Les allocations *pendant leur séjour dans la colonie* sont fixées ainsi :

1° Indemnité annuelle (sur le budget local, chapitre colonisation) 6.000 francs.

2° Indemnité annuelle supplémentaire sur les budgets municipaux, 1.500 francs.

3° Indemnité annuelle fixe pour frais de monture et de déplacement (tenant lieu de toute indemnité de route et de séjour dans leurs circonscriptions ainsi que de toute allocation en nature notamment d'instruments de chirurgie) 1.000 francs.

Total ; 8.500 francs.

Article 5. — Les médecins de colonisation doivent leurs soins gratuits :

1° Aux officiers, fonctionnaires et agents des services coloniaux, locaux ou municipaux, ainsi qu'à leurs familles ;

2° Aux indigents porteurs de certificats d'indigence ou inscrits sur liste spéciale.

Article 6. — Les médecins de colonisation auront droit, le cas échéant, aux honoraires et vacations prévus par l'arrêté local de 1894, modifié en 1897 portant tarif des frais de justice.

(Ces frais sont à peu près ceux pratiqués en France en vertu du décret du 22 novembre 1893; exemple : opération autre qu'autopsie, 15 francs.

Autopsie avant inhumation, 25 francs.

Autopsie après inhumation, 30 francs ;

Transport aller et retour 7 fr. par myriamètre).

Article 7.— Les honoraires qui pourront être réclamés dans certains cas (clientèle civile) par les médecins de colonisation ne pourront être supérieurs au chiffre d'un tarif maximum déposé au secrétariat général.

(C'est le tarif ouvrier adopté par le *Concours médical* ou tarif ouvrier du tarif général minimum raisonné, dit encore *tarif Jeanne*), mais il a subi une modification que voici :

Arrêté du 2 août 1906.

La consultation avec ordonnance seulement est de :

Au domicile du médecin	2.50
Au domicile du malade jusqu'à 10 kilom.	5 fr.
De 10 à 20 kilom.	10 fr.
De 20 à 30 kilom.	15 fr.
De 30 à 40 kilom.	20 fr.
Au-delà de 40 kilomètres	25 fr.

Or les circonscriptions entraînent à 60 et parfois plus, 80, 90 kilomètres, il est spécifié que ces prix tiendront lieu de tous frais de route mais se cumuleront, le cas échéant, avec ceux prévus aux § suivants pour soins médicaux ou chirurgicaux.

L'autre modification est celle-ci :

Accouchement simple	40 francs.
Avec délivrance artificielle	50 —
Au forceps ou version	75 —

En aucun cas, ces frais ne pourront être réclamés à l'administration mais seulement aux malades visités et soignés.

Article 8. — Les médecins de colonisation sont agents de la santé dans la circonscription où ils demeurent. Ils sont en cette qualité sous l'autorité du Directeur de la santé (*qui est un médecin militaire*).

Enfin il est un alinéa très important qui dit : « L'indemnité allouée sur les fonds du budget lo- « cal (solde) leur sera allouée du jour de leur dé- « barquement dans la colonie au jour de leur « embarquement soit pour quitter la colonie, soit « pour aller jouir d'un congé ».

Tels sont les textes

1° Pas de classes, pas d'avancement.

2° Pas de retraites, ni rien de semblable.

3° Obligation de faire parfois 40 kilomètres à cheval ou plus pour aller visiter à l'œil un fonctionnaire enrhumé ou constipé.

4° Suppression possible du poste au bout de l'expiration des 5 années pour lesquelles la colonie vous engage.

5° Si à ce moment on veut jouir d'un congé bien gagné, rien ne dit que la colonie fera vos frais de voyage, mais en tous cas, elle prévient que pendant ces 6 mois de congé on sera sans solde, c'est-à-dire qu'on mangera les 4 sous péniblement gagnés.

D'autre part on rencontre certaines surprises : c'est ainsi qu'on est nommé par le ministre des colonies qui écrit au titulaire : « Par décision mi- « nistérielle de telle date vous êtes nommé « médecin de colonisation en Nouvelle-Calédo- « nie. Vous avez droit à une solde de ... tant « (6000) (solde d'Europe X, solde coloniale Y) « à telle indemnité, et au logement en nature ».

On se figure bénévolement émarger au budget des colonies et, arrivé ici, on apprend qu'on émarge au budget local *actuellement menacé de faillite* et sur le point déjà deux fois de fermer ses guichets. La lettre de nomination ministérielle dit encore :

« Vous aurez droit dans 5 ans à un congé de 6 mois à « solde d'Europe, à passer en France », On apprend plus tard que l'arrêté du gouverneur du 29 mars 1905 dit formellement que la solde cesse de courir le jour de l'embarquement pour départ ou congé.

Le logement concédé est parfois convenable.

Parfois il est tel qu'un confrère change de localité pour se loger plus dignement, qu'un autre se fait construire une maison.

L'accueil reçu est variable, parfois nul.

C'est ainsi qu'un confrère est déversé sur le rivage avec ses caisses par le vapeur qui assure chaque quinzaine le service de Tour de côtes (il n'y a pas de routes), et se trouve aussi livré à lui-même.

Le commission municipale, prévenue de l'arrivée de son médecn, n'avait rien préparé, ni logement, ni quoi que ce soit, pas même jugé à propos d'envoyer quelqu'un au courrier saluer le médecin ou au moins lui indiquer son chemin,

son gîte, lui procurer les moyens de faire porter ses bagages.

Ceux qui pourraient être sollicités de venir ici en cette qualité doivent bien savoir tout cela.

Il n'y a pas de routes, fort peu, les visites se font à cheval, par une chaleur parfois torride, dans ces pays montagneux dénués de toutes ressources et à de longues distances.

La vie y est chère, très chère. A part la viande de bœuf, tout est à des prix qui sont sensiblement le double de ceux de France. Nourriture, habillement, ameublement surtout. La clientèle paie fort peu, car les colons sont rares et pauvres ; seules, les mines procurent à deux postes de sérieux avantages par les contrats qu'elles passent avec le médecin pour leur personnel. Mais depuis quelques années l'industrie minière elle-même est dans le marasme.

Ce qu'on décore sur les cartes du nom de ville mérite à peine le terme de bourgade. C'est dire qu'il n'y a pour le médecin de colonisation aucun centre de relations possibles, aucun centre intellectuel. Aussi, pour un garçon, la vie y est-elle particulièrement pénible. Nouméa elle-même n'est ville que relativement ; d'ailleurs il n'a pas le droit d'y aller sans permission (on vient de me le rappeler). Tant pis s'il a besoin de passer chez le dentiste pour une extraction ou chez son tailleur : il faut une autorisation.

Voilà, je crois, de quoi renseigner ceux des confrères de la métropole que le mirage des pays ensoleillés attirerait par ici.

Dr N.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

SOU MÉDICAL

Procès-verbal de la séance du 3 décembre 1908.

Présents : MM. Maurat, Jeanne, Vimont, Noir, Diverneresse, Cézilly, de Grissac et Dumesny.

La correspondance comprend :

N° 2430. — Une lettre du président du Syndicat médical de M... Les médecins syndiqués de cette région se préparent à signer avec la Société de Secours mutuels de M... un contrat pour régler les conditions dans lesquelles devront être rémunérés les soins médicaux aux membres participants de cette société et font une enquête pour connaître les résultats donnés par des conventions de ce genre.

Le secrétaire général a fourni sur ce sujet tous les renseignements qu'il possède et a signalé en particulier le contrat passé entre la Société Amicale de la banlieue-ouest de Paris et la Société de secours mutuels de l'usine à gaz de Gennevilliers.

N° 2432. — Lettre du secrétaire du Syndicat médical de C., qui demande des renseignements pour savoir comment sont formulés les engagements des membres des Syndicats dans les Syndicats organisés suivant les statuts du Syndicat de l'arrondissement de Versailles.

Cet engagement est fait sur le registre des procès-verbaux, à la suite des statuts, et chaque membre appose sa signature en la faisant précéder de ces mots écrits de sa main : *lu et approuvé*, et en la faisant suivre de la date à laquelle la signature a été effectuée.

Les registres destinés à l'inscription des procès-verbaux des Syndicats devraient avoir les premières pages encartées de quelques feuilles de papier timbré à 1 fr. 80, et c'est sur ces feuilles que serait transcrit le texte des statuts, et que seraient apposées les signatures des syndiqués.

N° 1676. — Le Dr A., d'A., demande si les soins postérieurs à la consolidation d'une blessure (accident du travail) doivent être dans tous les cas à la charge du blessé ?

Lorsque les soins donnés l'ont été pour diminuer le degré d'invalidité du blessé en améliorant son état, ou encore l'empêcher de s'aggraver, il va sans dire que cette intervention médicale profite au chef d'entreprise qui est pendant trois ans, sous le coup d'une revision de la convention qui a fixé le taux de la rente. Si le blessé voit s'augmenter son invalidité, la rente devra être augmentée. Si l'invalidité est diminuée, il y a encore lieu à revision et la rente précédemment attribuée peut être diminuée. Il est donc juste que le chef d'industrie s'il bénéficie, en définitive, de l'intervention médicale, participe à ses frais. Le « Sou médical » a fait juger le cas (aff. Dr B., de R.). Les documents de jurisprudence ont été adressés au Dr A.

N° 2371. — Le Dr C., de T. — Ma cliente est en instance de divorce, le père ne veut pas me payer l'accouchement de sa fille, il me dit qu'il a déjà trop avancé d'argent. Le mari, par l'intermédiaire de son avoué, me fait dire qu'il me paiera après le procès. Que faire ?

A moins que le mari ne prenne l'engagement écrit, formel, de vous payer la somme de..... qui vous est due, suivez les conseils qui vous ont été donnés et poursuivez solidairement le père qui vous a requis, le mari et la dame devant le juge de paix de la résidence de l'une de ces trois personnes.

N° 2434. — Le Dr B., à B.-le-C., demande des conseils pour le guider dans des poursuites à intenter. Il s'agit d'un recouvrement d'honoraires litigieux.

Renvoyé le dossier à notre conseil judiciaire.

N° 2351. — Le Dr E., à La Ch.-sur-le-L., envoie les documents réclamés. Texte du jugement de la justice de paix. Interprétation du tarif Dubief à propos de l'indemnité kilométrique.

Le dossier est maintenant complet entre les mains de Me Mornard, avocat à la Cour de cassation.

N° 1791. — Le Dr D., de P., auquel une subvention de notre Société, s'élevant à 35 francs, avait été accordée (procès en justice de paix pour une question d'intérêt général), écrit : « Je « fais don de 15 francs à la Société du « Sou mé- « dical », le reste de ce qui m'est dû, 20 francs, je « prie le trésorier de l'attribuer au paiement de « ma cotisation ».

Remerciements au Dr D.

N° 2435. — Le Dr M., à B., expose une contestation d'honoraires pour soins donnés à un blessé agricole. On se refuse à le payer sous prétexte que les prix de son mémoire sont exagérés. Il demande la vérification de sa note et l'approbation du « Sou médical ».

Le secrétaire général a répondu qu'il était difficile avec des renseignements aussi sommaires que ceux contenus dans une simple lettre de donner une opinion motivée ; que dans le cas particulier, l'affaire venant à l'audience, il y aurait lieu de demander au juge de paix de désigner pour vérifier le mémoire contesté, un médecin-expert

auquel il pourra fournir toutes les indications nécessaires pour justifier la légitimité de sa réclamation.

N° 462. — Le Dr B., à A., remercie le « Sou médical », de ses bons offices et accuse réception de la subvention accordée par la caisse.

N° 2436. — Le Dr D., à R., demande des renseignements au sujet du quantum de la rente à accorder à un blessé atteint d'invalidité permanente totale. La réponse est fournie par l'art. 1er § 2 de la loi du 1898, les deux tiers du salaire.

N° 2279. — Le Dr R., de A., a, avec une compagnie d'assurances, une contestation pour le règlement de ses honoraires. La nuit, il a été appelé à donner des soins et à opérer d'urgence un blessé du travail. Une hémorrhagie abondante nécessita une intervention immédiate.

Le tarif Dubief prend comme étalon le prix de la visite ou de la consultation et les diverses interventions du médecin sont réglées en prenant la visite ou la consultation pour base. Partant de ce principe il est logique de penser que, si la visite de nuit était tarifée le prix de trois visites de jour, l'intervention de nuit, pour l'allocation B (2 visites), devra être payée le prix de 2 visites de nuit.

Le « Sou médical » a pris la décision de porter la question devant le juge de paix.

N° 2355. — Le Dr C., des A., a reçu de Me Gatineau une consultation longuement motivée lui indiquant d'une façon précise ce qu'il devra faire pour se délier des engagements pris avec une compagnie d'assurances.

La résiliation de sa police doit être faite par lettre recommandée envoyée 6 mois avant l'expiration de la période de cinq ans. Autrement, le contrat continue son effet par tacite reconduction.

La lettre recommandée devra porter la signature de l'assuré légalisée par le maire de sa résidence.

***

Au cours de la conférence hebdomadaire du secrétaire général avec MM. Gatineau et Dumesny, les renseignements suivants ont été donnés sur les affaires en cours :

N° 107. — L'affaire V.-c.-C., a été plaidée le samedi 28 novembre par Me Gatineau devant le tribunal de N. Le prononcé du jugement a été ajourné à une audience ultérieure. **Le jugement prononcé a donné gain de cause au Dr V..., et condamné C... à tous les frais.**

N° 2438. — Le Dr L., à P., a demandé une consultation verbale à notre avocat-conseil, sur une question relative à un accident du travail. (Massages faits par un professionnel, sous la direction du médecin traitant.)

N° 2439. — Le Dr F. de B., a demandé des conseils pour, à l'occasion du détournement d'objets saisis, exercer des poursuites contre le complice de ce détournement.

N° 2259. — Dr M., à P.— M. Dumesny a correspondu avec l'avoué de la partie adverse ; ce dernier demande qu'il lui soit fourni la liste des objets indûment saisis, de façon à ce qu'il lui soit possible de faire la vérification demandée sur le procès-verbal de vente de l'huissier.

N° 2099. — Dr de L., à S.-O. — Le confrère a poursuivi devant la justice de paix le patron d'un blessé qui avait payé à ce dernier, en même temps que le capital de sa rente pour invalidité partielle permanente, une somme destinée à payer les soins médicaux et pharmaceutiques. Le blessé n'ayant rien payé au médecin, le docteur s'adressait au chef d'industrie comme responsable. Le juge de paix a débouté le confrère,

L'affaire étant de la compétence en dernier ressort de la justice de paix, Me Mornard sera prié d'examiner si ce jugement peut être l'objet d'un pourvoi en cassation.

N° 2437. — Dr L., à O., a donné les premiers soins à un blessé par coup de feu au pied. Le onzième jour, survient du trismus. Le blessé est conduit dans une maison de santé ; il en sort guéri. Le confrère adresse la note de ses honoraires ; il lui est répondu par la menace d'une demande reconventionnelle de dommages-intérêts ; il aurait commis une *faute lourde*, en ne faisant pas, dès le début, une injection de sérum antitétanique. **Le confrère devra poursuivre le recouvrement de ses honoraires, il sera soutenu par la Société si sa responsabilité est mise en jeu.**

N° 2440. — Le Dr L., de T., choisi par le chef d'industrie, se voit contester le montant de ses honoraires par la compagnie qui ne veut pas reconnaître le tarif ouvrier local et prétend appliquer le tarif du Ministère du Commerce. **Le confrère est engagé à poursuivre devant le juge de paix.**

Dr DE GRISSAC,
Secrétaire général.

Syndicat des médecins de l'arrondissement de Saumur.

Assemblée générale du 22 janvier 1908.

La séance est ouverte à 3 heures, par le Dr Levraud, président.

Présents : MM. Coutand, Druet, Férouelle, Folliot, Lorts, Gundar, Gilbert, Levraud, Petit, Peton, Poingt et Tabaraud.

Le Trésorier donne lecture de la situation financière du Syndicat.

Le Président rend compte de ses démarches auprès des collègues de l'arrondissement pour les engager à faire partie du Syndicat, dont l'utilité, ces derniers mois surtout, s'est fait particulièrement sentir en ce qui concerne les Sociétés de Secours mutuels et les Assurances. Huit confrères ont refusé de faire partie du Syndicat. Vingt ont accepté.

Le Dr Drouet propose, afin de faire connaître aux confrères hésitants les travaux du Syndicat, d'adresser à tous les médecins de l'arrondissement la copie du procès-verbal de chaque séance, avec les noms des membres du Bureau et de tous les membres syndiqués. (Adopté.)

Le Dr Drouet, pour arriver à une plus grande cohésion, propose que les membres du Syndicat s'engagent moralement à n'appeler en consultation, autant que possible, que des confrères syndiqués. (Adopté à l'unanimité.)

Le Dr Avrilleaud, de Montsoreau, est admis à l'unanimité.

Le Président donne lecture d'une lettre du Dr Menut, de Vernoil, doyen des médecins de l'arrondissement, qui fait part au Syndicat de son intention de ne plus exercer la médecine et demande à se retirer du Syndicat. A l'unanimité, le Dr Menut du Buguet est proclamé membre honoraire.

Déontologie

L'incident V..., est laissé en suspens jusqu'à plus ample informé

Exercice illégal de la médecine.

Lecture est donnée de la réponse du Président du Syndicat des Pharmaciens à une lettre du

Président du Syndicat, des Médecins touchant l'exercice illégal de la Médecine par certains pharmaciens.

Plusieurs confrères signalent des faits d'exercice illégal de la Médecine à Saumur et aux environs. Suivant le résultat des enquêtes, une décision sera prise concernant ces délits.

Question médico-mutualiste.

Le Dr Levraud rend compte des négociations entreprises par lui, avec la collaboration des Drs Peton et Gilbert, auprès des Sociétés de Secours Mutuels de Saumur. Ces négociations ont été couronnées de succès et ont abouti aux résultats suivants :

1. Le libre choix du médecin ;
2. Elaboration d'un tarif spécial propre à satisfaire mutualistes et médecins ;
3. Création d'une commission permanente médico-mutualiste.

A l'unanimité, les membres du Syndicat adressent un vote de félicitations à leurs collègues, délégués, et les prient de continuer à les représenter au sein de la commission médico-mutualiste.

A la question du Dr Coutand demandant par qui seraient payés les honoraires du médecin dans les interventions s'élevant à plus de dix francs, il est répondu par le Président que « ces honoraires seraient payés par le Sociétaire, qui ne pourra, en aucun cas, arguer de son titre de Sociétaire pour se disculper de sa dette ».

Assurances-accidents.

Compte de Me Chevrier, avocat. — Approuvé.

Le Président demande aux membres présents s'ils ne croiraient pas bon, étant données les difficultés sans cesse grandissantes entre Médecins et assurances, d'imiter les confrères du Syndicat de Périgueux qui, en groupe, se sont abonnés au « Sou médical », après avoir augmenté leur cotisation du prix de l'abonnement à cette Société. Après échange de vues, il est décidé que la cotisation restera ce qu'elle est, et que chacun des membres du Syndicat conservera sa liberté vis-à-vis du « Sou médical ».

Le Dr Coutand demande que tout confrère obligé de se présenter en Justice de Paix contre une compagnie d'Assurances, soit assisté d'un médecin représentant le Syndicat, qui lui apportera son appui moral.

Pour répondre aux agents d'assurances, qui trouvent toujours trop élevées les notes des médecins, le Dr Levraud donne lecture d'une statistique officielle, où il est constaté que, dans les frais généraux des Compagnies d'assurances, le Corps médical entre à peine pour 5 pour 100.

Renouvellement du bureau.

Le Dr Levraud, dont la présidence est terminée, remercie ses confrères du concours qu'ils lui ont apporté pendant l'année, et les prie de procéder au renouvellement du bureau pour 1908.

Quelques confrères désirent que le mode d'élection du Bureau par roulement, que l'on avait choisi à titre d'essai, il y a quelques années, soit remplacé par l'élection aux voix. Après discussion, le Dr Coutand fait ressortir les avantages du roulement et rappelle à l'Assemblée que d'autres Syndicats, en particulier celui de Saint-Mandé, l'ont adopté. La question est mise aux voix. A l'unanimité moins une voix, le *statu quo* est maintenu.

Le bureau du Syndicat pour 1908 est donc ainsi constitué ;

MM. les Drs PETON (de Saumur), *président* ;
TABARAUD (de Fontevrault), *vice-président* ;
TERRIEN (de Varennes), *secrétaire* ;
CHARDONNEAU (de Vivy), *Trésorier* ;
PETIT (de Saumur), *Trésorier-adjoint*.

Membres du syndicat en 1908.

MM. les Drs AVRILLEAUD (de Montsoreau) ;
CHARDONNEAU (de Vivy) ;
CHARETTE (d'Allonnes) ;
COUTAND (de Saumur) ;
DAVID (de Montreuil-Bellay) ;
DRUET (du Puy-Notre-Dame) ;
FÉROUELLE (de Saumur) ;
FOLLIOT (de Saint-Florent) ;
FORST (des Rosiers) ;
GANDAR (de Saumur) ;
GAUDREZ (de Montreuil-Caply) ;
GILBERT (de Saumur) ;
LEVRAUD (de Saumur) ;
LIRON (d'Allonnes) ;
PETON (de Saumur) ;
PETIT (de Saumur) ;
POINGT (de Fontevrault) ;
TABARAUD (de Fontevrault) ;
TERRIEN (de Varennes).

Membre honoraire.

M. le Dr Menut du Buguet (de Vernoil).

Le Dr Peton informe ses confrères qu'une maison de santé chirurgicale va incessamment ouvrir ses portes à tous les médecins et chirurgiens, et les invite à venir la visiter en attendant le Banquet traditionnel qui, à 7 heures, réunira les membres du Syndicat.

La séance est levée à 5 heures.

Le Président :
Docteur PETON.

Le secrétaire :
Docteur TERRIEN.

Assemblée générale du 29 juillet 1908.

Le Dr Peton, président, ouvre la séance à 4 heures, assisté des Drs Tabaraud, vice-président, et Terrien, secrétaire.

Présents : MM. Charette, Coutand, Druet, Férouelle, Foliot, Forst, Gandar, Gilbert, Levraud et Petit.

Le Secrétaire donne lecture du procès-verbal de la dernière réunion et perçoit les cotisations des membres présents.

Le Syndicat décide d'envoyer au *Concours Médical* et à l'Union des Syndicats les procès-verbaux de la dernière réunion et de celle d'aujourd'hui. Ces deux documents seront, en outre, imprimés et envoyés à tous les médecins de l'arrondissement, syndiqués et non syndiqués.

Correspondance.

Le Président lit une lettre des Drs Gripat et Barot, président et secrétaire de la Fédération des Syndicats médicaux de Maine-et-Loire, annonçant l'ouverture d'un referendum parmi le corps médical du Département sur la *Question du fonctionnement de l'Assistance médicale.*

Lecture d'une seconde lettre des mêmes confrères, rappelant que, dans la réunion de l'Association Amicale des Médecins de Maine-et-Loire et de l'Union des Syndicats du Département, tenue à Saumur le 9 juillet dernier, la décision suivante avait été prise : des démarches doivent être faites en vue de constituer une *Fédération des*

Syndicats de la région de la Basse-Loire, comprenant les départements de l'Ille-et-Vilaine, de l'Indre-et-Loire, de la Loire-Inférieure, du Maine-et-Loire, de la Mayenne, du Morbihan, de la Sarthe, des Deux-Sèvres et de la Vendée.

Les Drs Gripat et Barot proposent dans leur lettre la création d'un journal fédéral, soumettent certains détails de règlement concernant la fédération projetée et annoncent qu'une réunion de délégués des 18 syndicats existant dans la région de la Basse-Loire aura lieu à Angers vers la mi-novembre.

Après une discussion à laquelle prennent part MM. Coutand, Forst et Tabaraud, le Syndicat approuve à l'unanimité l'initiative de nos confrères d'Angers, et donne mandat au Bureau actuel de le représenter à Angers au mois de novembre.

Exercice illégal.

Le Président informe le Syndicat que, dans l'affaire d'exercice illégal des Rosiers, le Syndicat a obtenu 50 francs de dommages-intérêts. Le coupable a formé appel, le Bureau a suivi, et finalement le délinquant s'est désisté en appel.

Le syndicat a donc eu gain de cause.

Congrès de Lille

Le Président donne la parole au Dr Tabaraud, vice-président, pour rendre compte du dernier *Congrès des Praticiens*, tenu à Lille auquel il a assisté comme délégué du Syndicat.

Le confrère examine quelques-unes des questions qui ont été discutées au Congrès :

a) Suppression de l'agrégation et des diplômes spéciaux ;

b) Inadmissibilité des malades aisés dans les hôpitaux ;

c) Assurances-accidents ;

d) Assistance médicale gratuite ; libre choix pour l'Assisté ;

e) Syndicats. — Le Syndicat obligatoire pour tous ; projet très critiqué ;

f) Relèvement des honoraires

g) Prochain Congrès fixé en principe en 1910.

Le Président, au nom du Syndicat, remercie le Dr Tabaraud.

Syndicat obligatoire.

Le Dr Coutand, reprenant une des idées énoncées par le Dr Tabaraud, propose que tous les médecins soient syndiqués obligatoirement. Plusieurs membres critiquent cette proposition. Le Dr Coutand indique que s'il n'est pas possible de soumettre tous les médecins à cette obligation, on pourrait demander aux pouvoirs publics de favoriser les médecins syndiqués : fonctions officielles, expertises, etc. Discussion.

Tarif Dubief et mutualités.

Le Dr Petit dénonce les difficultés éprouvées parfois pour classer les soins donnés aux mutualistes en soins spéciaux qui n'atteignent pas dix francs. L'orateur demande s'il doit appliquer le tarif Dubief aux soins donnés aux mutualistes, concernant sa spécialité et non mentionnés sur le tarif médico-mutualiste. Discussion, à laquelle prennent part MM. Gilbert, Folliot, Levraud, Peton. La réponse qui s'en dégage est affirmative.

Conclusion : Il manque beaucoup de choses dans le tarif médico-mutualiste. En cas de difficultés, les notes d'honoraires seront remises à la Commission de contrôle médico-mutualiste.

Monopole d'une société de secours mutuels au profit d'un seul médecin.

Le Dr Gandar signale la *Société de secours mutuels et de Retraites des Patronages du Maine-et-Loire* comme étant monopolisée au profit d'un seul médecin. Le principe du libre choix, obtenu pour les mutualistes, est donc violé. L'orateur dépose sur le Bureau du Syndicat un prospectus contenant le résumé des Statuts de cette Société. Le Dr Levraud déclare que cette Société n'a pas été représentée à la commission de contrôle médico-mutualiste. D'une discussion à laquelle prennent part MM. Folliot, Gandar, Levraud et Petit ; il résulte que, sur la proposition du Dr Gandar, le représentant, à Saumur, de cette Société sera convoqué par la Commission médico-mutualiste et rappelé au règlement.

Tarif Dubief et Ponts et chaussées.

Le Dr Terrien entretient ses confrères de l'impossibilité où il se trouve de faire adopter par l'administration des Ponts et Chaussées le prix de 2 francs comme base du prix de visite, à Varennes où il exerce. Le prix de 1 fr. 50 n'est cependant adopté, d'après une modification récente apportée à la désignation des localités, que par les communes qui l'avaient fixé pour elles-mêmes avant la promulgation du Tarif. Discussion.

Le Président lève la séance.

Banquet

Douze membres du Syndicat prennent part au Banquet, le soir à 7 heures.

Le Président :	*Le secrétaire* :
Docteur Peton.	Docteur Terrien.

CORRESPONDANCE

Un correspondant de l'autre hémisphère.

5 octobre 1908.

Mon cher confrère,

C'est bien tardivement que je tiens la promesse faite à vous-même en juin 1907, à Paris, de vous adresser quelques renseignements sur « les médecins de colonisation » en Nouvelle-Calédonie.

Vous trouverez ci-inclus tous renseignements à ce sujet.

Je ne parle pas pour moi et ne fais là aucune personnalité. Je suis en effet presque hors de question.

En effet, nommé avec le titre de médecin de colonisation de l'Archipel des Loyalty, je suis en réalité médecin-résident — mes solde et indemnités s'élèvent à 10.000 fr. et j'émarge au chapitre « affaires indigènes » et non au chapitre « colonisation » du budget local.

Ainsi rien de personnel dans les notes ci-incluses. Je me borne à vous citer des textes et aussi ce que j'ai appris de confrères de la Grande-Terre.

Si ces lignes peuvent intéresser le *Concours médical*, je serai trop heureux.

J'aurais voulu fonder un Syndicat à Nouméa où j'ai passé un mois à mon arrivée. Mais j'ai reçu des confrères de la ville un accueil froid. Ils y sont 3 civils et 3 ou 4 militaires et tous se mangent le nez les uns les autres.

Je suis en outre allé 2 fois à Nouméa en un an, une fois 3 jours, 1 fois 24 heures, mais je me suis fait rappeler à l'ordre pour abandon de mon poste sans autorisation.

Dans ces conditions, former un syndicat est impossible; il ne pourrait même pas se réunir sans lever le doigt pour demander la permission.

Excusez cette digression et recevez, mon cher confrère, l'assurance de mes sentiments dévoués et très sympathiques.

Dr N.

Membre du *Concours*, du *Sou*, du Patronage et mis en demi-sommeil par l'Amicale-maladie, et par des statuts que j'approuve.

REPORTAGE MÉDICAL

Fonctions civiles des médecins militaires. — Le *Journal officiel* vient de publier le texte d'un décret fixant les conditions dans lesquelles les officiers du corps de santé de l'armée active peuvent être autorisés à occuper en temps de paix les fonctions civiles.

Voici l'énumération de ces fonctions civiles, conforme pour la presque totalité à celle contenue dans le décret du 29 mai 1902 :

Les fonctions de professeur titulaire ou de professeur agrégé, directeur de laboratoire ou chef de travaux, prosecteur ou chef de clinique, dans les facultés de médecine, les facultés mixtes de médecine et de pharmacie, les écoles supérieures de pharmacie ;

Les fonctions de professeur titulaire, de professeur suppléant dans les écoles de plein exercice ou préparatoires de médecine ou de pharmacie;

Les fonctions de professeur titulaire, de professeur suppléant ou de directeur de laboratoire dans les établissements d'enseignement supérieur, tels que l'Ecole pratique des hautes Etudes, le Collège de France, le Muséum d'histoire naturelle, l'école d'anthropologie ;

Les fonctions de directeur ou de sous-directeur dans les Instituts Pasteur et établissements analogues qui seraient fondés sous le patronage de l'Etat ;

Les fonctions de directeur de laboratoire dans es instituts et établissements visés au paragraphe précédent.

Bureaux municipaux d'hygiène. — Sont vacants les emplois de directeurs des bureaux du Havre (traitement : 7.000 fr.), de Carcassonne (traitement 5.000 fr.), de Nantes (traitement 7.000 fr.), de Nancy (traitement 4.000 fr.), de Lunéville (traitement 4.000 fr.), de Maubeuge (traitement 3.500 fr.), de Nevers (traitement 3.500 fr.) et de Vannes (traitement 4.000 fr.). Délais de candidatures expirant, pour le premier, le 31 décembre 1908, pour le second, le 1er janvier, pour le troisième, le 3 janvier, pour les trois suivants le 5 janvier et pour les deux derniers le 6 janvier 1909.

Le certificat d'admissibilité à l'agrégation. — Un article sans signature paru dans la *Tribune médicale* du 5 décembre condamne au point de vue pédagogique cette forme dissimulée du C. E. M. S. exécuté par nos Congrès.

M. le Dr R. Sorel (de Dijon), rééditait d'ailleurs, le même jour, dans une intéressante conférence faite dans la salle de la Société de géographie, cette double condamnation, à laquelle le président du Conseil s'était associé l'avant-veille devant la délégation du Comité de vigilance.

Oh! alors, dira-t-on...

Alors ? Sachez que 141 candidats viennent de s'inscrire pour passer ce certificat. Il faut croire que ceux-là du moins, sont partisans de la création, n'est-ce pas ? Eh bien ! nous nous sommes laissé dire qu'il n'en est rien du tout.

Quelle faveur ! Quel succès !

La défense professionnelle dans le corps médical belge. — Nos confrères belges qui avaient depuis longtemps leur *Caisse des pensions* viennent de créer la *Mutuelle médico-pharmaceutique maladie.*

Comme nous, ils partent en guerre contre les diplômes spéciaux et notamment le diplôme d'hygiène qui vient d'être décidé par la Faculté de Liège.

Avant nous, ils ont ouvert la campagne en faveur du libre choix du médecin pour les malades et les blessés du personnel des chemins de fer.

Le service médical à domicile. — A la suite de retards apportés par certains médecins à se transporter chez les malades pour lesquels ils avaient été mandés, M. Paris a posé une question à l'administration et a déposé un projet de délibération, invitant le directeur de l'Assistance publique à faire les démarches nécessaires pour obtenir la modification du décret réglementant le choix des médecins, de façon à permettre le libre choix du médecin par le malade.

M. G. Mesureur, directeur de l'Assistance publique, a reconnu le fait signalé, mais qui a été une exception. Il a d'ailleurs été l'objet d'une sanction. Quant au choix du médecin, c'est une question des plus graves et des plus compliquées ; au point de vue financier et moral, il faudrait en faire une étude préalable.

M. Guibert a fait ajouter une disposition, autorisant le choix des médecins dans les hôpitaux, à la proposition de M. Paris qui a été renvoyée à la cinquième commission..

Souvenirs d'autrefois... Mœurs d'aujourd hui. — Un vieux souvenir d'une fin de dîner où assistait le professeur Brouardel. Le chapitre roulait sur les honoraires, disons les gratifications données aux internes par les chirurgiens, lors des opérations pratiquées en ville.

M. Brouardel était interne d'un très illustre chirurgien de Paris. Le maître opère à Dijon, avec son interne. M. Brouardel reste une dizaine de jours dans la famille pour panser le blessé.

Un an après, l'opéré guéri vient à Paris, rencontre Brouardel et le remercie de son dévouement. Ce faisant, il raconte qu'il a payé les honoraires du chirurgien et en même temps à ce chirurgien, *largement*, les honoraires de l'interne.

Brouardel a attendu toute sa vie ces honoraires !

Dr A. VIGOT.

(In *Année médicale de Caen*).

Commissions mixtes médico-mutualistes. — Nous en signalons de nouvelles, déjà au travail ou en voie de constitution, pour les départements d'Indre-et-Loire, de Maine-et-Loire, de la Haute-Garonne. Presque partout les Syndicats médicaux entrent dans la voie que nous avions promis de leur signaler.

Le Directeur-Gérant : **Dr H. JEANNE.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.

Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trentième année **Nº 52** Dimanche 27 DÉCEMBRE 1908

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques, — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des inventions nouvelles et des Médicamen récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médécine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Quelques vraies histoires de Faux Médecins.

Je lis de temps à autre ta prose, mon pauvre ami ; ta naïveté m'épouvante, dit en m'abordant l'autre soir mon vieux camarade Pascal, que je n'avais pas rencontré de longtemps. Tu gémis sur la violation des règlements et des lois, comme Jérémie sur les malheurs d'Israël. Bien amusants sont tes syndicats avec leur défense professionnelle, leur répression de l'exercice illégal et le reste, qu'y peuvent-ils ? Si peu que rien. Et sans parler des grands écumeurs de malades, qui arrosent si largement la grande presse, et font outrageusement la nique à votre grand inquisiteur, je veux parler de l'ami Levassort, il est toute une pléiade de pseudo-praticiens capables de lui donner plus de fil à retordre, que l'imbroglio de l'impasse Ronsin à tous les juges d'instruction et à tous les experts réunis.

Ces faux médecins, mon cher, on en trouve partout. Ils sont à notre porte et nous leur serrons tous les jours la main. Nous contresignons leurs ordonnances au chevet de nos malades et les y traitons de chers confrères. J'en ai connu de fort malins dans le monde médical, et s'ils ne sont pas les meilleurs, ne sont certes pas les plus sots.

— Je vois, répliquai-je, que le séjour en province n'a pas changé ton caractère, et que tu es toujours resté un incorrigible détracteur. Connaîtrais-tu par hasard l'histoire fameuse de l'Eternel Remplaçant que nous contait hier encore Levassort ? Non. Eh bien écoute.

Il remplaçait, remplaçait, remplaçait. C'était sa manie, et il excellait dans ce rôle. Il le remplissait depuis au moins 10 ou 15 ans, il s'en acquittait à merveille. On se le disputait. Il était devenu les délices des clients et la sécurité des confrères absents. Mais tout a une fin en ce bas monde, et la fin de la carrière de l'Eternel Remplaçant ne fut pas banale.

Appelé à suppléer un médecin très malade, il continua pendant quelques mois à maintenir sa clientèle. Il plaisait à tous et à la fin de l'année la recette s'était accrue d'un tiers. La famille enchantée offrit à l'habile homme la succession du disparu et la main de sa fille dont il avait fait la conquête. C'était tentant et cependant, la proposition ne fut pas agréée ; le Remplaçant tout à coup disparut. La famille étonnée fit une enquête, et apprit que cet habile médecin ne s'était jamais assis sur les bancs de l'Ecole et ne possédait pas une seule inscription.

— L'histoire que je vais te raconter à mon tour, reprit sérieusement Pascal, est beaucoup moins romanesque mais je t'en garantis la scrupuleuse authenticité.

Dans une de nos villes du Centre, Limoges, Bourges, ou Poitiers, peu importe, le Dr X., s'installa au printemps dernier. Quelques mauvais bruits coururent aussitôt sur son compte, sa manière de faire auprès des malades parut à certains singulière ; malgré cela on lui fit bon accueil et le maire lui confia une circonscription du service médical d'assistance. Cependant un vieux confrère, qui ne pouvait supporter les allures trop modern style du nouveau venu,

s'enquit de la Faculté ou X., avait fait ses études. Il acquit la preuve qu'il n'avait jamais passé sa thèse. L'enquête se poursuivit et l'on sut que le pseudo-docteur, était venu s'installer après avoir échoué à son quatrième examen de doctorat. Le syndicat médical intenta des poursuites en se portant partie civile. X. allait passer en correctionnelle, quand on apprit tout à coup que l'affaire était remise. Le parquet voulait réunir en un seul procès toutes les plaintes formulées contre X., accusé d'escroquerie, et il y avait lieu à supplément d'instruction.

Certains prétendent que X. aurait comme amis des politiciens tout puissants et que le renvoi du procès serait destiné à le sauver. Il se rendrait à une Faculté où, grâce à des recommandations, il passerait à la hâte et brillamment examens et thèses. Puis il reviendrait triomphant confondre ses accusateurs. C'est tout juste s'il ne déposerait pas contre le syndicat une demande reconventionnelle. Nous verrons quelle sera l'issue de cette comédie, mais cela n'empêche que, durant plus de six mois, un individu sans diplôme a pu exercer dans une grande ville et y remplir des fonctions, sans qu'on s'inquiétât le moins du monde de ses titres et de sa valeur professionnelle.

— Tu vois, ami Pascal, répliquai-je aussitôt, que les Syndicats ont parfois du bon. Sans la malice du vieux confrère et l'intervention du syndicat, X., continuerait à exploiter les malades et à décrier nos confrères. Mais ton histoire est bien banale et j'entendis autrefois le Prof. Brouardel en conter une meilleure et tout aussi authentique. Un jour, un aventurier de haut vol planta sa tente dans un bourg de la grande banlieue parisienne. Il s'y donna comme médecin et y acquit rapidement clientèle et popularité. Elu conseiller général, il devint persona grata à la Préfecture, on le nomma membre du conseil d'hygiène du département. Son autorité s'accroissait sans cesse ; on songea à le décorer. L'amour du ruban rouge le perdit. On dut faire sur lui une enquête. A la stupeur générale, on apprit qu'il n'était pas médecin. Le faux docteur disparut en sourdine et depuis jamais l'on n'eut de ses nouvelles.

Les histoires de ce genre se content par centaines. Les règlements et les lois, mon ami, sont des entraves où s'embarrassent les braves gens, mais dont les farceurs et les coquins savent bien vite se dégager. Ce fut toujours un peu ainsi. et nous ne nous faisons pas d'excessives illusions en réclamant de nos gouvernants un peu plus de justice.

— Je sens que je deviens anarchiste, conclut Pascal... Et il me quitta après m'avoir serré la main.

J. Noir.

LA SEMAINE MÉDICALE

Les injections sous-conjonctivales en thérapeutique oculaire.

D'après M. le Dr Edouard Signoret, de Paris, dans sa thèse, les injections sous-conjonctivales sont un mode de thérapeutique ordinairement inoffensif, à condition de se conformer à la technique suivante :

Après asepsie, l'on commence par instiller dans le cul-de-sac conjonctival quelques gouttes d'une solution de chlorhydrate de cocaïne au vingtième. La cocaïne ayant produit son effet, on invite le malade à regarder fortement en haut, et sans le secours de la pince à fixation, sans blépharostat, l'index gauche abaisse la paupière inférieure. On dirige alors la seringue dont le corps et le piston doivent être en verre, bien tangentiellement à la sphère oculaire, et on introduit l'aiguille en platine, de préférence l'aiguille courbe que Darier a fait construire dans ce but, sous la conjonctive du cul-de-sac inférieur, en ayant soin de se tenir loin de la cornée. L'injection doit être peu volumineuse et ne pas dépasser quelques gouttes Il est évident qu'elle peut tout aussi bien se faire en haut et même il y aurait avantage à la pratiquer dans la région supéro-externe, qui est moins sensible que le reste de la conjonctive.

Après l'injection, on peut faire un très léger massage avec un petit tampon d'ouate. On peut aussi appliquer des compresses froides pendant quelques minutes ; mais le repos absolu est indispensable et presque tous les ophtalmologistes prescrivent un bandeau compressif. Le professeur de Lapersonne maintient à tous ses malades, après une injection sous-conjonctivale, le bandeau pendant douze heures consécutives.

L'injection sous-conjonctivale n'est pas douloureuse en elle-même. La piqûre de la conjonctive est indolore après l'anesthésie à la cocaïne ; seul, le liquide injecté occasionne, suivant sa nature, des douleurs parfois un peu fortes, mais en général supportables. Les injections les plus douloureuses sont sans conteste, les injections de chlorure de sodium, surtout à un degré élevé de concentration (20 à 30 0/0). Et dans ce cas même, il est préférable de ne pas ajouter quelques gouttes de la solution, autrefois employée, d'acoïne de 1 0/0 ; car un chémosis violent, provoquant de fortes adhérences, accompagne alors l'injection.

Les suites opératoires sont nulles, lorsque l'injection est ainsi faite ; elles sont celles d'une simple injection hypodermique faite aseptiquement.

Les injections sous-conjonctivales paraissent donner leur maximum de résultat dans les affections d'origine syphilitique ou tuberculeuse de l'œil, ainsi que dans les affections traumatiques accidentelles ou post-opératoires.

On les a employées avec succès dans les kératites, dans les affections du tractus uvéal et même dans les névrites optiques.

Les infections gonococciques sont justiciables de ce procédé sans pour cela abandonner le traitement habituel.

Ce sont les sels mercuriels qui ont été le plus fréquemment employés : en particulier le cyanure en solution à 1/2000. Le chlorure de sodium paraît avoir une action favorable dans le dou-

blement de la rétine. Plus rarement, on a employé le salicylate de soude dans les affections rhumatismales; les solutions iodo iodurées dans le traitement de la cataracte, enfin la tuberculine TR dans la tuberculose oculaire, mais en tenant le plus grand compte, pour ces dernières injections, des réactions locales qui peuvent parfois être extrêmement vives dans certains cas.

La méthode de Bier dans les métrites cervicales.

Mlle le Dr Grossmann, élève du Dr Siredey, a étudié, dans sa thèse, le traitement des métrites cervicales par la méthode de Bier.

« Une trentaine de malades ont été ainsi soignées dans le service de M. Siredey et on a, en général, obtenu de bons résultats.

« Le principe de ce traitement consiste dans l'application d'une ventouse sur le col utérin, ventouse dont on trouve deux modèles de grandeur différente dans le commerce. Le vide est fait avec une pompe. Quand l'application a été jugée suffisante, c'est-à dire au bout de vingt minutes environ, l'appareil est retiré.

« Pendant l'aspiration, le col est turgescent et violacé. Immédiatement après, le col conserve cet aspect. Examiné au spéculum, il apparaît gonflé, parfois allongé, son orifice est le plus souvent béant, sa couleur est rouge sombre, lie de vin, il est ponctué de quelques points ecchymotiques; les ulcérations, de même couleur, sont infiltrées de sang noirâtre. L'écoulement de sang et de pus a cessé dès la rentrée de l'air. Après cinq minutes environ, le col qui est déjà un peu revenu sur lui-même, devient de couleur rose, les ulcérations ont l'aspect de chair musculaire à vif.

« L'opération est renouvelée alors tous les deux jours.

« Dans ces conditions, sur 18 cas soignés un temps suffisant, on constata six guérisons et neuf améliorations très notables. C'est donc là un succès réel pour une maladie aussi rebelle.

« La méthode paraît cependant contre-indiquée dans les cas où il y a de la salpingite ou des affections de l'ovaire et du péritoine et où elle doit être maniée avec prudence à cause des accidents possibles d'hémorragies. La méthode de Bier n'offre aucun danger, il y a tout avantage à l'associer aux autres procédés de thérapeutique pour obtenir dans le traitement des métrites chroniques du col les résultats les plus complets dans le temps le plus court. »

Traitement des verrues.

D'après la *Gazette des Hôpitaux*, M. le prof. Sicard a recours, pour détruire les verrues, à des injections hypodermiques de teinture de feuilles de thuya.

Le thuya est un conifère dont on obtient la teinture en traitant par déplacements successifs une partie de feuilles sèches dans cinq parties d'alcool à 80 degrés.

Avant de faire les injections préconisées par M. Sicard, on fait prendre un bain local chaud suffisamment prolongé pour ramollir les régions verruqueuses, et après les précautions ordinaires d'asepsie, on injecte, à l'aide de la seringue de Pravaz et d'une fine aiguille à court biseau, quelques gouttes de teinture au-dessous de la verrue. Cette injection est répétée deux ou trois fois en sens opposés, de façon à bien circonscrire la verrue.

Dès le lendemain, la masse verruqueuse prend une coloration brun noirâtre, et au bout de sept à huit jours elle tombe pour ne plus se reproduire, s'il s'agit d'un papillome de petit volume. Lorsqu'on a affaire à un papillome volumineux, on est obligé de répéter cette injection à cinq ou six jours d'intervalle. Il faut quelquefois une sixaine d'injections pour obtenir la guérison complète des grosses verrues.

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Le cinnamate de soude dans la tuberculose pulmonaire et les tuberculoses externes.

Il y a une dizaine d'années, Landerer, chirurgien de l'hôpital de Stuttgart, préconisa le baume du Pérou et son acide, l'acide cinnamique, dans le traitement de la tuberculose pulmonaire et des tuberculoses externes. Le praticien allemand conseillait l'emploi du cinnamate de soude en injections intra-veineuses, à une dose ne dépassant pas 25 milligrammes par injection. Il déclarait considérer l'acide cinnamique et son dérivé comme le médicament spécifique de la tuberculose. Il montrait, à l'appui de ses dires, des coupes histologiques où l'on voyait un processus de cicatrisation obtenue par ces injections, sous forme d'une prolifération conjonctive enserrant la lésion.

La méthode de Landerer eut peu de partisans en France, où elle tomba assez rapidement dans l'oubli. Elle attira plus l'attention en Espagne. Plusieurs médecins espagnols, Sanchez Herrero, d'Espina, y eurent recours avec succès, en remplaçant, toutefois, la voie intra-veineuse par la voie sous-cutanée ou intra-musculaire, et en augmentant les doses qui furent portées à 3, à 10, 20, 50 centigr. de cinnamate de soude.

C'est dans ces conditions que M. Reynier et son élève, le Dr Blusson, reprenant le traitement de Landerer, modifié, l'appliquèrent, en 1907 et 1908, à une série de malades. Les résultats qu'ils ont obtenus viennent d'être exposés à la tribune de l'Académie par M. Reynier.

J'ai pu réunir, dit M. Reynier, 21 observations concernant des malades atteints de tuberculose pulmonaire et de tuberculoses chirurgicales. Sur ces 21 observations, pour 19 je n'ai eu qu'à me louer des injections de cinnamate longtemps prolongées. Sous l'influence du cinnamate de soude, on voit se produire tout d'abord une augmentation des bacilles trouvés dans l'expectoration, augmentation qui semble liée à un acte expulsif, de défense, de l'individu; puis, peu à peu, les bacilles diminuent. Le médicament re-

lève, en outre, l'appétit et les forces, et semble déterminer un processus inflammatoire de guérison.

M. Reynier applique la médication de la façon suivante : tous les deux jours, il fait une injection sous-cutanée ou intra-musculaire ainsi formulée pour chaque injection :

Cinnamate de soude...... 0 gr. 10 centigr.
Sérum physiologique...... 10 cent. cubes.

Le traitement devant être continué pendant plusieurs mois, on peut substituer, de temps en temps, la voie rectale à la voie hypodermique.

Bien entendu, des observations plus nombreuses seront nécessaires pour être exactement fixé sur la valeur et l'avenir de la méthode.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Icthyose et corps thyroïde

L'étiologie de l'icthyose a donné lieu à de nombreuses discussions qui ne sont pas encore épuisées. On ne sait rien de très précis sur ce point et l'on tend généralement, aujourd'hui, à accorder à cette affection un caractère familial et héréditaire.

M. Vincent ayant eu l'occasion d'observer deux sujets chez lesquels l'icthyose est apparue en même temps qu'une hypertrophie du corps thyroïde, se demande si la dyskératose cutanée ne pourrait pas se rattacher à la dystrophie thyroïdienne. Une telle conception impliquerait, comme conséquence thérapeutique, l'emploi de l'opothérapie thyroïdienne dans le traitement de l'icthyose.

A l'appui de la thèse de M. Vincent, M. Barth signale le cas d'une de ses malades chez laquelle l'état icthyosique de la peau disparut presque complètement à la suite de l'administration d'extrait thyroïdien.

Diagnostic des sporotrichoses.

MM. Brissaud, Gougerot et Gy présentent quelques considérations pratiques sur le diagnostic rétrospectif des sporotrichoses. Ce diagnostic est important puisqu'il s'agit de sujets que l'on considérait auparavant comme syphilitiques ou tuberculeux, qui étaient soumis comme tels à des traitements prolongés, à des restrictions sociales de mariage, d'emplois, etc.

MM. Brissaud, Gougerot et Gy ont pu établir, chez un de leurs malades, le diagnostic rétrospectif de sporotrichose grâce aux trois caractères suivants : l'aspect des cicatrices, la sporo-agglutination, et la culture du parasite resté saprophyte dans le bucco-pharynx.

Les cicatrices des gommes sporotrichosiques ont un aspect particulier, bien indiqué par de Beurmann et Gougerot : elles sont étoilées, irrégulières ; leurs bords sont déchiquetés ; elles sont souvent parcourues de languettes et de ponts de peau souple.

La sporoagglutination existe chez les sporotrichosiques (Widal et Abrami) et permet un sérodiagnostic de la maladie ; le sérum conserve même son pouvoir agglutinatif pendant plusieurs mois. Toutefois, on observe la même coagglutination avec les autres mycoses, l'actinomycose et le muguet.

Le parasite, enfin, le sporotrichum Beurmanni, peut rester saprophyte dans le bucco-pharynx assez longtemps, et sa recherche constitue un indice de la nature sporotrichosique d'accidents anciens suspects.

L'ensemble de ces signes permet de fixer un diagnostic de sporotrichose actuelle ou ancienne.

Traitement du mycosis fongoïde par la radiothérapie

M. Brocq a utilisé avec avantage la radiothérapie dans six cas de mycosis fongoïde.

Tout en ne constituant pas, remarque-t-il, un remède vraiment héroïque du mycosis fongoïde, puisque, même dans les cas heureux, il semble que l'on soit obligé de tenir constamment les malades en surveillance, la radiothérapie donne cependant dans cette affection des résultats fort satisfaisants. Dans ses formes généralisées, en particulier, qui échappent à l'action chirurgicale, la radiothérapie rendra de grands services.

Traitement des hémorrhagies chirurgicales par la gélatine en injections sous-cutanées.

M. Chaput a appliqué la gélatine en injections sous-cutanées (méthode de Carnot) à l'hémostase opératoire, au traitement des hémorrhagies secondaires post-opératoires, au traitement des hémorrhagies internes par rupture de grossesse tubaire, etc. C'est une médication que le chirurgien aurait avantage à manier conjointement avec l'intervention chirurgicale.

Troubles trophiques chez les hystériques.

M. Danlos signalait dernièrement une observation de pemphigus hystérique dû à la simulation. M. Chavigny (du Val-de-Grâce) expose aujourd'hui un cas non moins intéressant d'œdème du bras, par simulation, chez une hystérique. Il s'agit d'une jeune fille qui avait eu auparavant des épistaxis ; les épistaxis s'étaient répétées jusqu'au jour où l'on avait surpris la malade tenant en main une épingle avec laquelle elle faisait saigner sa muqueuse nasale. Quelque temps après, survint un œdème blanc du bras gauche : la limite supérieure de l'œdème était représentée par un trait circulaire et l'on put déceler à ce niveau les traces d'un lien constricteur.

A ce propos, l'auteur s'est intéressé au mode de production de ces œdèmes. Il s'est adressé, pour cela, à un des sujets de son service de détenus du Val-de-Grâce, expert dans l'art de simuler les maladies. Le détenu en question voulut bien répéter, devant lui, une expérience curieuse. Il appliqua une bande de toile fortement serrée au milieu de l'avant-bras, et il plaça sur le trajet des gros vaisseaux huméraux, au milieu du bras, un fort bouchon qu'il serra avec une autre bande. Après six ou huit heures, l'œdème était très prononcé, de couleur bleu foncé et douloureux. La constriction fut abandonnée en raison des douleurs vers la douzième heure. Une fois la circulation rétablie, le membre apparut d'une teinte rouge vif, analogue à celle qui se produit lorsqu'on enlève une bande d'Esmarch.

Cette coloration rouge et les traces laissées par les liens constricteurs ne permettent pas, dans les cas de simulation, de présenter le jour même ces lésions au médecin ; il faut attendre deux ou trois jours, pendant lesquels l'œdème est entretenu par une constriction modérée ne laissant aucune trace. Au bout de ce temps, l'œdème est de couleur blanche. Lorsque le simulateur est pressé, il peut hâter la transformation de l'œdème rouge en œdème blanc au moyen d'affusions d'eau froide.

Les variations du poids du corps dans la fièvre typhoïde.

MM. Garnier et Sabaréanu ont montré dans des travaux antérieurs que la courbe du poids au

cours de la scarlatine, de la pneumonie et de la variole, passait par quatre phases successives : dans une première phase, qui correspond à la période fébrile, le poids se maintient à un niveau constant ou subit une augmentation pouvant atteindre et même dépasser un kilogramme ; la deuxième phase, qui coïncide avec la chute de la température, est marquée par un abaissement rapide et souvent considérable du poids ; pendant la troisième phase, qui répond au début de la convalescence, la ligne du tracé reste horizontale ; enfin la quatrième et dernière période est formée par l'augmentation du poids au moment de la reprise de l'alimentation.

Les mêmes auteurs ont fait, dernièrement, des recherches analogues pour la fièvre typhoïde et ils sont arrivés à des conclusions similaires. Pendant la période d'état de la dothiénentérie, disent-ils, le poids reste stationnaire ou augmente légèrement. Au moment de la défervescence, le poids descend avec la chute de la température, pour remonter avec la reprise de l'alimentation. Les choses se passent ainsi dans la fièvre typhoïde régulière, suivie de guérison. Dans les formes graves, suivies de mort, la courbe est différente et constitue une indication pronostique : on voit un abaissement brusque du poids survenir alors que la fièvre reste élevée et les phénomènes généraux accusés. L'abaissement du poids dans ces conditions est l'indice d'une mort prochaine.

Le maintien du poids pendant la période fébrile des maladies infectieuses s'explique par une rétention de l'eau dans l'économie, rétention qui doit être regardée comme une réaction utile, un processus actif. La rétention aqueuse entraîne la rétention du chlorure de sodium, l'eau ne pouvant rester dans les tissus qu'en tenant en dissolution une certaine quantité de sel.

Hémorrhagie méningée au cours du rhumatisme aigu

L'hémorrhagie méningée a été observée déjà au cours de diverses maladies infectieuses, variole, scarlatine, tuberculose, septicémies, grippe, diphtérie, urémie aigüe, rougeole, etc. MM. Moutard, Martin et Weil ont eu récemment l'occasion de voir survenir cette complication au cours du rhumatisme articulaire aigu, chez un sujet qui semblait en voie de guérison. Le diagnostic fut établi par la ponction lombaire et précisé par l'autopsie. P. L.

REPORTAGE MÉDICAL

Monument Victor Cornil. — Le Comité vient de se réunir sous la présidence de M. Loubet. La souscription atteint à ce jour environ 24.000 fr. sur lesquels 17.000 sont attribués à la statue de Cusset. La souscription reste ouverte ; le surplus sera affecté au monument de la Faculté de médecine.

On souscrit à Paris chez M. F. Alcan, éditeur 108, boulevard Saint-Germain, et à Cusset (Allier), chez M. James Combe.

Le libre choix pour les indigents. — Nous avons dit, au dernier numéro, que le vœu de M. Paris pour le libre choix dans le service à domicile des indigents parisiens, n'avait rencontré d'autre opposition que celle d'un confrère qui est soupçonné d'avoir fait de la surenchère en faveur des pauvres de l'hôpital, pour continuer la sourde hostilité de certains médecins des bureaux de bienfaisance.

L'extrait suivant d'un compte rendu de séance du Conseil municipal de Lyon, emprunté à la *Dépêche*, prouve que partout notre principe de défense sociale gagne du terrain :

M. le Docteur Levrat propose au Conseil le vote d'un vœu sur le service médical du bureau de bienfaisance.

Alors que, de plus en plus, soit pour la mutualité, soit pour les accidents du travail, se répand le principe du libre choix du médecin, seuls les assistés du bureau de bienfaisance n'ont pas ce libre choix. C'est le médecin du bureau qui les soigne.

M. Levrat désire qu'une nouvelle législation assure aux assistés le libre choix de leur médecin.

Il sait que la question est délicate, qu'elle demande une étude complète. Mais le vote d'un vœu amorcera la réforme.

M. Herriot s'associe aux observations de M. le docteur Levrat dont le vœu est adopté.

D'autre part, nous lisons dans les journaux du 19 décembre que la commission d'assurance et de prévoyance sociale, réunie sous la présidence de M. Guieysse, a entendu M. Mirman, directeur de l'Assistance publique, sur la proposition de loi de M. Dubuisson, ayant pour objet de modifier l'article 4 de la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite.

Cette proposition a pour but de donner aux personnes inscrites sur la liste de l'assistance médicale gratuite le libre choix du médecin.

« M. Mirman a indiqué le mouvement qui porte « de plus en plus les conseils généraux à adhérer « au système du libre choix, mais il a ajouté qu'il « convient de laisser l'évolution s'accomplir librement.

« Il a dit, en outre, qu'il importait de ne pas « déposséder les conseils généraux du droit que « leur a donné la loi du 15 juillet 1893 d'organiser « dans chaque département le service de l'assistance médicale gratuite.

« Il a fait connaître enfin qu'une enquête « était ouverte dans les départements sur les « diverses questions soulevées par la proposition « de M. Dubuisson. »

Devant ces constatations, nous nous demandons si l'Assurance (officielle ou non) a bien conscience des obstacles insurmontables qu'elle rencontrera en poursuivant la chimère de dompter par le caporalisme la résistance des victimes du travail associées aux médecins indépendants. Il lui faudrait, du moins, pour cela, recruter dans nos rangs des complicités qui, si haut placées soient-elles, se prépareraient de durs lendemains.

L'impôt sur le revenu. — Les articles du projet relatifs aux professions libérales sont venus le 13 en discussion devant la Chambre. M. le Dr Dubuisson (toujours les mêmes sur la brèche !) a été le porte-parole de notre intérêt professionnel. Nous publierons prochainement une note de la Commission spéciale de l'Union des Syndicats médicaux qui précisera nettement pour nos lecteurs le point où nous en sommes après ce premier engagement sur le terrain parlementaire.

La réforme des études médicales. — Ainsi que nous l'avions fait prévoir à notre Asemblée générale, le Conseil supérieur de l'enseignement a adopté, le 19 décembre, le projet d'arrêté ministériel qui consacre la plupart des vœux formulés par la Commission extra-parlementaire sur la réforme des études médicales.

TABLE DES MATIÈRES

contenues dans le « CONCOURS MÉDICAL »

ANNÉE 1908

Cette table contient sept parties : I. Partie Scientifique. — II. Partie Professionnelle. — III. Bulletin des Sociétés d'Intérêt Professionnel. — IV. Auteurs des articles scientifiques et professionnels. — V. Jurisprudence médicale. — VI. Médecine publique. — VII. Petite correspondance hebdomadaire.

I

Partie Scientifique

A

B

C

D

E

F

G

H

II

Partie Professionnelle

V

III

Bulletin des Sociétés d'Intérêt Professionnel

A

B

C

D

E

F

G

J

K

L

M

N

O

P

R

S

T

V

IV

TABLE DES AUTEURS

d'articles Scientifiques et Professionnels contenus dans le CONCOURS MÉDICAL (Année 1908)

V

Jurisprudence médicale

VI

Médecine publique

VII

Petite Correspondance hebdomadaire

A

Le Directeur-Gérant : Dr A. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André, 3